



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - PEDIATRÍA

Fecha de hoy:		Médico primario:			
INFORMACION DEL-LA PACIENTE					
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:		
¿La mejor manera de ponerse en contacto para obtener resultados, seguimiento o programación? (marque todas las que correspondan) <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					
Raza del/la niño/a: <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	
Origen étnico del niño(a): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Elijo no decir					
Orientación sexual del niño(a): <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		Identidad de género del niño: <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		Pronombre preferido: <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	
Estado de desamparo de la familia: <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	
EN CASO DE EMERGENCIA					
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	
ESTADO DE EMPLEO DE LOS PADRES					
Reconocimiento al trabajo agrícola: ¿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.				¿Alguno de los padres es un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de miembros en la familia:			Ingreso mensual (antes de impuestos) \$		
IDIOMA					
¿Qué idioma habla usted en casa?: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____				Se necesita interprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Preferencia: <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)



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 debo 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.

Nombre del paciente: _____		Fecha de nacimiento: _____	
¿ESTÁ BIEN QUE NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER SE COMUNIQUE CON USTED? (por favor, marque todas las que apliquen):			
1. ¿Podemos enviar facturas a su domicilio?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Podemos enviar recordatorios de citas automatizados?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿que tipo?		<input type="checkbox"/> Llamada telefónica	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto
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
Comunicación Preferido: <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			
Si su respuesta a uno de los anteriores es "No", ¿Cómo podemos comunicarnos con usted sobre sus cuidados médicos?			
Nombre del contacto: _____			
Número de teléfono: _____			
Si se registra en MyChart, toda su información está disponible en línea. Pídale a la recepcionista que le ayude a inscribirse en MyChart			
¿CON QUIÉN PODEMOS HABLAR SOBRE SUS CUIDADOS MÉDICOS? Y COTACTOS DE EMERGENCIA (NOTA: esto no es una autorización para divulgar sus registros médicos):			
Yo autorizo a Neighborhood Health Center para hablar con la siguiente persona, directamente o por teléfono:			<input type="checkbox"/> No se aplica
Nombre: _____			
Relación: _____		Teléfono: _____	
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia		<input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente	
Con respecto a (marque todas las que apliquen):		<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas	<input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados		<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes
<input type="checkbox"/> Toda la información		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre: _____			
Relación: _____		Teléfono: _____	
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia		<input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente	
Con respecto a (marque todas las que apliquen):		<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas	<input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados		<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes
<input type="checkbox"/> Toda la información		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre: _____			
Relación: _____		Teléfono: _____	
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia		<input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente	
Con respecto a (marque todas las que apliquen):		<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas	<input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados		<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes
<input type="checkbox"/> Toda la información		<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: _____

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
Tamaño de familia	Ingreso mensual 200% ó menos	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



AUTORIZACIÓN PARA QUE NHC RECIBA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre anterior: _____

Yo solicito y autorizo a la persona / clínica / proveedor indicado abajo para que divulgue una copia de mi expediente médico a NHC:

Nombre de persona / clínica / proveedor: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Esta autorización otorga permiso para divulgar los siguientes registros:

- Lista de problemas
- Lista de medicamentos
- Tres notas de progreso más recientes
- Notas de consulta del proveedor especialista
- Todos los exámenes de laboratorio, electrocardiogramas y estudios de diagnóstico del año anterior
- Todos los resultados de Papanicolau
- Todos los resultados de colonoscopia
- Registros de vacunación
- Otro: _____

Entiendo que cierta información no puede divulgarse sin un permiso específico como lo requieren las leyes estatales/federales. Al escribir mis iniciales, yo autorizo la divulgación de la siguiente información protegida o confidencial.

(por favor, escriba sus iniciales)

(por favor, escriba sus iniciales)

_____	Información de diagnóstico, tratamiento y/o referencias sobre drogas / alcohol	_____	Pruebas de ETS / SIDA / VIH
_____	Diagnóstico y/o tratamiento de salud mental	_____	Pruebas genéticas

Firma del paciente /padre/tutor legal

Relación con el paciente

Fecha

Entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, a excepción de las medidas que ya fueron adoptadas en base a esta autorización. Una revocación no afectará una inspección de registros que sea necesaria para validar los costos realizados por o a nombre de entidades del gobierno. Para revocar esta autorización, por favor envíe una declaración por escrito a Neighborhood Health Center y explique que usted está revocando esta autorización. A menos que sea revocado antes, este consentimiento expirará en el evento o fecha indicado: _____ o después de un (1) año a partir de la fecha firmada si se deja en blanco.

PARA DESTINATARIOS DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA: La información compartida con usted por esta autorización está protegida por leyes estatales (ORS 179.505, 192.516) y regulaciones federales (42 CFR Parte 2, 45 CFR Partes 160-164). Usted tiene indicado que no puede compartir nuevamente esta información sin un consentimiento expresado por escrito de la persona a quien pertenece la información. Una autorización general para divulgar información médica u otra información no es suficiente para compartir los registros sobre tratamiento de drogas y alcohol. Las regulaciones federales limitan el uso de registros sobre tratamiento de drogas y alcohol para investigar o demandar a un paciente tratado por abuso de drogas y alcohol.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Sección 1: Complete cada apartado como se indica con la siguiente información:

- Nombre del paciente (escriba claramente con letra de molde)
- Otros nombres usados por el paciente. Si no hay ninguno, deje el espacio en blanco.
- Fecha de nacimiento

Sección 2: Escriba el nombre de la persona o compañía que va a recibir/divulgar la información. Incluya toda la información que pueda:

- Nombre de la persona o compañía
- Dirección (incluyendo ciudad, estado y código postal)
- Número de teléfono
- Número de fax

Sección 3: Escriba sus iniciales para cualquier información confidencial protegida por la ley que usted quiere que sea divulgada.

Por favor, firme con su nombre para indicar que la información en el formulario de divulgación es correcta y está aprobada por usted. Si usted no es el paciente, describa su relación y autoridad legal para firmar y deberá proporcionar la documentación legal para demostrarlo. Escriba la fecha de la autorización.



HISTORIAL MÉDICO Y SOCIAL PEDIÁTRICO CONFIDENCIAL (0-2 AÑOS)

Por favor, tómese unos minutos para responder a estas preguntas. Estamos haciendo estas preguntas porque las respuestas pueden ayudarnos a proporcionarle mejor cuidado a su bebé y apoyo a usted.

Nombre del bebe: _____ Fecha/nac: _____

Nombre de la persona que llena el formulario: _____

De este bebe, soy: Madre Padre Abuelo/a Padre de crianza Otro: _____

¿Su bebé está tomando algún medicamento regularmente? No Sí Si marco que sí, ¿cuál es?: _____

¿Su bebe ha sido vacunado? No Sí ¿Las vacunas están actualizadas? No Sí No estoy seguro

PROBLEMAS DE SALUD DEL BEBÉ (Marque la casilla si su bebé ha tenido alguno de estos problemas)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problemas oculares/visión | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Dolores de estomago |
| <input type="checkbox"/> Asma/Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Dolor de muelas/Caries |
| <input type="checkbox"/> Problemas óseos/articulares/ musculares | <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria/soplo | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Moretones no deseados / Trastorno hemorrágico |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas renales/de vejiga | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica | <input type="checkbox"/> Tos convulsa |
| <input type="checkbox"/> Problemas de oído/audición | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

¿Su bebé ha sido hospitalizado o se ha sometido a una cirugía? No Sí ¿Cuál? _____

¿Su bebé tiene alguna alergia (medicamentos, alimentos o estacional)? No Sí ¿Cuál? _____

¿Alguna vez su niño(a) ha sido golpeado, sacudido o lastimado físicamente de alguna otra manera por alguien? No Sí

¿Alguien ha tocado a su bebé en sus áreas privadas sin su permiso o el de su bebé? No Sí

EMBARAZO DE LA MADRE E HISTORIA DE NACIMIENTO DEL BEBÉ (Si usted llenó este formulario en NHC en el pasado, puede saltar esta sección)

Número de embarazos: _____ Abortos espontáneos: _____ Abortos: _____ N° de hijos vivos: _____

¿La madre recibió cuidados prenatales? No Sí

¿Cuántos meses de embarazo había cuando comenzó la atención prenatal? _____

¿Tuvo la madre algún problema durante el embarazo, el parto o el alumbramiento? No Sí

Si marcó que sí, explique: _____

¿La madre uso drogas o medicamentos durante el embarazo? No Sí

- | | | |
|----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Drogas ilícitas _____ | <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta libre _____ |
| <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> Agujas para inyectar las drogas _____ | <input type="checkbox"/> Otros medicamentos recetados por el médico _____ |

¿Ha tenido la madre tratamiento para el uso de drogas/alcohol? No Sí

Si la respuesta es sí, ¿está la madre consumiendo actualmente drogas/alcohol? No Sí

Peso al nacer: _____ libras _____ onzas Largo: _____ pulgadas

Nació en: Nombre del hospital: _____ Casa Parto: Vaginal Cesárea

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Estado _____ País _____

¿Nació el bebe prematuro? No Sí # de semanas de embarazo al momento del parto? _____

DESARROLLO DEL BEBE

¿Cree usted, o alguien le ha dicho, que su bebé tiene un retraso en el desarrollo? No Sí

HISTORIAL DENTAL DEL BEBE

¿Ha ido su bebé alguna vez al dentista? No Sí

¿Se cepilla los dientes y la boca de su bebé a diario? No Sí

¿Su bebé usa una pasta dentífrica con flúor? No Sí

¿Su bebe toma un suplemento con flúor? No Sí

¿Tiene usted alguna preocupación acerca de los dientes de su bebe? _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR (Marque si un miembro de la familia tuvo alguno de estos. Familia = El hermano, la hermana, la madre, el padre, la abuela y el abuelo de su bebé)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcohol / Problema de drogas | <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco antes de los 50 años | <input type="checkbox"/> Retraso mental |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> SIDS (Muerte súbita de un bebe) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Fuma |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/ Convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral antes de los 50 anos |
| <input type="checkbox"/> Perdida de audición | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

HÁBITOS Y ACTIVIDADES DE SALUD FAMILIAR

Los padres del bebe: Casados, viven juntos Casados, viven separados No casados, viven juntos
 No casados, viven separados Divorciados Separados Otro: _____

El/la bebe/a vive: en casa o departamento en un auto o van en un refugio Otro: _____

¿Tiene su bebé algún problema especial, preocupación u otra información que usted crea que su proveedor debería saber?

Firma: _____ Fecha: _____



HISTORIA MÉDICA Y SOCIAL PEDIÁTRICA CONFIDENCIAL (3-10 AÑOS)

Por favor, tómese unos minutos para responder a estas preguntas. Estamos haciendo estas preguntas porque las respuestas pueden ayudarnos a proveer mejor cuidado para su hijo y apoyo para usted.

Nombre del niño(a): _____ Fecha/nac: _____

Nombre de la persona que llena el formulario: _____

De este niño(a) soy: Madre Padre Abuelo/a Padre de Crianza Otro: _____

¿Su niño(a) está tomando algún medicamento regularmente? No Sí Si marco que sí, ¿cuál es?: _____

¿Su niño(a) ha sido vacunado? No Sí ¿Las vacunas están actualizadas? No Sí No estoy seguro

PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO (Marque la casilla si su hijo(a) ha tenido alguno de estos problemas)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problemas oculares/visión | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Dolores de estomago |
| <input type="checkbox"/> Asma/Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Dolor de muelas/Caries |
| <input type="checkbox"/> Problemas óseos/articulares/ musculares | <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria/soplo | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Convulsiones/ Epilepsia | <input type="checkbox"/> Moretones no deseados / Trastorno hemorrágico |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas renales/de vejiga | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica | <input type="checkbox"/> Tos convulsa |
| <input type="checkbox"/> Problemas de oído/audición | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

¿Su niño(a) ha sido hospitalizado o se ha sometido a una cirugía? No Sí ¿Cuál? _____

¿Su niño(a) tiene alguna alergia (medicamentos, alimentos o estacional)? No Sí ¿Cuál? _____

¿Alguna vez su niño(a) ha sido golpeado, sacudido o lastimado físicamente de alguna otra manera por alguien? No Sí

¿Alguien ha tocado a su hijo(a) en sus áreas privadas sin su permiso o el de su hijo(a)? No Sí

DESARROLLO DEL NIÑO(A)

¿Cree usted, o alguien le ha dicho, que su niño tiene un retraso en el desarrollo? No Sí

HISTORIAL DENTAL DEL NIÑO(A)

¿Ha ido su hijo(a) al dentista alguna vez? No Sí

¿Ha tenido su hijo(a) algún problema en una cita con el dentista? No Sí

¿Su hijo(a) se cepilla los dientes y la boca a diario? No Sí

¿Utiliza el hilo dental a diario? No Sí

¿Usa su hijo(a) una pasta dentífrica con flúor? No Sí

¿Toma su hijo(a) un suplemento de flúor? No Sí

¿Tiene alguna preocupación acerca de los dientes de su hijo(a)? _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR (Marque si un miembro de la familia tuvo alguno de estos. Familia = El hermano, la hermana, la madre, el padre, la abuela y el abuelo de su niño (a))

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcohol / Problema de drogas | <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco antes de los 50 años | <input type="checkbox"/> Retraso mental |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> SIDS (Muerte súbita de un bebe) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Fuma |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/ Convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral antes de los 50 años |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

¿La madre uso drogas o medicamentos durante el embarazo? No Sí

Alcohol Drogas ilícitas _____ Medicamentos de venta libre _____
 Tabaco Agujas para inyectar las drogas _____ Otros medicamentos recetados por el médico _____

¿Ha tenido la madre tratamiento para el uso de drogas/alcohol? No Sí

Si la respuesta es sí, ¿está la madre consumiendo actualmente drogas/alcohol? No Sí

HÁBITOS Y ACTIVIDADES DE SALUD FAMILIAR

Los padres del niño(a): Casados, viven juntos Casados, viven separados No casados, viven juntos
 No casados, viven separados Divorciados Separados Otro: _____

El/la niño/a vive: en casa o departamento en un auto o van en un refugio Otro: _____

¿Tiene su hijo(a) algún problema especial, preocupación u otra información que usted crea que su proveedor debería saber?

Firma: _____ Fecha: _____