



FORMULARIO DE REGISTRO

- 1. Nombre: _____ Iniciales _____ Fecha de Nacimiento: _____
2. Dirección: _____
Apartamento: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono (Casa): _____ Celular: _____ Trabajo: _____
3. Correo electrónico: _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____
4. Género: Femenino Masculino Hombre transgénero Mujer transgénero
Genderqueer (ninguno) Otro Negarse a revelar
5. Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual Otro No sabe No prefiero revelar
6. Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
7. Raza/Origen Étnico: (Marque todo lo que corresponda):
Asiático Negro Blanco
Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawái Isleño del Pacífico
Origen Étnico (Escoja una): Hispano/Latino NO Hispano/Latino
8. Idioma:
Armenio Inglés Hmong Laosiano Lenguaje de signos
Árabe Francés Japonés Portugués Vietnamita
Camboyano (Khmer) Alemán Coreano Ruso Tagalo
Chino Griego Kreyól Español Otro
9. ¿Es el paciente ciudadano de Estados Unidos? Sí No
10. Estado de empleo*: Empleado Empleado propio Discapacitado Retirado Estudiante (tiempo parcial o completo)
11. Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____
12. Relación: _____ Apellido de madre soltera: _____

Información de los Padres/Apoderado (completar sólo si el paciente es un menor)
Padre (Nombre y Apellido): _____
Madre (Nombre y Apellido): _____
Apoderado (Nombre y Apellido): _____
Relación al paciente: Padre/Madre Abuelo/a Padre/Madre de crianza Otro: _____
Seguro Social: _____ - _____ - _____ Identificación: _____

- 13. Ingreso Mensual (antes de impuestos): _____ Personas mantenida con este ingreso: _____
14. ¿Usted tiene seguro médico? Sí No Si es así, que tipo de seguro médico? _____
Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____
15. ¿Eres veterano militar? Sí No
16. ¿Está usted sin hogar? Sí No Si es así, marque uno: Refugio Vivienda de transición Duplicado Calle Otros

- *Estado de Empleado:
• Empleado – usted se gana la vida sea trabajando a tiempo parcial o tiempo completo para otra persona, empresa u organización.
• Empleado por cuenta propia – usted se gana la vida trabajando desde su propia profesión y/o negocio y no gana comisión o sueldo de otro individuo.
• Discapacitado – usted recibe pagos mensuales de parte del gobierno para discapacidad.
• Retirado – usted se ha retirado de trabajar y recibe un cheque mensual del Seguro Social.
• Estudiante de tiempo completo o parcial – esta inscrito en una escuela acreditada en tiempo parcial (menos de 12 horas por créditos) o a tiempo completo (12 horas o más).

- Estado sin hogar:
• Refugio – Usted vive en un refugio para personas sin hogar organizado.
• Vivienda de transición – Usted reside en una pequeña unidad que ayuda a personas en transición, sin hogar a vivienda permanente.
• Duplicado – Usted esta viviendo con otras personas en su casa y/o apartamento.
• Calle – Usted vive al aire libre, en un coche, en un campamento, en una vivienda precaria/refugio o en otro lugar.
• Otros – usted vive en una sola habitación de ocupación en un hotel o motel o cualquier otra vivienda pagando día a día.

Firma del Paciente/Apoderado Legal _____



Nombre del Paciente:: _____

Fecha de Nacimiento: _____

AUTORIZACIONES Y DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN RECIBIDA

	INICIALES												
<p>I. Autorización para tratamiento médico Por este medio, yo como paciente, autorizo y doy mi permiso a CHCP a que se haga cargo de mi tratamiento médico.</p>													
<p>II. Autorización para tratamiento médico a un menor Por este medio, yo como Padre o Tutor legal del paciente doy mi permiso y autorizo su tratamiento médico. Además, doy permiso a _____ para que autorice en mi ausencia cualquier tratamiento médico necesario.</p>													
<p>III. Hogar Médico: Elijo participar en el Hogar Médico centrado en el paciente.</p>													
<p>IV. Aviso de Privacidad Declaro que he recibido una copia del Aviso de Privacidad el cual describe las formas en que la Práctica podría utilizar y divulgar mi información médica con el fin de llevar mi tratamiento, pago o el plan de atención médica. Yo entiendo que puedo comunicarme con el Representante Encargado de la Conformidad "Compliance Officer" en caso de tener alguna pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi permiso para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de la Privacidad de esta Práctica Médica.</p>													
<p>V. Envío de la información</p> <ul style="list-style-type: none"> La información médica puede ser enviada a cualquier persona o entidad responsable por el pago a nombre del paciente con el fin de verificar la cobertura, preguntas o para cualquier otro propósito relacionado con el pago. Si estoy cubierto por Medicaid o Medicare, autorizo a que mi información médica sea enviada a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o transportistas para el pago de la reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. La información a enviar puede incluir, sin ningún tipo de limitación, el historial médico, examen físico, los expedientes de la sala de emergencia, resultados de laboratorios, tratamiento de alcoholismo y de abuso de drogas y el informe de alta. Las Leyes Federales y Estatales podrían permitir que esta Oficina participe en organizaciones, con otros proveedores médicos, aseguradoras y/u otros participantes de la industria médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades puedan compartir entre ellos mi información médica para alcanzar los objetivos que incluyan pero que no estén limitados a; mejorar la precisión y disponibilidad de mi información médica; reducir el tiempo necesario para tener disponible la información; manejar y comparar mi información para propósitos de mejorar la calidad, y cualquier otro propósito que sea permitido por ley. Entiendo que esta Oficina puede ser miembro de una de estas organizaciones. Esta autorización específicamente incluye información concerniente a: condiciones psicológicas, psiquiátricas, incapacidad intelectual, información genética, dependencia a sustancias químicas y/o enfermedades infecciosas, incluyendo, pero no limitado a, enfermedades transmitidas por la sangre como el SIDA (AIDS) y el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV). <p>Por este medio autorizo a esta organización, a los médicos u otros profesionales médicos que estén involucrados en mi tratamiento médico a proveer mi información médica para fines de tratamiento, pagos y /u otras operaciones de atención médica.</p>													
<p>VI. Divulgación de Información a Familiares y/o Amigos Doy permiso para que se les provea mi información médica confidencial a los familiares y/o amigos que aparecen en el siguiente listado para propósitos de coordinar tratamiento médico, comunicar resultados, condiciones encontradas y decisiones:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Nombre</th> <th style="width: 33%;">Relación</th> <th style="width: 33%;">Número de Teléfono</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>**Usted tiene el derecho de revocar la persona a la cual nosotros le podemos proveer su información médico en cualquier momento. Por favor llene una nueva autorización.</p>	Nombre	Relación	Número de Teléfono										
Nombre	Relación	Número de Teléfono											



HISTORIAL MEDICO PEDIATRICO

HISTORIA DEL NACIMIENTO Y EMBARAZO

<p>1. ¿En cuantas semanas nació el niño? _____</p> <p>2. Fue el niño nacido por: <input type="checkbox"/> parto natural? <input type="checkbox"/> cesárea?</p> <p>3. ¿Cuál hospital nació el niño? _____</p> <p>4. ¿Cuánto pesó el niño cuando nació? _____ lbs. _____ oz.</p> <p>5. Al nacer, ¿tuvo el niño alguno de las siguientes?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> NICU Admisión</td> <td><input type="checkbox"/> Terapia de luz</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Necesitado de oxígeno</td> <td><input type="checkbox"/> Ictericia (Amarillo)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antibióticos</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> </table> <p>6. ¿Paso el niño el examen de audición? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Recibe el niño la vacuna contra Hepatitis B? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. ¿Cuántas veces ha estado la madre embarazada? _____</p> <p>Nacidos vivos: _____ Abortos (Involuntarios): _____</p>	<input type="checkbox"/> NICU Admisión	<input type="checkbox"/> Terapia de luz	<input type="checkbox"/> Necesitado de oxígeno	<input type="checkbox"/> Ictericia (Amarillo)	<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<p>9. ¿Tomó la madre cualquiera de las siguientes durante su embarazo con este niño?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fumar (tabaco)</td> <td><input type="checkbox"/> Narcóticos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Drogas intravenosas</td> <td><input type="checkbox"/> Cocaína</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alcohol</td> <td><input type="checkbox"/> Marihuana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamentos recetados</td> <td><input type="checkbox"/> Medicamentos de venta libre</td> </tr> </table> <p>¿Cuál? _____ ¿Cuál? _____</p> <p>10. ¿Tuvo la madre alguna de las siguientes durante su embarazo con este niño?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anemia</td> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis C</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Parto Prematuro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fiebre</td> <td><input type="checkbox"/> Pre eclampsia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estreptococo del grupo B</td> <td><input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes (Sickle Cell)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SIDA/VIH</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis B</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Fumar (tabaco)	<input type="checkbox"/> Narcóticos	<input type="checkbox"/> Drogas intravenosas	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Marihuana	<input type="checkbox"/> Medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Medicamentos de venta libre	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Parto Prematuro	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Pre eclampsia	<input type="checkbox"/> Estreptococo del grupo B	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes (Sickle Cell)	<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	
<input type="checkbox"/> NICU Admisión	<input type="checkbox"/> Terapia de luz																										
<input type="checkbox"/> Necesitado de oxígeno	<input type="checkbox"/> Ictericia (Amarillo)																										
<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Otro: _____																										
<input type="checkbox"/> Fumar (tabaco)	<input type="checkbox"/> Narcóticos																										
<input type="checkbox"/> Drogas intravenosas	<input type="checkbox"/> Cocaína																										
<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Marihuana																										
<input type="checkbox"/> Medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Medicamentos de venta libre																										
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Hepatitis C																										
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Parto Prematuro																										
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Pre eclampsia																										
<input type="checkbox"/> Estreptococo del grupo B	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes (Sickle Cell)																										
<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual																										
<input type="checkbox"/> Hepatitis B																											

HISTORIA MÉDICA Y FAMILIAR

<p>11. ¿Ha tenido EL NIÑO alguno de los siguientes?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alergias</td> <td><input type="checkbox"/> Cáncer</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jaquecas</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas del corazón</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desmayo</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas de los riñones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ADHD</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas urinarios</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problemas de la piel</td> <td><input type="checkbox"/> Convulsiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anemia</td> <td><input type="checkbox"/> Neumonía</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retraso de desarrollo</td> <td><input type="checkbox"/> Depresión</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asma</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas ginecológicos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Transfusión de sangre</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes (Sickle Cell)</td> <td>Otros: _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Jaquecas	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Problemas urinarios	<input type="checkbox"/> Problemas de la piel	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Retraso de desarrollo	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas ginecológicos	<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes (Sickle Cell)	Otros: _____	<p>12. ¿Algún FAMILIAR del niño ha tenido alguno de los siguientes?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Hermana</th> <th>Hermano</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cáncer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Colesterol alto</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Presión arterial alta</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alergias</td> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> Convulsiones</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Artritis</td> <td><input type="checkbox"/> SIDA/VIH</td> <td><input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes (Sickle Cell)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asma</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones</td> <td><input type="checkbox"/> Ataque fulminante</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problemas sangrado</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Depresión</td> <td><input type="checkbox"/> TDAH</td> <td><input type="checkbox"/> Tuberculosis</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades genéticas</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Madre	Padre	Hermana	Hermano	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Convulsiones			<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes (Sickle Cell)			<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> Ataque fulminante			<input type="checkbox"/> Problemas sangrado	<input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides			<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> TDAH	<input type="checkbox"/> Tuberculosis			<input type="checkbox"/> Enfermedades genéticas		<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn		
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Cáncer																																																																																
<input type="checkbox"/> Jaquecas	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón																																																																																
<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Problemas de los riñones																																																																																
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Problemas urinarios																																																																																
<input type="checkbox"/> Problemas de la piel	<input type="checkbox"/> Convulsiones																																																																																
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Neumonía																																																																																
<input type="checkbox"/> Retraso de desarrollo	<input type="checkbox"/> Depresión																																																																																
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas ginecológicos																																																																																
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales																																																																																
<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes (Sickle Cell)	Otros: _____																																																																																
	Madre	Padre	Hermana	Hermano																																																																													
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Convulsiones																																																																															
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes (Sickle Cell)																																																																															
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> Ataque fulminante																																																																															
<input type="checkbox"/> Problemas sangrado	<input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides																																																																															
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> TDAH	<input type="checkbox"/> Tuberculosis																																																																															
<input type="checkbox"/> Enfermedades genéticas		<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn																																																																															

HOSPITALIZACIONES/CIRUGÍAS

<p>13. ¿Ha tenido el niño alguna hospitalización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Porqué? _____ Fecha: _____</p> <p>¿Dónde? _____</p> <p>14. ¿Ha tenido el niño alguna cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Porqué? _____ Fecha: _____</p> <p>¿Dónde? _____</p>	<p>15. ¿Ha tenido el niño alguna transfusión de sangre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>16. ¿Esta el niño tomando algún medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuál medicamento? _____</p> <p>17. ¿Tiene el niño otros problemas médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Explique: _____</p> <p>18. ¿Tiene el niño algunas alergias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Explique: _____</p>
---	--

HISTORIA SOCIAL

<p>19. ¿Quién vive con el niño? _____</p> <p>20. ¿Son las vacunas del niño actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Dónde estaban las vacunas administradas? _____</p> <p>21. ¿Quién era el medico anterior del niño? _____</p> <p>22. Nombre del Dentista del niño: _____</p>	<p>23. ¿Hay fumadores en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>24. ¿Hay mascotas (animales) en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuál? _____</p> <p>25. ¿Cuántos años tiene la madre? _____ el padre? _____</p> <p>¿Trabajo de la madre? _____</p> <p>¿Trabajo del padre? _____</p>
---	--