

AVISO AL PACIENTE

Nuestra meta en HOPES es proporcionar atención médica de calidad. Debido a nuestra preocupación por su salud y bienestar, hay ciertos tipos de medicamentos que capaz no se podrá prescribir a usted. Algunos ejemplos son los siguientes:

Oxycontin	Xanax
Oxycodone	Valium
Hydrocodone	Restoril
Percocet	Klonopin
Percodan	Tranxene
Lortab	Ativan
Lorcet	Ambien
Morphine	Soma
Tylenol #3	Methadone
Tylox	Vicodin
Ultram/Tramadol	Estimulantes para adultos

Si ya está tomando alguno de los medicamentos anteriores, su proveedor podría querer hablar con usted acerca de tratamientos alternativos.

Si usted es un paciente nuevo, tenga en cuenta que es muy improbable que seamos capaces de prescribir cualquiera de estos medicamentos para usted.

Si tiene preguntas o preocupaciones acerca esta póliza, por favor no dude discutir las con su proveedor o con el Director General de Salud.

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	
RELEASE OF INFORMATION SIGNED	

Registro de Paciente Pediátricos

FECHA		NUMERO DE SEGURO SOCIAL (SI APLICA)	
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO(S)	NOMBRE PREFERIDO (SI APLICA)
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEFONO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
FORMA COMPLETADA POR		RELACION CON PACIENTE	

Sexo de Nacimiento:

☐ Hombre ☐ Mujer

Identidad de Genero Actual (Por Favor Seleccione Uno):

☐ Masculino ☐ Femenina ☐ Eligio no revelar ☐ Mujer a Hombre/Hombre Transgénero/Hombre Trans
☐ Hombre a Mujer/Mujer Transgénero/Mujer Trans ☐ Genderqueer, ni exclusivamente Masculino ni Femenino
☐ Categoría de Género adicional u otra, por favor especifique _____

Orientación Sexual Actual (Por Favor Seleccione Uno):

☐ Heterosexual ☐ Gay o Lesbiana ☐ Eligio no revelar ☐ Bisexual ☐ No lo se
☐ Categoría adicional u otra, por favor especifique _____

Raza:

☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano
☐ Nativo de Hawái/Islands del Pacifico ☐ Blanco/Caucásico ☐ Otro _____

Etnicidad:

☐ Hispano ☐ No-Hispano

Idioma Preferido:

☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro _____

¿Cómo se enteró de HOPES?

☐ Por un paciente de HOPES ☐ Anuncio de Publicidad ☐ Internet ☐ Medios de comunicación social
☐ Otro _____

Estatus de Estudiante:

☐ Estudiante tiempo completo ☐ Estudiante de medio tiempo ☐ No Estudiante

Estatus de Empleo:

☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Jubilado ☐ Servicio Militar Activo ☐ Ningun

Información del Padre, Madre/Guardián Legal #1

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL PACIENTE	
MEJOR NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE TELEFONO ADICIONAL	CORREO ELECTRONICO (SI APLICA)	
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

¿Nos da permiso para (Por favor ponga sus iniciales en todas la que apliquen):

- | | |
|--|--|
| ☐ Llamarle a casa | ☐ Llamarle a su trabajo? |
| ☐ Dejar mensaje(s) en casa | ☐ Dejar mensaje(s) en el trabajo? |
| ☐ Enviarle correo electrónico | ☐ Enviar información de HOPES? |
| ☐ Enviar mensajes de texto (SMS)* | ☐ Solicitar su participación en cuestionario? |

*El proveedor de servicio puede aplicar tarifas.

Información del Padre, Madre/Guardián Legal #2

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL PACIENTE	
MEJOR NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE TELEFONO ADICIONAL	CORREO ELECTRONICO (SI APLICA)	
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

¿Nos da permiso para (Por favor ponga sus iniciales en todas la que apliquen):

- | | |
|--|--|
| ☐ Llamarle a casa | ☐ Llamarle a su trabajo? |
| ☐ Dejar mensaje(s) en casa | ☐ Dejar mensaje(s) en el trabajo? |
| ☐ Enviarle correo electrónico | ☐ Enviar información de HOPES? |
| ☐ Enviar mensajes de texto (SMS)* | ☐ Solicitar su participación en cuestionario? |

*El proveedor de servicio puede aplicar tarifas.

Contacto de Emergencia

CONTACTO DE EMERGENCIA	NUMERO DE TELEFONO
RELACION CON EL PACIENTE	
MEDICO DE ATENCION PRIMARIA (SI APLICA)	NUMERO DE TELEFONO

A mi leal saber y entender, toda la información en este formulario de registro es verdadera y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad notificar inmediatamente al personal de HOPES si hay cambios en mi nombre, domicilio, número de teléfono, estatus de empleo, y / o ubicación, cobertura de seguro, SSI, SSD o cualquier otro beneficio recibido a través de agencias externas o Organizaciones comunitarias. Entiendo que cualquier campo que se deje en blanco se registrará como "desconocido" en mi historial médico.

NOMBRE DEL PACIENTE	
FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN LEGAL	FECHA

Autorización para el consentimiento de terceros para el tratamiento de menores

____ Yo soy Padre

____ Guardián

____ Otra persona con custodia legal _____
(Describe la relación jurídica)

de _____, menor de edad.
(Nombre del menor)

Por la presente autorizó a _____, Actuar como mi representante
(nombre de representante Médico)

Médico para consentir de toda salud. Servicios que son recomendados por, y entregados bajo cualquier proveedor con licencia en Northern Nevada HOPES, si dicho diagnóstico, tratamiento o transporte / referencia para la atención hospitalaria si se requiere.

Entiendo que esta autorización se da antes de que se requiera un diagnóstico, tratamiento o transporte / derivación específicos para la atención hospitalaria, pero se da para dar autoridad al representante antes mencionado para dar su consentimiento a todos y cada uno de dichos diagnósticos, O transporte / derivación para la atención hospitalaria que un proveedor con licencia, de Northern Nevada HOPES, recomienda.

He leído detenidamente y entiendo completamente este consentimiento y acuerdo. He recibido una copia de este consentimiento / acuerdo y estoy debidamente autorizado para ejecutar lo anterior, y acepto los términos descritos. Entiendo que este consentimiento / acuerdo es efectivo por un año a partir de hoy, o hasta que sea revocado por escrito.

Firma: _____ Fecha y hora: _____
(Padre, Guardián, otra persona por encima de la custodia legal)

Nombre: _____
(Padre, Guardián, otra persona por encima de la custodia legal)

Firma de Testigo: _____ Fecha y hora: _____

Nombre del Menor: _____ Fecha de Nacimiento _____

____ Copia dada al agente ____ Consentimiento escaneado en el historial medico

Reconozco que tengo el derecho de revocar estas autorizaciones en cualquier momento, (que puede ser por escrito, en persona, o por correo certificado al proveedor en la dirección arriba indicada. Que el Proveedor ha actuado en base a la autorización.

REVOQUE LA AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES

Por el presente revoco estas autorizaciones para el consentimiento de terceros al tratamiento de dicho menor.

Firma: _____ Date/Time: _____
(Padre, Guardián, otra persona por encima de la custodia legal)

____ Copia dada al agente ____ Consentimiento escaneado en el cuadro de Menor

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

Consentimiento de Tratamiento para el Paciente

Por medio del consentimiento a y autorizar dicho tratamiento prescrito y completamente explicado a mí por HOPES. Además consiente y autoriza a tales pruebas de laboratorio y procedimientos, exámenes de rayos x y otros servicios médicos de rutinarios que se consideren necesarias por los proveedores de HOPES. No es posible hacer garantías sobre los resultados del examen o tratamiento. Reconozco que me no han hecho ninguna garantía de tal. Entiendo que tendré la oportunidad de discutir cualquier y todos los cuidados o tratamiento me propusieron con los proveedores de HOPES y puedo negarme a dar su consentimiento para el cuidado o tratamiento si no desea continuar con esos cursos de tratamiento. Ofreceré HOPES con información exacta sobre mis drogas médicas, sexual, o historia de alcohol y problemas personales o sociales que pueden afectar mi salud o atención médica para asegurar el tratamiento adecuado, la atención y derivación para servicios necesarios. Soy responsable de tener todas las pruebas de laboratorio, radiografías y otros procedimientos de diagnóstico hechos oportunamente, antes de mi próxima cita programada e informaré para todas las citas de la clínica programada en el tiempo. La aceptación por parte del paciente de los servicios de planificación familiar no debe ser un requisito previo para la elegibilidad o la recepción de cualquier otro servicio, asistencia o participación en cualquier otro programa que se ofrezca en Northern Nevada HOPES (42 CFR 59.5(a)(2)).

Asignaré a un proveedor de HOPES basado en disponibilidad. Entiendo que puedo ser visto por otro proveedor de HOPES si mi proveedor habitual no está disponible. Entiendo llego tarde a mi cita no puede ser visto por mi proveedor regular. Entiendo que debo solicitar medicamentos recargas contactando a la farmacia por lo menos tres días hábiles antes de mi suministro de medicamentos se agote.

_____ INICIALES DEL PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

Reconozco que la clínica de HOPES no **funciona un servicio de atención de emergencia**. Miembros del personal están disponibles para mí durante las horas regulares de trabajo para responder a sus preguntas o dudas acerca de mi necesidad de atención urgente. Si mi situación es de emergencia l asistencia debe llamar al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Si deseo hablar con un médico después de horas que puedo llamar a la clínica de HOPES al 786-4673. Diríj al servicio de respuesta y un médico le devolverá a mi llamada.

_____ INICIALES DEL PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

Entiendo que HOPES tiene un enfoque de equipo integrado para el manejo del paciente y que la información médica puede ser compartida entre los médicos, farmacéutico, salud mental, enfermeras, administradores de casos, asistentes médicos, estudiantes de medicina o internos sin autorización escrita. Esta información es utilizada exclusivamente para el proposito de la coordinación de la atención médica y los servicios sociales.

_____ INICIALES DEL PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

HONORARIOS DE PAGO POR SERVICIOS: Northern Nevada HOPES brinda servicios a clientes que no tienen cobertura de seguro de terceros utilizando una escala de tasa de deslizamiento, adhiriéndose a las directrices de la pobreza de salud y servicios humanos. Entiendo los cargos por servicios dependen de mis ingresos y pueden cambiar como mis ingresos aumenta o disminuye. En caso de que tengo derecho a los beneficios derivados de cualquier póliza de seguro privado o comercial, dichas prestaciones serán solicitados y asignados al Northern Nevada de HOPES. Si yo estoy cubierto por Medicare, Medicaid o compensación del trabajador, se enviará un reclamo a la agencia apropiada. Sin embargo, entiendo que soy responsable por cualquier copagos, deducibles, u otros cargos por ninguna póliza de seguro o agencia gubernamental y estos copagos son pagaderos en el momento de servicio prestado a menos que se han hecho otros arreglos previos.

He leído con atención y comprendo totalmente este consentimiento y acuerdo. He recibido una copia de este consentimiento / acuerdo y estoy debidamente autorizado para ejecutar lo anterior, y acepto los términos como se describe. Entiendo que este consentimiento / acuerdo es efectivo hasta que sea revocada por escrito.

 FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN LEGAL

 FECHA

 FIRMA DEL EMPLEADO DE HOPES

 FECHA

Como paciente, tienes el derecho a:

- Ser tratado con respeto y dignidad en un entorno seguro y privado.
- Cambiar proveedores médicos en Northern Nevada HOPES.
- Obtener otra opinión sobre su enfermedad o tratamiento.
- Respetar sus valores y creencias culturales, sociales, espirituales y personales.
- Recibir información sobre cambios o finalización de programas en HOPES
- Conocer el costo de su atención y las formas en que puede pagar por su atención.
- Acceder al médico de guardia a través de un servicio de atención fuera de horario.
- Acceder a servicios de interpretación si no entiende inglés, u otra asistencia si usted tiene discapacidad auditivas o visuales. Estos servicios son gratuitos.
- Recibir servicios sin importar sus posibilidades de pago.
- Estar informado sobre su enfermedad y tratamiento, incluyendo opciones para su cuidado.
- Conocer los servicios disponibles a través de HOPES.
- Saber que HOPES no proporciona servicios dentales en la clínica, pero puede ser referido a dentistas externos.
- Solicitar arreglos especiales si tiene una discapacidad.
- Negarse a ser incluido en cualquier programa de investigación sin limitar la atención médica o el tratamiento.
- Ser informado que HOPES no maneja problemas de dolor crónico y no proporciona evaluaciones de discapacidad.
- Ser informado que grabar su visita al consultorio con su proveedor sin revelar el mismo no fomenta una relación de confianza entre el proveedor y el paciente.
- Estar informado de las horas y plazos de la farmacia de HOPES para surtir las recetas nuevas y existentes.
- Estar informado sobre el acceso electrónico de sus registros de pacientes a través del portal web para
- pacientes de HOPES.
- A la privacidad de sus registros de salud según lo determinado por HIPAA / 42 CFR Parte 2.
- Conocer que HOPES tiene requisito legal de reportar cierta información y hacer reportes a las autoridades adecuadas.
- Rechazar tratamiento y servicios según lo permitido por la ley.
- Presentar una queja o un reclamo formal, si no está satisfecho con la atención en HOPES.
- Conocer la filosofía y características del programa de manejo de pacientes.
- Tener información personal de salud compartida con el programa de manejo de pacientes solo de acuerdo con las leyes estatales y federales.
- Identificar a los miembros del personal del programa, incluido su título de trabajo, y hablar con un supervisor del personal si se solicita.
- Hablar con un profesional de la salud y recibir información sobre el programa de manejo del paciente.
- Recibir información administrativa sobre los cambios o la finalización del programa de manejo de pacientes.
- Rechazar la participación, revocar el consentimiento o cancelar la inscripción como paciente de HOPES en cualquier momento.

Como paciente, tienes la responsabilidad de:

- Hacer preguntas sobre su enfermedad o cuidado.
- Mostrar respeto tanto a los empleados de HOPES, voluntarios, contratistas, como a otros pacientes.
- Cancelar o reprogramar citas con anticipación para que otra persona pueda tener ese horario.
- Informar al hospital o la sala de emergencias de que usted es un paciente de HOPES para la coordinación del cuidado.
- No llegar a Northern Nevada HOPES o mi cita intoxicado(a) o bajo la influencia de drogas.
- Usar medicamentos o dispositivos médicos solo para usted.
- Informar a un proveedor médico si empeora o si tiene una reacción inesperada a un medicamento.
- Seguir las instrucciones del prescriptor sobre todos los aspectos de las recetas.
- Dar permiso por escrito para publicar sus registros de salud cuando sea necesario.
- Proporcionar a HOPES una copia de su testamento vital o poder notarial duradero para asuntos de atención médica.
- Pagar sus copagos y facturas a tiempo.
- Reunirse con consejeros financieros para establecer planes de pago.
- Presentar todos los formularios que sean necesarios para participar en un programa, en la medida que lo exija la ley.
- Proporcionar información clínica y de contacto precisa y notificar al programa de manejo del paciente los cambios en esta información.
- Notificar a su proveedor tratante de su participación en el programa de manejo de pacientes, si corresponde.

Si tiene alguna pregunta, por favor pregunte a un empleado de HOPES.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN LEGAL

FECHA

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

Reconocimiento de las prácticas de privacidad y el procedimiento de quejas del paciente

Reconozco que he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad y el Procedimiento de Quejas del Paciente.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN LEGAL

FECHA

RECONOCIMIENTO SE NEGÓ

En esta fecha, el paciente abajo firmantes se negó o error al acusar recibo de la notificación de prácticas de privacidad y el Procedimiento de Quejas del Cliente.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

Motivo del rechazo: _____

FIRMA DEL EMPLEADO DE HOPES

FECHA

Una copia firmada de esta página debe ser presentada ante el registro del paciente.

Consentimiento de Correo Electrónico/ Texto (SMS)

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

CORREO ELECTRONICO DEL PACIENTE/GUARDIAN LEGAL

Northern Nevada HOPES' no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la transmisión de correo electrónico y texto (SMS). Servicios on-line y los empleadores tienen el derecho de acceso y archivo de correo electrónico y textos (SMS) transmitido a través de sus sistemas. Si usted permite que otros tengan acceso a su teléfono celular pueden ver los mensajes. Por lo tanto, tenga en cuenta que usted envía un correo electrónico y / o texto (SMS) por su cuenta y riesgo. Por varios factores del internet y el correo electrónico fuera de nuestro control, no podemos ser responsables por correo electrónico o texto (SMS), mal entregado o interrumpido. Northern Nevada HOPES y su proveedor de cuidado de salud no son responsables por las infracciones de confidencialidad causada por sí mismo o un tercero.

Northern Nevada HOPES sólo enviará mensajes de texto (SMS) de acuerdo con la Orden y Orden Declaratoria de la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC). HOPES no recibirá mensajes de texto (SMS).

Correo electrónico es más adecuado para cuestiones rutinarias y preguntas sencillas. No debe enviar por correo electrónico para situaciones urgentes o de emergencias o para asuntos que requieran una respuesta inmediata. Su proveedor tratará de leer y responder prontamente a correo electrónico, pero no puede ser garantizado que un correo electrónico será leído y repuesto dentro de un período de tiempo específico. Asuntos con sensibilidad de tiempo deben ser atendidos por teléfono. No use correo electrónico para las comunicaciones con respecto a información sensible de la salud, como enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, salud mental o abuso de sustancias.

Por favor incluye su nombre completo, fecha de nacimiento y número de teléfono en todos los correos electrónicos. Describe el tema de su correo electrónico en la línea marcada "Sujeto/Asunto?" en su mensaje.

Todos los correos electrónicos entre usted y su proveedor con respecto a diagnósticos o tratamiento serán imprimidos y hechos parte de sus registros médicos permanente.

Su proveedor puede reenviar su correo electrónico a otros miembros del equipo según como sean necesario para la respuesta. Sin embargo, su correo electrónico no será enviada fuera nuestro equipo de salud sin su autorización.

Para prevenir la introducción de virus a nuestro sistema, no envíe archivos adjuntos a nosotros en su correo electrónico.

Usted es responsable para proteger su contraseña y otros medios de acceso al correo electrónico y texto (SMS).

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN LEGAL

FECHA

FIRMA DEL EMPLEADO DE HOPES

FECHA

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

Dependientes del hogar del paciente

Por favor complete la siguiente información para todos los socios, los niños y otras personas que viven en su hogar:

- | | | | |
|----|---------------------|----------------|----------|
| 1. | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO |
| | FECHA DE NACIMIENTO | RELACIÓN | |
| 2. | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO |
| | FECHA DE NACIMIENTO | RELACIÓN | |
| 3. | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO |
| | FECHA DE NACIMIENTO | RELACIÓN | |
| 4. | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO |
| | FECHA DE NACIMIENTO | RELACIÓN | |
| 5. | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO |
| | FECHA DE NACIMIENTO | RELACIÓN | |
| 6. | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO |
| | FECHA DE NACIMIENTO | RELACIÓN | |

COMENTARIOS: _____

ACCT # _____



**NORTHERN NEVADA HOPES
FPL SURVEY**

ANNUAL INCOME

Please provide your annual income. The first step is to find the family size column and mark the number people in your household. You'll then check the box which represents the dollar amount that is closest to the annual household income. For example, a household of 5 people without an income would be marked at the family of five and Level 1 < 138% FPL (0 - \$44,809).

INGRESOS ANUALES

Por favor, proporcione su ingreso anual. El primer paso es encontrar la columna del tamaño de la familia y marcar el número de personas en su hogar. Luego, marcará la casilla que representa el monto en dólares más cercano al ingreso anual del hogar. Por ejemplo, un hogar de 5 personas sin ingresos se marcaría en la familia de cinco y Nivel 1 <138% FPL (0 - \$ 44,809).

Family Size	Level 1 <138% FPL	Level 2 <150% FPL	Level 3 <175% FPL	Level 4 < 200% FPL	Level 5 <300% FPL	Level 6 >300% FPL	Level 7 >400% FPL
1	0 – 18,754 ☐	18,755 – 20,385 ☐	20,386 – 23,783 ☐	23,784 – 27,180 ☐	27,181 – 40,770 ☐	40,771 – 54,360 ☐	54,361 and above ☐
2	0 – 25,268 ☐	25,267 – 27,465 ☐	27,466 – 32,043 ☐	32,044 – 36,620 ☐	36,621 – 54,930 ☐	54,931 – 73,240 ☐	73,241 and above ☐
3	0 – 31,781 ☐	31,782 – 34,545 ☐	34,546 – 40,303 ☐	40,304 – 46,060 ☐	46,061 – 69,090 ☐	69,091 – 92,120 ☐	92,121 and above ☐
4	0 – 38,295 ☐	38,296 – 41,625 ☐	41,626 – 48,563 ☐	48,564 – 55,500 ☐	55,501 – 83,250 ☐	83,251 – 111,000 ☐	111,001 and above ☐
5	0 – 44,809 ☐	44,810 – 48,705 ☐	48,706 – 56,823 ☐	56,824 – 64,940 ☐	64,941 – 97,410 ☐	97,411 – 129,880 ☐	129,881 and above ☐
6	0 – 51,322 ☐	51,323 – 55,785 ☐	55,786 – 65,083 ☐	65,084 – 74,380 ☐	74,381 – 111,570 ☐	111,571 – 148,760 ☐	148,761 and above ☐
7	0 – 57,836 ☐	57,837 – 62,865 ☐	62,866 – 73,343 ☐	73,344 – 83,820 ☐	83,821 – 125,730 ☐	125,731 – 167,640 ☐	167,641 and above ☐
8	0 – 64,349 ☐	64,350 – 69,945 ☐	69,946 – 81,603 ☐	81,604 – 93,260 ☐	93,261 – 139,890 ☐	139,891 – 186,520 ☐	186,521 and above ☐

Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____

First-Last Name/ Nombre-Apellido

Historial de Salud Pediátrica | Nuevo Paciente

Fecha: _____

Primer Nombre de Hijo	Segundo Nombre	Apellido
Apodo	Edad	Fecha de Nacimiento

Formulario completado por: _____

¿Razón por su visita? _____

¿Proveedor de salud anterior? _____ ¿Última visita? _____

¿Especialistas (pasado o presente)? _____

Arreglos de Vivienda:

¿Con quién vive el niño? (ej. Madre, Padre, Hermanos, Abuelos)

¿Si los padres no viven juntos o si el niño no vive con los dos padres biológicos, cual es el estatus de custodia del niño?

¿Ocupación de los adultos viviendo con el niño?

MEDICAMENTOS

¿Toma el niño algunos medicamentos regularmente? ☐ Si ☐ No Explica:

¿Algunas vitaminas, hierbas o suplementos? ☐ Si ☐ No Explica:

¿Es alérgico a alguna medicina el niño? ☐ Si ☐ No Explica:

HISTORIAL MEDICO PERSONAL:

HISTORIA DE NACIMIENTO ¿Cuándo nació él bebe? ☐ A termino (37+ semanas) ☐ Adelantado ☐ Después de termino

Si nació adelantado, ¿cuantas semanas de gestación? _____

Peso de nacimiento: _____ libras _____ onzas **O:** _____ kilogramos _____ gramos

Lugar de nacimiento: _____

Tipo de Parto: ☐ Vaginal ☐ Por cesárea Si por cesárea, ¿porque? _____

¿Tuvo algún problema él bebe después de nacer? ☐ Si ☐ No Explica: _____

¿Tuvo la madre alguna enfermedad o problema durante el embarazo? ☐ Si ☐ No

Si respondió si, favor de explicar: _____

Durante el embarazo, la madre:

¿Fumo? ☐ Si ☐ No ¿Tomo alcohol? ☐ Si ☐ No ¿Uso drogas? ☐ Si ☐ No ¿Uso medicamentos? ☐ Si ☐ No

Fecha de adopción (si aplica): _____

¿Cómo fue dada la primera alimentación? ☐ Por seno ☐ Por biberón Si fue por seno, ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Él bebe fue a casa con la madre del hospital? ☐ Si ☐ No

Si respondió no, favor de explicar: _____

HISTORIAL MEDICO PASADO – Si aplica, Tiene o ha tenido alguna de las condiciones siguientes:

CONDICION	AHORA	PASADO	COMENTARIOS
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, ansiedad, problemas de humor/depresión			
Uso de alcohol o drogas			
Anemia			
Asma, bronquitis, o neumonía			
Mojar la cama (después de 5 años)			
Infección del riñón o vejiga			
Deformidad del riñón o vejiga			
Problemas con sangramiento o coágulos			
Transfusión de sangre			
Cáncer o tratamiento de medula ósea			
Quimioterapia			
Varicela			
Problema crónico o recurrente de la piel			
Cataratas innatos o retinoblastoma			
Convulsiones o problemas neurológicos			
Descomposición dental			
Retraso de desarrollo mental			
Diabetes			

HISTORIAL MEDICO PASADO – Si aplica, Tiene o ha tenido alguna de las condiciones siguientes:

CONDICION	AHORA	PASADO	COMENTARIOS
Alergias a comidas o ambiente			
Dolor abdominal frecuente, estreñimiento			
Infección de oído frecuentes o pérdida de audición			
Dolores de cabeza frecuentes			
Transición de genero			
Lesiones de cabeza/conmoción cerebral/pérdida de conocimiento			
Problemas de corazón o murmuración de corazón			
Alergias nasales			
Obesidad			
Trasplanté de órganos			
Ronquido persistente			
Problemas con los ojos o vista			
Infección transmitida sexualmente			
Problemas de sueño			
Problemas con el tiroides o endocrina			
(Hembra)¿Ha empezado su menstruación?	Si	NO	
(Hembra)¿Problemas con menstruación?	Si	NO	
¿Algún otro problema significativo?	Si	NO	

GENERAL

¿El niño ha tenido un daño serio o accidente? ☐ Si ☐ No

Explica: _____

¿El niño ha tenido alguna cirugía? ☐ Si ☐ No

Explica: _____

¿El niño ha sido hospitalizado? ☐ Si ☐ No

Explica: _____

¿Están las vacunas al día? ☐ Si ☐ No

Explica: _____

¿Fuma algún miembro de la familia? ☐ Si ☐ No

Explica: _____

¿Hay pistolas en la casa? ☐ Si ☐ No Si respondió si, ¿están cerrados con llave lejos de los niños?:

HISTORIAL FAMILIAR: Adoptado? ☐ Si ☐ No

Favor de anotar alguna condicion medica conocida para los parientes siguientes.
 Por ejemplo: diabetes, cancer, ataque de corazon, derrame, presion arterial alta, alto colesterol, abuso de alcohol, abuso de drogas, depresion.

Pariente	Vivo, edad	Fallecido, edad de fallecimiento	Condicion(es) medicos	Causa de muerte (si aplica)
Madre				
Padre				
Abuela Maternal				
Abuelo Maternal				
Abuela Paternal				
Abuelo Paternal				
Hermanos				
Otros Parientes				

Comentarios adicionales:

¿Alguna otra cosa que quisiera compartir con nosotros sobre el niño?

MANEJO DE CASOS

¿Tiene acceso a suficiente comida? ☐ Si ☐ No

Actualmente, ¿tiene vivienda? ☐ Si ☐ No

¿Tiene transporte a sus citas medicas? ☐ Si ☐ No

Actualmente, ¿tiene algunos asuntos legales que le esta causando stres? ☐ Si ☐ No

¿Quisiera hablar con un coordinador de servicios sociales? ☐ Si ☐ No