

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: _____

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

Sordera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Muerte Cardíaca Súbito	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Enfermedad dl Hígado/Riñon	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Diabetes (antes 50)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Alcohol/Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Enfermedades mentales/depresion	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Retraso mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Problemas inmunológicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Cancer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Problemas Gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Problemas con los ojos o la visión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
El asma, la bronquitis, la neumonía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Cualquier problema de corazón o soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
La anemia o un problema de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Frecuente dolor abdominal/estreñimiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Infección de Vejiga o el Riñión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Mojar la cama (después de 5 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
(F) ¿Ha comenzado su periodo menstrual?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Ningún problema crónica o recurrente de la piel	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Convulsiones o problemas neurológicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Problemas de la tiroides u otro endocrinos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Uso de Alcohol/Drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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:

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



HealthIE Nevada es una organización sin fines de lucro dedicada a conectar a la comunidad de salud para compartir información de manera segura y de forma electrónica y mejorar la calidad de los servicios médicos. Para obtener más información sobre el Intercambio de Información de la Salud (HIE), lea el folleto de información del Paciente. Usted puede preguntarle al médico que le dio este formulario, o ir a la página web www.healthIENevada.org.

Detalles sobre la información del paciente en HealthIE Nevada y el proceso de consentimiento:

- Cómo se utilizará su información y quién puede acceder a ella.** Cuando usted da su consentimiento, sólo los participantes de HealthIE Nevada (tales como médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología, y farmacias), tendrán acceso a su información médica. Sólo se puede utilizar para:
 - Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica proporcionada a todos los pacientes, usando la información de salud asociada.
- Tipos de información incluida y de dónde viene:** La información sobre usted proviene de organizaciones que le han brindado atención médica, y que son participantes de HealthIE Nevada. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, y otras organizaciones de salud. Sus registros de salud pueden incluir un historial de enfermedades o lesiones que ha tenido (como la diabetes o un hueso roto), resultados de exámenes (como radiografías o análisis de sangre), y listas de medicamentos que su médico le ha prescrito. Esto puede incluir información creada antes de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Esta información puede referirse a alguna condición de carácter delicada de salud, incluyendo, pero no limitado a:
 - Problemas de alcohol o drogas
 - VIH/SIDA
 - Control de natalidad o aborto (planificación familiar)
 - Enfermedades genéticas (hereditarias) y pruebas
 - Condiciones de salud mental
 - Enfermedades de transmisión sexual
- Acceso o divulgación inadecuada de su Información:** La información electrónica sobre usted puede ser revelada por un médico participante a otros sólo en la medida permitida por la Ley del Estado de Nevada. Si en algún momento usted sospecha que alguien que no debería haber visto o recibido información acerca de usted lo ha hecho, debe informárselo a su médico.
- Período de vigencia:** Su consentimiento se hace efectivo al momento de firmar este formulario y se mantendrá en vigor hasta el día en que usted lo revoque o HealthIE Nevada deje de existir como negocio.
- Revocar su consentimiento:** En cualquier momento, usted podrá revocar su consentimiento mediante la firma de un nuevo formulario de consentimiento y entregárselo a su médico. Estos formularios están disponibles en el consultorio de su médico, o llamando al 855-484-3443. Los cambios en el estado de su consentimiento pueden tomar de 24-48 horas para activarse en el sistema.

Nota: Las organizaciones que tienen acceso a su información de salud a través de HealthIE Nevada, mientras su consentimiento esté en efecto, pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Incluso, si posteriormente usted decide retirar su consentimiento, no están obligadas a devolverlos o eliminarlos de sus registros.

- Cómo está protegida su información:** Las Leyes y Reglamentos Federales y Estatales protegen su información médica. HIPAA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996, es la ley federal que protege sus registros médicos y limita quién pueda ver y recibir información sobre su salud, incluida la información electrónica de salud. Las protecciones de HIPAA se reforzaron aún más por otra ley federal, la Ley de Alta Tecnología de 2009, que puede imponer multas financieras severas a cualquiera que viole sus derechos de privacidad médica. Toda la información médica disponible en el HIE, incluyendo su información médica, está encriptada a las normas federales y es accesible sólo según lo permitido por la Ley del Estado de Nevada (NRS 439.590). Además, su médico debe proporcionarle un Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe cómo él o ella usa y protege su información médica.

Copia del Formulario: Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento después de firmarlo.



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.