

PEDIATRIC PRIMARY CARE	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

PEDIÁTRICA | Historial de Salud Inicial

NOMBRE DEL NIÑO	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	

Si los padres no viven juntos, o si el niño no vive con sus padres, ¿cuál es el estado de custodia del niño?

HISTORIA DE NACIMIENTO

El peso al nacer: _____ libras _____ oz

Cuando nació el bebé? ☐ Al término ☐ Temprano ☐ Tarde

Si temprano, ¿cuántas semanas de gestación? _____ semanas

¿La madre tuvo alguna enfermedad o problema con su embarazo? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Durante el embarazo, experimentó la madre lo siguiente:

Fumar? ☐ Sí ☐ No

Beber Alcohol? ☐ Sí ☐ No

Usar drogas o medicamentos? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo a las drogas o medicamentos, ¿qué y cuándo? _____

Fecha de adopción, (si procede): _____

¿Cómo fue entregado el bebé? ☐ Cesárea ☐ Vaginal

Si cesárea, ¿porqué? _____

¿El bebé tuvo algún problema después del nacimiento? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Cómo se dio la alimentación? ☐ De Mama ☐ Botella

¿El bebé va a casa con la madre del hospital? ☐ Sí ☐ No

Si no, por favor explique: _____

GENERAL

¿Considera a su niño a estar en buena salud? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

¿Su hijo/a tiene alguna condición médica? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

¿Su hijo/a ha tenido graves lesiones o accidentes? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

¿Ha sido su hijo/a hospitalizado? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

¿Es su niño alérgico a algún medicamento o drogas? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

¿Toma su hijo/a algún medicamento con regularidad? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

DESARROLLO

Nombre de la escuela o guardería y grado en la escuela: _____

¿Cómo es su compartamiento en la escuela? _____

¿ Él/ella ha repetido un grado en la escuela? _____

¿Cómo está él/ella hacienda en materias académicas? _____

¿Es él/ella en clases especiales o de recursos? _____

¿Esta preocupado por el desarrollo fisico de su hijo/a? ☐ Sí ☐ No

Explique: _____

¿Esta preocupado por el desarrollo mental o emocional de su hijo/a? ☐ Sí ☐ No

Explique: _____

¿Esta preocupado por la falta de enfoque de su hijo/a? ☐ Sí ☐ No

Explique: _____

HISTORIA FAMILIAR – Tiene algún miembro de la familia que tenían lo siguiente:

Sordera	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
Alergias	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
Asma	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
Tuberculosis	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
Enfermedad del corazon	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
Alta presión sanguínea	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
Colesterol alto	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
Anemia	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
Enfermedad dl Hígado/Riñon	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
Diabetes (antes 50)	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
Epilepsia/Convulsiones	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
Alcohol/Abuso de drogas	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
Enfermedades mentales/depresion	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
Retraso mental	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
Problemas inmunologicós	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
VIH/SIDA	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
Cancer	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____
Problemas Gastrointestinales	☐ Sí	☐ No	Quien: _____	Comentarios: _____

HISTORIA PASADA – en su caso, ¿Su hijo/a tiene o a él/ella alguna vez:

Infecciones de oído frecuentes/pérdida de la audición	☐ Sí	☐ No	Explique: _____
Problemas con los ojos o la visión	☐ Sí	☐ No	Explique: _____
El asma, la bronquitis, la neumonía	☐ Sí	☐ No	Explique: _____
Cualquier problema de corazón o soplo cardíaco	☐ Sí	☐ No	Explique: _____
La anemia o un problema de sangrado	☐ Sí	☐ No	Explique: _____
Frecuente dolor abdominal/estreñimiento	☐ Sí	☐ No	Explique: _____
Infección de Vejiga o el Riñón	☐ Sí	☐ No	Explique: _____
Mojar la cama (después de 5 años de edad)	☐ Sí	☐ No	Explique: _____
(F) ¿Ha comenzado su periodo menstrual?	☐ Sí	☐ No	Explique: _____
Ningún problema crónica o recurrente de la piel	☐ Sí	☐ No	Explique: _____
Dolores de cabeza frecuentes	☐ Sí	☐ No	Explique: _____
Convulsiones o problemas neurológicos	☐ Sí	☐ No	Explique: _____
Diabetes	☐ Sí	☐ No	Explique: _____
Problemas de la tiroides u otro endocrinos?	☐ Sí	☐ No	Explique: _____
Uso de Alcohol/Drogas	☐ Sí	☐ No	Explique: _____
Lesiones en la cabeza, conmoción cerebral, o pérdida de la conciencia:			
☐ Sí ☐ No Explique: _____			
¿Cualquier otro problema significativo? ☐ Sí ☐ No Explique: _____			

EDUCACIÓN:

¿A qué escuela asiste su hijo/a? _____

¿Qué grado de nivel? _____

¿Su hijo/a recibe educación especial? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor explique:

Patient Consent Form for Electronic Exchange of Individual Health Information



HealthHIE Nevada is a non-profit organization dedicated to connecting the healthcare community to share information electronically and securely to improve the quality of healthcare services. To learn more about the Health Information Exchange (HIE), read the Patient Information brochure. You can ask the doctor that gave you this form for it, or go to the website www.healthHIENevada.org.

Details about patient information in HealthHIE Nevada and the consent process:

1. **How your information will be used and who can access it:** When you provide consent, only HealthHIE Nevada participants (such as doctors, hospitals, laboratories, radiology centers, and pharmacies), will have access to your health information. It can only be used to:
 - Provide you with medical treatment and related services.
 - Evaluate and improve the quality of medical care provided to all patients, using de-identified health information.
2. **Types of information included and where it comes from:** The information about you comes from organizations that have provided you with medical care, and are HealthHIE Nevada participants. These may include hospitals, physicians, pharmacies, clinical laboratories, and other healthcare organizations. Your health records may include a history of illnesses or injuries you have had (like diabetes or a broken bone), test results (like X-rays or blood tests), and lists of medications your doctor has prescribed. This may include information created before the date of this Consent Form. This information may relate to sensitive health conditions, including but not limited to:
 - Alcohol or drug use problems
 - HIV/AIDS
 - Birth control and abortion (family planning)
 - Genetic (inherited) diseases or tests
 - Mental health conditions
 - Sexually transmitted diseases
3. **Improper Access or Disclosure of your Information:** Electronic information about you may be disclosed by a participating doctor to others only to the extent permitted by Nevada State Law. If at any time you suspect that someone who should not have seen or received information about you has done so, you should notify your doctor.
4. **Effective Period:** Your consent becomes effective upon signing this form and will remain in effect until the day you revoke it or HealthHIE Nevada ceases to conduct business.
5. **Revoking your consent:** At any time, you may revoke your consent by signing a new consent form and giving it to your doctor. These forms are available at your doctor's office, or by calling 855-484-3443. Changes to your consent status may take 24-48 hours to become active in the system.

Note: Organizations that access your health information through HealthHIE Nevada while your consent is in effect may copy or include your information into their own medical records. Even if you later decide to withdraw your consent, they are not required to return it or remove it from their records.

6. **How your information is protected:** Federal and State laws and regulations protect your medical information. HIPAA, the Healthcare Insurance Portability and Accountability Act of 1996, is the federal law that protects your medical records and limits who can look at and receive your health information, including electronic health information. HIPAA's protections were further strengthened by another federal law, the HITECH Act of 2009, which may impose severe financial fines on anyone who violates your medical privacy rights. All health information made available on the HIE, including your medical information, is encrypted to federal standards and is accessible only as allowed by Nevada State law (NRS 439.590). In addition, your doctor must provide you with a Notice of Privacy Practices, which describes how he or she uses and protects your medical information.

Copy of Form: You are entitled to receive a copy of this Consent Form after you sign it.



Sólo Para Uso Interno: MRN _____

Formulario de Consentimiento del Paciente para el Intercambio Electrónico de Información de Salud Individual

Por favor, lea el formulario de consentimiento y proporcione la siguiente información: (con letra de imprenta)

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

NOMBRE ANTERIOR (S) _____

GÉNERO: M ____ F ____

DOMICILIO / P.O. BOX _____

CIUDAD _____

ESTADO _____

CODIGO POSTAL _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____

EMAIL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

(MM)

(DD)

(AAAA)

Los pacientes de Nevada de Medicaid por favor lean: La ley de Nevada exige que "una persona que es un beneficiario de Medicaid o de seguro en conformidad con el Programa de Seguro Médico para Niños no puede elegir que su información personal identificable de salud sea revelada por vía electrónica" (NRS 439.539). Cuando un paciente ya no es un beneficiario de Medicaid, es responsabilidad del paciente cambiar su elección de consentimiento, si es que decide hacerlo. Por favor firme abajo para indicar que está enterado.

Opciones de Consentimiento: (MARQUE UNA) Los pacientes de Nevada de Medicaid están exentos de hacer una selección.

Su decisión de dar o negar su consentimiento no puede ser base para la negación de servicios de salud.

☐ **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que todos los participantes de HIE accedan a **TODA** mi información electrónica médica (incluyendo información delicada) a fin de proveerme cualquier servicio de atención de la salud, incluida la atención de emergencia.

☐ **CONSIENTO SOLAMENTE EN CASO DE EMERGENCIA** que todos los participantes de HIE accedan a **TODA** mi información electrónica médica (incluyendo información delicada) **SÓLO** en el caso de una emergencia médica.

☐ **NO CONSIENTO** que ninguno de los participantes de HIE accedan a **NINGUNA** de mi información médica electrónica, **INCLUSO** en caso de una emergencia médica.

Firma del representante del paciente o autorizado _____

Fecha

Hora

Si firmo este formulario como representante autorizado del paciente, entiendo que todas las referencias en esta forma de "yo" o "mi" se refieren al paciente.

Nombre del representante autorizado (Impreso) _____

Relación _____

Fecha

Hora

Dirección del representante autorizado que firma este formulario (con letra de imprenta): _____

Número de teléfono del representante autorizado _____

PARA USO INTERNO SOLAMENTE

Nombre de la Organización: _____

Nombre del Testigo: _____

Como testigo de este Consentimiento, doy fe de que conozco al que firma arriba, o que se ha identificado con un documento con foto, tarjeta de seguro, o cualquier otra prueba de identidad generalmente aceptada por el área de salud.