



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - PEDIATRÍA

Fecha de hoy:		Médico primario:			
<b>INFORMACION DEL-LA PACIENTE</b>					
Apellido legal del/la paciente:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Nombres anteriores usados/Alias:		Fecha Nac.: / /	Edad:	# Seguro Social	Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro
Dirección de correo:			Ciudad:	Estado:	CP:
Nombre del padre o madre 1:		Celular:		Tel. del trabajo:	
Nombre del padre o madre 2:		Celular:		Tel. del trabajo:	
Correo electrónico del padre o madre 1:			Correo electrónico del padre o madre 2:		
<b>¿La mejor manera de ponerse en contacto para obtener resultados, seguimiento o programación? (marque todas las que correspondan)</b> <input type="checkbox"/> Padre/Madre 1 Celular <input type="checkbox"/> Padre/Madre 1 Trabajo <input type="checkbox"/> Padre/Madre 2 Celular <input type="checkbox"/> Padre/Madre 2 Trabajo <input type="checkbox"/> Padre/Madre 1 Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Padre/Madre 2 Correo Electrónico					
<b>Raza del/la niño/a:</b> <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái <input type="checkbox"/> Isleño(a) del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Blanco/a				<input type="checkbox"/> Indígena de América <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Elijo no decir	
<b>Origen étnico del niño(a):</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Elijo no decir					
<b>Orientación sexual del niño(a):</b> <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana o gay) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> No conocida <input type="checkbox"/> Elijo no decir		<b>Identidad de género del niño:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino / Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino / Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Elijo no decir		<b>Pronombre preferido:</b> <input type="checkbox"/> ella/ella/de ella <input type="checkbox"/> el/el/de él <input type="checkbox"/> ellos (as)/ellos(as)/de ellos(as) <input type="checkbox"/> nombre del (la) paciente <input type="checkbox"/> elijo no responder <input type="checkbox"/> desconocido	
<b>Estado de desamparo de la familia:</b> <input type="checkbox"/> No sin hogar <input type="checkbox"/> Con riesgo de estar sin hogar <input type="checkbox"/> Vivienda de transición		<input type="checkbox"/> Viviendo con otros <input type="checkbox"/> Sin hogar, Refugio Desconocido <input type="checkbox"/> Viviendo en un refugio		<input type="checkbox"/> Calle, campamento, puente <input type="checkbox"/> Actualmente no está sin hogar, estuvo en los últimos 12 meses	
<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>					
Nombre:		Relación al/la paciente:		Numero de Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
				Se puede dejar mensaje de voz: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>ESTADO DE EMPLEO DE LOS PADRES</b>					
<b>Reconocimiento al trabajo agrícola:</b> ¿Está usted o alguien de su hogar involucrado en un tipo de trabajo agrícola que puede incluir: preparación del suelo, ¿plantación, recolección, limpieza, clasificación, empaque, cultivo de árboles de Navidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Migrante - Usted o un miembro de su familia ha establecido un hogar temporal para hacer trabajo agrícola. <input type="checkbox"/> Estacional - Usted o un miembro de su hogar hace trabajo agrícola que sólo ocurre en ciertas épocas del año.				<b>¿Alguno de los padres es un veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de miembros en la familia:			Ingreso mensual (antes de impuestos) \$		
<b>IDIOMA</b>					
<b>¿Qué idioma habla usted en casa?:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____				<b>Se necesita interprete:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Preferencia:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Sin preferencia	

(dé vuelta a la página para terminar de leer y firme este formulario de inscripción)

**PARTE RESPONSABLE**

Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), el padre o tutor que lo traiga será el garante.

<b>Padre/Tutor Legal Responsable de la Factura:</b>	<b>Fecha Nac.:</b> / /	<b>Número de Seguro Social del Padre/Tutor Legal:</b>	
<b>Dirección de correo:</b> <input type="checkbox"/> Igual que la anterior	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>CP:</b>
<b>Numero de teléfono:</b> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			

La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo al Centro de Salud Comunitario o a la compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
**Firma del/la paciente/tutor** **Fecha**

**FOR OFFICE USE ONLY**

Initials for Special Confidentiality: \_\_\_\_\_ Screen By: \_\_\_\_\_ Total Income: \$ \_\_\_\_\_  
TITLE X: Clients pay \_\_\_\_\_ % per sliding fee scale for non-FPEP covered service.  
Address Verification:  Yes Date/Initials \_\_\_\_\_  Patient declined confidentiality



## AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO COMBINADO

*Nombre del Paciente*

*Fecha de Nacimiento del Paciente (FDI)*

### FINANCIACIÓN Y TRATAMIENTO

Yo autorizo el tratamiento de la persona mencionada arriba y acepto la responsabilidad financiera para todos los tratamientos incluyendo cualquier vacuna necesaria o recomendada proporcionados. Autorizo al Neighborhood Health Center el proporcionar toda la información necesaria a mi seguro médico para procesar los reclamos de seguro y asigno al Neighborhood Health Center todos los beneficios de la aseguradora asignados hacia mí en la extensa completa a mis obligaciones financieras. Una fotocopia o imagen escaneada de esta autorización deberá considerarse tan válida como la original.

### RECONOCIMIENTO DE LAS NOTIFICACIONES DE HIPPA

Yo reconozco el haber recibido las Prácticas de las Normas de Privacidad del Neighborhood Health Center

### CONSENTIMIENTO PARA LOS CUIDADOS DE ATENCIÓN PRIMARIOS EN EL HOGAR CENTRADOS EN EL PACIENTE

La atención primaria de su salud en casa coordinara mejor nuestros cuidados para ayudarle a obtener los servicios que usted necesite, escuchara sus preocupaciones, responderá sus preguntas, ofrecerá ayuda fuera de horario regular le brindara alternativas a la sala de emergencia y le ayudara a jugar un papel activo en su salud. He leído y entendido la información acerca de los Cuidados de Salud en el Hogar Centrados en el Paciente y doy mi permiso para formar parte del Hogar Medico del Neighborhood Health Center.

### SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

Cuando busque servicios de salud reproductiva del Neighborhood Helath Center, yo entiendo que estoy recibiendo estos servicios voluntariamente.

Yo entiendo que estos servicios podrían incluir:

- Consejería de control en natalidad de salud reproductiva, embarazarse, embarazos saludables, y otros temas que sean necesarios;
- Proporcionar un método de control anticonceptivo;
- Una visita de un proveedor para una receta médica y quizás un examen físico;
- Pruebas y/o tratamientos para infecciones de transmisión sexual(ITS);
- Pruebas de cáncer cervical, embarazos y/o otros problemas de salud; y
- Referencias para otros servicios, si son necesarios.

*(Voltee la página para alcanzar a terminar y firme el formulario de consentimiento)*

Entiendo que todos los servicios serán explicados y que puedo hacer preguntas.

Entiendo que yo podría recibir información acerca de métodos de control de natalidad. Puedo hacer preguntas y rechazar cualquier método anticonceptivo que no quiera utilizar.

Entiendo que no se me negará cuidados si deba dinero de otras visitas.

Entiendo que estos servicios no incluyen cuidados de 24 horas, y que, en caso de una emergencia médica, necesitare dirigirme a una sala de emergencia y pagar sus costos.

Entiendo que mis registros médicos y los servicios que reciba son privados, excepto:

- Si un juez emite una orden de mis registros. El Neighborhood Health Center está obligado por la ley a otorgar los registros al tribunal.
- Si tengo una enfermedad reportable, El Neighborhood Health Center estará obligado a reportarlo al Departamento de Salud de Oregon.
- El estado de Oregon requiere a todo el personal del Centro de salud del vecindario reportar cualquier abuso a personas vulnerables, incluyendo niños, ancianos, personas con problemas de salud mental, discapacidad de desarrollo o que vivan en un centro de cuidado a largo plazo al departamento de servicios humanos del que haya sido testigo o se haya enterado dentro o fuera de Neighborhood Health Center.
- Entiendo que yo puedo escoger no hablar de información sensible, como la edad(es) de las parejas sexual(es), y que aun así obtendré los servicios.

Entiendo que, si recibo servicios de salud reproductiva aquí, todavía puedo solicitar u obtener servicios de otros programas. Si yo obtengo cuidados de otros programas, yo aún poder recibir servicios en el Neighborhood Health Center.

## **SERVICIOS DENTALES**

Yo entiendo que Neighborhood Health Center trabaja en sociedad con diferentes Instituciones académicas y que puedo ser atendido por un estudiante o practicante externo que está bajo la directa supervisión de un profesional con licencia en Neighborhood Health Center. Yo autorizo a Neighborhood Health Center, sus profesionales y socios para proporcionar dicho tratamiento y esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocada por escrito.

---

***Firma del Paciente***

---

***Fecha***

---

***Firma del Representante del Paciente (Si el Paciente es menor de 18)***

---

***Fecha***

---

***Relación del Representante***



## PERMISOS PARA COMUNICACIONES SOBRE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

*Los pacientes menores a los 18 años de edad pueden solicitar ciertos niveles de confidencialidad y consentimiento para varios asuntos de cuidados médicos, dependiendo de su edad. Más detalles sobre esto puede proveerse por el personal de NHC.*

<b>Nombre del paciente:</b> _____	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____
<b>¿ESTÁ BIEN QUE NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER SE COMUNIQUE CON USTED?</b> <i>(por favor, marque todas las que apliquen):</i>	
1. ¿Podemos enviar facturas a su domicilio? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>	
2. ¿Podemos enviar recordatorios de citas automatizados? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>	
En caso afirmativo, ¿que tipo? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Mensaje de texto</span>	
3. ¿Podemos llamarle sobre su visita/tratamiento con nosotros? Tipos de llamadas que podrían hacerse:	
Cuidados primarios (resultados de laboratorio, instrucciones médicas, referencias, medicamentos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuidados dentales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Salud mental (seguimiento de inquietudes, referencias, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Salud reproductiva (salud sexual, tratamiento de ITS, resultados de pruebas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Comunicación Preferido:</b> <input type="checkbox"/> No contacte <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico de MyChart <input type="checkbox"/> No tiene preferencia	
<b>Si su respuesta a uno de los anteriores es "No", ¿Cómo podemos comunicarnos con usted sobre sus cuidados médicos?</b>	
<b>Nombre del contacto:</b> _____	
<b>Número de teléfono:</b> _____	
<small>*Si se registra en MyChart, toda su información está disponible en línea. Pídale a la recepcionista que le ayude a inscribirse en MyChart*</small>	
<b>¿CON QUIÉN PODEMOS HABLAR SOBRE SUS CUIDADOS MÉDICOS? Y COTACTOS DE EMERGENCIA</b> <i>(NOTA: esto no es una autorización para divulgar sus registros médicos):</i>	
Yo autorizo a Neighborhood Health Center para hablar con la siguiente persona, directamente o por teléfono: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> No se aplica</span>	
<b>Nombre:</b> _____	
<b>Relación</b> _____	<b>Teléfono:</b> _____
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente</span>	
Con respecto a <i>(marque todas las que apliquen)</i> :	
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico</span>
<input type="checkbox"/> <b>Toda</b> la información	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes</span>
	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Nombre:</b> _____	
<b>Relación</b> _____	<b>Teléfono:</b> _____
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente</span>	
Con respecto a <i>(marque todas las que apliquen)</i> :	
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico</span>
<input type="checkbox"/> <b>Toda</b> la información	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes</span>
	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Nombre:</b> _____	
<b>Relación</b> _____	<b>Teléfono:</b> _____
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente</span>	
Con respecto a <i>(marque todas las que apliquen)</i> :	
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico</span>
<input type="checkbox"/> <b>Toda</b> la información	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes</span>
	<input type="checkbox"/> Otro: _____

**INDIQUE UN REPRESENTANTE LEGAL, TUTOR LEGAL, CARTA PODER, ETC., SI HAY ALGUNO (provea una evidencia)**

Nombre: \_\_\_\_\_  No se aplica

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**FIRMA REQUERIDA (abajo):**

Esta autorización puede cambiarse o revocarse por escrito en cualquier momento y permanecerá vigente hasta un (1) año a partir de la fecha indicada abajo. Al firmar abajo, reconozco que este documento se me entregó en mi idioma por escrito o leído para mí en su totalidad.

\_\_\_\_\_  
**Firma (paciente/tutor legal)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre (con letra de molde)**

\_\_\_\_\_  
**Relación**



## VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Pacientes que van a aplicar para el descuento de tarifa reducida tiene que declarar sus ingresos a la hora de su cita. También deben llenar un formulario de verificación de ingresos y proporcionar prueba del ingreso bruto (ingreso antes de impuestos) como se describe a continuación. Los pacientes de nuestro programa Título X no necesitan de este requisito.

Ingresos tendrán a ser verificados una vez al año. Si un paciente tiene un cambio en sus ingresos, es su responsabilidad de notificar a Neighborhood Health Center de ése cambio.

**(\*) Se requiere que los pacientes proveer por lo menos uno de lo siguiente:**

1. Impuestos (declaración de impuestos) del año pasado
2. W-2 del año pasado
3. 2 talones de pago más recientes
4. Carta de su empleador
5. Talones de cheque del desempleo (los últimos 4, si sea posible)
6. Declaraciones bancarias anteriores de 3 meses
7. Las personas que trabajan por cuenta propia deben proporcionar su declaración de impuestos del año anterior y los últimos 3 meses de ingresos

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Elegibilidad para el descuento de tarifa reducida es basada en los ingresos totales del hogar. Por favor liste todos los miembros de la familia dentro de este hogar y combine su ingreso mensual para el descuento de escala móvil.

Familiar : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Familiar : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Familiar : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Familiar : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Familiar : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de familiares en el hogar: \_\_\_\_\_ Cantidad mensual combinada de nómina \$ \_\_\_\_\_

Frecuencia de sueldo : \_\_\_ Semanalmente \_\_\_ Quincenal \_\_\_ Dos veces al mes \_\_\_ Mensualmente

**Firma del paciente o representante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

2018 GUÍA FEDERAL DE POBREZA		USO DE OFICINA
<b>Tamaño de familia</b>	<b>Ingreso mensual 200% ó menos</b>	Household Monthly Income According to Documentation \$ _____
1	\$2,023.00	Documentation Type: _____
2	\$2,743.00	Reviewed By: _____
3	\$3,403.00	Date _____
4	\$4,183.00	
5	\$4,903.00	
6	\$5,623.00	
7	\$6,343.00	
8	\$7,063.00	

Familias con más de 8 miembros, añade \$720.00 por cada uno



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DENTAL**

- 1. Esta es su primer visita con un dentista? ..... SI NO
- 2. Usted tiene dolor de dientes, encias sangrando o dientes sensibles? ..... SI NO
- 3. Usted nunca ha tenido alguna lesion en su cara o mandibula o tiene dolor en su mandibula? ..... SI NO
- 4. Usted nunca ha tenido algun problema asociado con el tratamiento dental ..... SI NO
- 5. Usted cepilla sus dientes y usa hilo dental diaramente? ..... SI NO
- 6. Usted recientemente usa o ha usado tabaco?..... SI NO  
 Explique \_\_\_\_\_
- 7. Usted usa tabletas o enjuages con floruro? ..... SI NO
- 8. Que tipo de tratamiento dental cree Usted que necesita? \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA**

La siguiente informacion es necesaria para que Usted pueda recibir un tratamiento dental y esta sera totalmente confidencial. El tratamiento dental, no sera rechazado si existiera alguna condicion medica.

- 1. Esta Usted recibiendo algun tipo de tratamiento medico o ha sido Usted hospitalizado? ..... SI NO
- 2. Usted ha tenido alguna enfermedad o cirujia recientemente? ..... SI NO
- 3. Esta Usted tomando algun medicamento recetado, o sin receta medica, o hierbas medicinales?..... SI NO  
 Mencione cuales \_\_\_\_\_
- 4. Es Usted alergico a algun medicamento o latex? ..... SI NO  
 Mencione cuales \_\_\_\_\_
- 5. Usted nunca ha tenido alguna hemorragia que haya requerido tratamiento medico? ..... SI NO
- 6. Si es mujer, esta Usted embarazada? SI NO. Si su respuesta es si, cuando es el parto? \_\_\_\_\_
- 7. Mencione quienes son sus medicos de tratamiento y sus numeros telefonicos:

8. Por favor indique cual de lo siguiente Usted ha tenido o tiene.
- |                                |                                |                               |                                   |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Presion Alta                   | Protesis de valvula cardiaca   | Alergias                      | Osteoporosis                      |
| Enfermedad del corazon/Cirujia | Cardiopatia Congenita          | Tuberculosis                  | Artritis                          |
| Soplo Cardiaco                 | Epilepsia                      | Tratamiento Psyquiatico       | Derrame Cerebral                  |
| Articulaciones Artificiales    | Dolor de Cabeza/Migrana        | SIDA o VIH Positivo           | Cancer/Quimioterapia              |
| Enfermedad Renal               | Hepatitis/Enfermedad del Hgado | Sinusitis                     | Disfuncion Erectil                |
| Enfermedades venereas          | Nerviosismo                    | Transplante de Organos        | Uso de Esteroides                 |
| Diabetes                       | Desmayos/mareos                | Transfusion de Sangre         | Anemia                            |
| Dolor de Pecho/Angina          | Bisfosfonatos                  | Dependencia de Alcohol/Drogas | Glaucoma                          |
| Endocarditis                   | Ulceras                        | Asma                          | <b>Ninguna de las mencionadas</b> |

- 9. Tiene Usted alguna enfermedad o condicion que no este mencionado arriba? SI NO  
 Explique: \_\_\_\_\_

**Certifico que la información suministrada es completa y correcta. Cualquier tratamiento necesario lo autorizo.**

**Firma del Paciente o Tutor Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Precauciones para un Tratamiento Dental:





## CUESTIONARIO DE BIENESTAR DENTAL DEL NIÑO: 1-5 AÑOS

Por favor tome un momento para contestar estas preguntas. Le hacemos estas preguntas porque las respuestas pueden ayudarnos a proporcionarle un mejor cuidado a su hijo y apoyo para usted. Sus respuestas se mantendrán privadas.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Su nombre: \_\_\_\_\_

Yo soy del niño:  Mamá  Papá  Abuelo/a  Padre sustituto  Otro: \_\_\_\_\_

**Por favor marque la caja de cualquier tema que quisiera tratar hoy:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comportamiento de su hijo | <input type="checkbox"/> Cepillado de dientes de su hijo      | <input type="checkbox"/> Manteniendo sus dientes saludables |
| <input type="checkbox"/> Lo que come su hijo       | <input type="checkbox"/> Recursos disponibles en la comunidad | <input type="checkbox"/> Otro                               |

¿Ha habido algún cambio grande en su familia últimamente?  Se mudó  Cambio de trabajo  Separación  Divorcio  Muerte en la familia  Familiar que fue a la cárcel  ¿Algún otro cambio o experiencia que haya impactado a su familia? \_\_\_\_\_

¿Desde su última visita, algún pariente de su hijo ha desarrollado problemas de salud nuevos?  No  Si (si contestó si, describa) \_\_\_\_\_

**Por favor conteste unas preguntas acerca de cómo está usted y su hijo escribiendo un círculo al rededor del "Si" o "No"**

	Si	No
¿Siente que usted y su hijo están siempre seguros en su hogar?		
¿Le da a su hijo suplementos, hierbas o vitaminas? si contestó si, por favor escriba una lista:	No	Si
¿Su hijo aún usa un biberón?	No	Si
¿Su hijo aún usa un chupete?	No	Si
¿Su hijo toma más de 20 onzas de leche al día? Si contestó si, que tipo de leche:	No	Si
¿Su hijo toma jugo, soda, bebidas de deportes, té dulces u otra clase de bebida dulce diariamente? Si contestó si, ¿cuántas bebidas al día?:	No	Si
¿Su hijo come caramelo, chocolate, alimentos dulces y postres la mayoría de los días?	No	Si
¿Es difícil cepillar los dientes de su hijo?	No	Si
¿Su hijo gasta más de una hora en frente de una pantalla?	Si	No
¿Su hijo está al día con sus vacunas?	Si	No
¿Usted ve a un dentista regularmente por sus dientes?	Si	No

¿Tiene preocupaciones específicas o preguntas que a usted le gustaría tratar hoy?  No  Si (si contestó si, describa) \_\_\_\_\_

Por favor comparta su información de contacto con nosotros para asegurarnos que está actualizada:

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_  Casa  Celular

¿De quién es este número?: \_\_\_\_\_  Está bien si NHC deja un mensaje detallado

Por favor complete los siguientes formularios hoy:

Medida de Padre de Insignia Health



Nombre	
ID	
Fecha	

A continuación hay algunas declaraciones que las personas a veces hacen cuando hablan sobre la salud de su hijo(a). Indique cuán de acuerdo o en desacuerdo con cada declaración según correspondan con usted y su hijo(a), marcando su respuesta. Si la declaración no se aplica a usted, marque N/A (no aplica).

1.	Quando todo está dicho y hecho, yo soy la persona responsable de ocuparme de la salud de mi hijo(a).	Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Fuertemente en acuerdo	N/A
2.	Lo más importante que afecta la salud de mi hijo(a), es tomar un papel activo en el cuidado de su salud.	Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Fuertemente en acuerdo	N/A
3.	Sé lo que cada uno de los medicamentos de venta bajo receta de mi hijo(a).	Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Fuertemente en acuerdo	N/A
4.	Estoy seguro que puedo distinguir entre cuando debo ir al médico o cuando debo ocuparme yo mismo(a) del problema de salud de mi hijo(a).	Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Fuertemente en acuerdo	N/A
5.	Estoy seguro de que puedo contarle al médico las inquietudes que tengo sobre la salud de mi hijo(a), incluso cuando él o ella no lo solicite.	Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Fuertemente en acuerdo	N/A
6.	Estoy seguro de que puedo seguir un tratamiento médico que debo hacer para mi hijo(a) en el hogar.	Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Fuertemente en acuerdo	N/A
7.	Cambios en su estilo de vida, tales como comer correctamente o hacer ejercicios.	Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Fuertemente en acuerdo	N/A
8.	Sé cómo evitar problemas con la salud de mi hijo(a).	Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Fuertemente en acuerdo	N/A
9.	Estoy seguro de que puedo encontrar soluciones cuando surgen nuevos problemas con la salud de mi hijo(a).	Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Fuertemente en acuerdo	N/A
10.	Estoy seguro que puedo ayudar a mi hijo(a) a mantener los cambios en su estilo de vida, como comer correctamente y hacer ejercicios, incluso durante tiempos de estrés.	Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Fuertemente en acuerdo	N/A