

Cuestionario del Paciente Pediátrico Nuevo

Nombre del Paciente: _____

Forma completada por: _____

Prefiere ser llamado por: _____

Relación al paciente: _____

Por favor circule sí o no, circule o explique cuando sea necesario. N/A- No Aplicable. Si no sabe, anote no lo se.

Razón de la visita: _____

Farmacia Preferida : _____

Medico previo y Ubicación: _____

Contacto Preferido (correo electrónico, casa, celular, correo a domicilio) _____

EMBARZO Y NACIMIENTO

Edad de la madre durante el embarazo:

¿Enfermedad o complicaciones durante el embarazo?	SI	No	
¿Medicamentos durante embarazo? (Excluya vitaminas/hierro)	SI	No	
¿Uso de drogas ilícitas, tabaco, o alcohol durante embarazo?	SI	No	
¿Cuántas semanas duro el embarazo? (Si no sabe: Nació Prematuro, Después de las 40 semanas, o Tiempo Completo)			
Tipo de Parto: _____ (Peso al nacer: _____ lb _____ oz) (Longitud: _____ in/cm) (Apgar: _____)			
¿Complicaciones durante el parto?	SI	No	
¿Complicaciones con el bebe al nacer? (Respiratorio o Ictericia)	SI	No	
¿Problemas poco después del parto?	SI	No	
¿Problemas amamantando?	SI	No	

HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

Reacciones alérgicas (a medicina, comida, animales, picaduras de insectos):

Medicamentos que se tome regularmente (excluya vitaminas):

Hospitalizaciones (porque, cuando, donde):

Lesiones Graves (Lesión, Cuando):

Cirugías (cirugía, cuando, Donde):

Principales enfermedades o condiciones:

¿Está al corriente con las vacunas?	SI	No	
¿Entrego registro de vacunas a nuestra oficina?	SI	No	

Historia de cualquiera de los siguientes: Sarampión rojo Paperas Sarampión alemán (3 días) Varicela Tos Ferina Fiebre reumática Escarlatina Infección de oídos recurrente Infección de garganta recurrente Asma/Sibilancias Eczema/Urticaria Convulsiones Tendencia al sangrado Anemia Hepatitis Problemas de audición Problemas de la vista Transfusiones de sangre Otro

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Lista de todos los parientes de sangre de su hijo/a que tenga los siguientes problemas. (P) Padre, (M) Madre, (Hno) Hermano, (Hna) Hermana, (PM) Padre de mamá, (MM) Madre de mamá, (MP) Madre de papá, (PP) Padre de papá, (TA) Tía, (TO) Tío, (PO) Primo/a.

TDAH/TDA	Hiperlipidemia
Sida	Retardo Mental
Alcoholismo	Migraña
Anemia/ Trastorno de sangre	Distrofia Muscular
Ansiedad	Enfermedad de riñones
Artritis	Derrame Cerebral
Asma	Muerte de Cuna
Defecto de nacimiento	Problemas de Tiroides
Cáncer	Tuberculosis
Problemas de Colesterol	Otro:
Fibrosis quística	
Diabetes (Tipo I, Tipo II)	
Problemas de Droga	Familiares del paciente que estén vivos y bien: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre
Sordera Precoz	<input type="checkbox"/> Hermano(s) <input type="checkbox"/> Hermana(s)
Epilepsia/Convulsiones	¿Algún miembro de la familia inmediata que ha fallecido o este muy enfermo?
Enfermedad del corazón	
Alta Presión (Hipertensión)	<input type="checkbox"/> Indique aquí se el Historial Médico de familia es desconocido:

HISOTRIA SOCIAL

¿Quien vive en el hogar con el paciente?	Pasatiempos, Deportes, Actividad Social:
Estatus conyugal de Padres: <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Otro:	Desarrollo comparado a otros niños:
Nivel más alto de educación de los padres: Madre: _____ Padre: _____	¿Malos Hábitos o problemas sociales?
Nombre de hermanos(as) y sus edades:	¿Uso de droga, alcohol, o tabaco en casa?
	Edad en la cual el niño/a- Se sentó solo/a: _____ Camino: _____
	Uso Oraciones: _____ Uso el baño: _____ Monto bicicleta: _____

Página de Registración del Paciente

Fecha Actual: _____

Nombre:	Dirección:	Teléfono Principal:
		Teléfono Secundario:
Fecha De Nacimiento:	Ciudad, Estado:	Buscapersonas:
Edad:	Código Postal:	Nº de seguro social:
Escuela:	Notas Adicionales:	

Tutor 1	Relación al paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro:	
Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Seguro social:	Empleador:	Nº de trabajo:

Tutor 2	Relación al paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro:	
Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Seguro Social:	Empleador:	Nº de trabajo:

Parientes más cercanos:	Dirección:
Nº de teléfono:	

Personas autorizadas para traer al paciente:

Nombre	Relación al Paciente

Información de seguro y facturación

Persona Responsable:	Nº de teléfono:
Dirección:	Relación al paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro:

❖ **Se requiere el pago en el momento de la visita a menos que se hayan hecho otros arreglos.**

❖ ¿Tiene cobertura de seguro actual? _____
(Favor de proveer tarjeta de seguro actual a la recepcionista.)

Asignación de Beneficios de Seguro

❖ Yo **autorizo pago directo** de los beneficios médicos al Children's Health Center por los servicios prestados.

❖ Yo entiendo que soy **responsable financieramente** de cualquier balance que mi seguro no cubra.

Autorización para Revelar Información

❖ Yo doy autorización para que el Children's Health Center **revele cualquier información** que sea necesaria para cuidado médico o procesamiento de aplicaciones para beneficios financieros.

Medicaid

❖ Certifico que la información dada por mí al solicitar pago es **correcta**. Autorizo **liberación de todos los registros** a petición. Solicito que los **pagos de los beneficios autorizados** sean en mi nombre.

Nombre del Paciente (letra en molde)

Fecha

Padre/Tutor (letra en molde)

Firma

Póliza de Privacidad

- ❖ Entendemos que su información médica es privada. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe para proporcionar una atención de calidad y cumplir con los requisitos legales.
- ❖ Este aviso se aplica a todos los registros de su cuidado que mantenemos. Estamos obligados por la ley a:
 - Mantener información medica de usted privada.
 - darle el aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted
 - seguir los términos del aviso que está actualmente en vigor.
- ❖ Podemos cambiar nuestras pólizas en cualquier momento. Los cambios se aplicaran a información médica que ya sostenemos, así como a cualquier información nueva después que el cambio se produzca. Podemos usar y revelar información médica de usted (como el envío de información medica como parte de una referencia); para obtener pagos de servicios (como mandar información de fractura a su seguro o medicaid); y para apoyar las operaciones de atención de salud (como la comparación de datos de los pacientes para mejorar los métodos de tratamiento).
- ❖ Podemos usar o revelar información médica sobre usted sin autorización previa por varias razones. Con sujeción a ciertos requisitos, podemos dar a conocer información sobre su salud sin autorización previa para fines de salud pública, reportar abuso o negligencia, auditorias de vigilancia de la salud o inspección, estudios de investigación, arreglos funerarios o donación de órganos, con fines de compensación al trabajador, y emergencias. También revelamos información médica cuando es requerido por la ley, tales como en respuesta a la solicitud de aplicación de la ley en circunstancias específicas, o en respuesta a órdenes administrativas o judiciales validas. Podemos revelar información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica, o a las autoridades de socorro de desastre para que su familia pueda ser notificada de su ubicación y condición. En cualquier otra situación no cubierta por esta notificación, le pediremos su autorización escrita antes de usar o revelar información medica. Si opta por autorizar el uso o divulgación más tarde puede revocar esa autorización notificándonos por escrito acerca de su decisión.

Póliza del Celular

- ❖ Los teléfonos celulares no deben ser usados más allá de la zona de recepción. Uso de dispositivos de comunicación móvil o celulares puede ser considerado una violación de las regulaciones de privacidad mencionadas y forzadas por esta oficina. Nuestros médicos y enfermeras reservan el derecho a salir de la habitación del paciente si alguno de estos dispositivos se utilizaran durante el tiempo de triaje del paciente, entrevista o tratamiento para evitar la divulgación no intencional de información médica a personas no autorizadas al acceder a los registros del paciente.

Reconocimiento de la Notificación de Practicas de Privacidad

He leído y revisado la Noticia de esta oficina de prácticas de privacidad, que explica cómo se utilizara mi información médica y divulgada. También entiendo la reglamentación de la Póliza de celular, lo que restringe el uso del celular a la zona de espera.

Nombre:

Firma:

Fecha:

