

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:

- Inglés 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):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Llamarle a casa | <input type="checkbox"/> Llamarle a su trabajo? |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje(s) en casa | <input type="checkbox"/> Dejar mensaje(s) en el trabajo? |
| <input type="checkbox"/> Enviarle correo electrónico | <input type="checkbox"/> Enviar información de HOPES? |
| <input type="checkbox"/> Enviar mensajes de texto (SMS)* | <input type="checkbox"/> 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):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Llamarle a casa | <input type="checkbox"/> Llamarle a su trabajo? |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje(s) en casa | <input type="checkbox"/> Dejar mensaje(s) en el trabajo? |
| <input type="checkbox"/> Enviarle correo electrónico | <input type="checkbox"/> Enviar información de HOPES? |
| <input type="checkbox"/> Enviar mensajes de texto (SMS)* | <input type="checkbox"/> 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 representate Medico)

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 3 años a partir de hoy, a menos que se especifique otra fecha aquí: _____ 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. Hopes no proporciona servicios de Afirmación de Género or Terapia de Reemplazo Hormonal (HRT) a personas menores de 18 años. La aceptación por parte del paciente de los servicios de planificación familiar no debe ser un requisito previo para la elegibilidad. 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)).

Asignará 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 I 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. Dirigí 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.
- Comprender que las amenazas físicas y / o verbales de violencia, acoso, coerción, intimidación y otros comportamientos disruptivos no serán toleradas y podrían resultar en la terminación de la relación paciente-HOPES.
- 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



FOR OFFICE USE ONLY: PLEASE CHECK ONE

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

ACCT # _____



**2025 NORTHERN NEVADA HOPES
FPL SURVEY**

ANNUAL INCOME

To share your annual income, please fill in the Family Size box with the number of people in your household. Then, choose the box that corresponds to the dollar amount closest to your annual household income. For example, if your household consists of 5 people with no income, select the box with an annual income ranging from \$0- \$15,650.

INGRESOS ANUALES

Por favor comparta sus ganancias anuales. Primero, escriba la cantidad de personas en su hogar en la casilla de Tamaño de Familia. Luego, seleccione la casilla correspondiente al monto en dólares más cercano a su ingreso familiar anual. Por ejemplo, si su hogar está formado por 5 personas sin ingresos, elija la casilla de Ingresos Anuales de \$0- \$15,650.

Family Size/Tamaño de Familia	Annual Gross/Ingresos Anuales						
	\$0 - \$15,650 <input type="checkbox"/>	\$23,476 - \$27,387 <input type="checkbox"/>	\$31,301 - \$46,950 <input type="checkbox"/>	\$62,601 - \$67,504 <input type="checkbox"/>	\$73,632 - \$79,541 <input type="checkbox"/>	\$88,368 - \$95,845 <input type="checkbox"/>	\$99,951 - \$129,000 <input type="checkbox"/>
	\$15,651 - \$23,475 <input type="checkbox"/>	\$27,388 - \$31,300 <input type="checkbox"/>	\$46,951 - \$62,200 <input type="checkbox"/>	\$67,505 - \$73,631 <input type="checkbox"/>	\$79,542 - \$88,367 <input type="checkbox"/>	\$95,846 - \$99,951 <input type="checkbox"/>	\$129,001- above/ más <input type="checkbox"/>

Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____

First-Last Name/ Nombre-Apellido

No-Show and Same-Day Cancellation Policy

1. No-Show Policy:

A patient who misses two scheduled appointments without providing prior notification will be required to have two walk-in visits before being able to schedule appointments again.

2. Same-Day Cancellation Policy:

A patient who cancels a scheduled appointment on the same day without providing a valid reason will be subject to the following:

First Occurrence: A verbal warning will be issued.

Second Occurrence: The patient will be required to have two walk-in visits before being able to schedule appointments again, similar to the no-show policy.

Exceptions:

Emergencies: In the case of a medical emergency, the patient will not be penalized for missing or canceling an appointment.

Valid Reasons: If the patient can provide a valid reason for missing or canceling an appointment, such as a serious illness, family emergency, or transportation issues, they may be exempt from the policy.

Communication:

Patients will be notified of this policy at the time of their initial visit and whenever their appointment status changes. Staff will make every effort to contact patients to confirm appointments and address any concerns.

Política de Cancelación por no Presentarse y el Mismo Día

1. Política de no presentarse:

Un paciente que falte a dos citas programadas sin proporcionar notificación previa tendrá que tener dos visitas sin cita previa antes de poder programar citas nuevamente.

2. Política de cancelación en el mismo día:

Un paciente que cancela una cita programada el mismo día sin proporcionar una razón válida estará sujeto a lo siguiente:

Primera Ocurrencia: Se emitirá una advertencia verbal.

Segunda Ocurrencia: Se requerirá que el paciente tenga dos visitas sin cita previa antes de poder programar citas nuevamente, similar a la política de no presentarse.

Excepciones:

Emergencias: En caso de emergencia médica, el paciente no será penalizado por faltar o cancelar una cita.

Razones válidas de: Si el paciente puede proporcionar una razón válida para faltar o cancelar una cita, como una enfermedad grave, emergencia familiar o problemas de transporte, puede estar exento de la póliza.

Comunicación:

Los pacientes de serán notificados de esta política en el momento de su visita inicial y siempre que cambie el estado de su cita. El personal hará todo lo posible para contactar a los pacientes para confirmar las citas y abordar cualquier inquietud.

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA | Nuevo Paciente

Fecha de Hoy _____

NOMBRE DEL NIÑO	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
APODO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO

Formulario completado por: _____

¿Motivo de la visita hoy? _____

Proveedor de atención médica anterior? _____ ¿Última visita? _____

¿Especialistas (pasados o presentes)? _____

Arreglos de vivienda:

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

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

¿Ocupaciones de los adultos que viven con el niño?

MEDICAMENTOS

¿Su hijo toma algún medicamento regularmente? Sí No Lista:

¿Alguna vitamina, hierba o suplemento? Sí No Lista:

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento o fármaco? Sí No Listar y Explicar:

HISTORIA MÉDICA PERSONAL:

HISTORIA DEL PARTO ¿Cuándo nació el bebé? A término (37+ semanas) Temprano Tarde

Si es temprano, ¿en cuántas semanas de gestación? _____

Peso al nacer: _____ lbs _____ oz o: _____ kg _____ g

Lugar de nacimiento: _____

Parto: Vaginal Césarrea Si es cesárea, ¿por qué? _____

¿El bebé tuvo algún problema justo después del nacimiento? Sí No Si es así, por favor explique:

¿La madre tuvo alguna infección, enfermedad o problema crónico o agudo durante su embarazo? Sí No

Si es así, por favor explique:

Durante el embarazo, ¿la madre:

¿Fuma? Sí No ¿Bebe alcohol? Sí No ¿Usa drogas? Sí No Medicamentos? Sí No

Fecha de adopción (si corresponde): _____

¿Cómo se realizó la alimentación inicial? Pecho Biberón Si se alimenta con leche materna, ¿por cuánto tiempo?

¿El bebé se fue a casa con la madre desde el hospital? Sí No

Si no, por favor explique: _____

HISTORIA PASADA – si corresponde, ¿su hijo/a tiene o ha tenido alguna vez:

CONDICIÓN	AHORA	ANTES	COMENTARIOS
TDAH/ansiedad/problemas de ánimo/depresión			
Consumo de alcohol/drogas			
Anemia			
Infección/malformación de la vejiga o los riñones			
Problemas de sangrado o coagulación			
Transfusión de sangre, transfusión de IVIG			
Tratamiento para el cáncer o de médula ósea			
Quimioterapia			
Varicela o Sarampión o Tuberculosis			
Problemas de colesterol			
Cataratas congénitas o retinoblastoma			
Problemas dentales o caries			
Retraso en el desarrollo			
Diabetes			
Problemas de oído (infecciones frecuentes, pérdida de audición, cerumen impactado, etc.)			
Alergias ambientales o alimentarias			
Problemas oculares o de visión			

:

CONDICIÓN	AHORA	ANTES	COMENTARIOS
Infecciones frecuentes de oído o pérdida de audición			
Dolores de cabeza frecuentes			
Problemas gastrointestinales (dolor abdominal crónico, estreñimiento, intolerancia a la lactosa, celiaquía, etc.)			
Transición de género o cuestionamiento			
Lesiones en la cabeza/conmoción cerebral/pérdida de conciencia			
Problema cardíaco o soplo cardíaco			
Problemas hormonales (tiroides, hormona de crecimiento, SOP, etc.)			
Problemas pulmonares (asma, neumonía)			
Obesidad			
Trasplante de órganos			
Convulsiones o Enfermedades Neurológicas			
Infecciones de transmisión sexual			
Condiciones de la piel (eczema, acné, etc.)			
Problemas de sueño (mojar la cama después de los 5 años, ronquidos, apnea del sueño, etc.)			
(F) ¿Ya le ha bajado la regla?	SI	NO	
(F) Problemas con los períodos	SI	NO	
¿Algún otro problema significativo?	SI	NO	

GENERAL ¿Ha tenido su hijo lesiones o accidentes graves? Sí No

Explica: _____

¿Alguna vez ha tenido cirugía su hijo/a? Sí No

Explicar: _____

¿Alguna vez ha estado su hijo hospitalizado? Sí No

Explicar: _____

¿Están al día las vacunas de su hijo? Sí No

Explicar: _____

¿Algún miembro de la familia fuma? Sí No

Explicar: _____

¿Hay armas en el hogar? Sí No

¿Si es sí, están guardado lejos de los niños? _____

HISTORIA FAMILIAR:

Por favor, especifique cualquier condición médica conocida de los familiares que se indican a continuación.

Por ejemplo: diabetes, cáncer, infarto, derrame cerebral, hipertensión, colesterol alto, abuso de alcohol, abuso de drogas, depresión.

Pariente	Vivo, edad	Fallecido, edad que falleció	Condición(es) médica(s)	Causa de muerte (si corresponde)
Mamá				
Papá				
El papá de mamá				
La mamá de mamá				
El papá de papá				
La mamá de papá				
Hermanos				
Otros parientes				

¿Adoptado el paciente? Sí No

Comentarios adicionales sobre la salud familiar:

¿Hay algo más que le gustaría compartir con nosotros sobre su hijo/a?
