



FORMULARIO DE INSCRIPCION

PATIENT INFORMATION					
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac: / /	Numero de Seguro Social:
Dirección:		Ciudad, Estado:		Código Postal:	Condado:
Teléfono de casa: ()		Teléfono Celular: ()		Correo electrónico:	
Raza (Circular uno) Blanco/ Americano Negro o Africano/ Indio Americano o native de Alaska/ Asia/ Hawaiano o Islas del Pacifico/ Multirracial/ Otros:				Origen etnico: Hispano o de Origen Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros:			Necesita interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Es Usted Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Médico Primario:			Dentista:		
INFORMACION DEL ENCARGADO / PARTIDARIO					
Nombre del responsable:		Fecha de Naci: / /	Relacion / parentesco de la parte responsable al Paciente: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Padre / Encargado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro:		
Dirección (Si es diferente a la del Paciente):			Ciudad, Estado:		Código Postal:
Teléfono de casa: ()		Teléfono Celular: ()		Es esta persona un paciente aqui? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
CONTACTO DE EMERGENCIA					
Nombre de amigo o familiar que no habite con usted:		Relacion con el Paciente:	Teléfono de casa: ()	Teléfono Celular: ()	
INFORMACION DE SEGURO MEDICO					
(Proporcione informacion completa de su Seguro Medico sin importar el tipo de servicio utilizado. Proporcionar TODAS las tarjetas a la recepcionista.)					
Seguro médico Primario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Nombre del suscriptor:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
Seguro médico Secundario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Subscriber Name:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
Seguro Dental Primario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Nombre del suscriptor:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
Seguro Dental Secundario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Nombre del suscriptor:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
COMO UNA INSTALACION FEDERAL, ESTAMOS OBLIGADOS A HACER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS					
INGRESO ANUAL – Por favor circule, junto al tamaño de su familia, el Rango de Ingresos que mejor ADAPTE a su hogar.					
Tamaño de la Familia					
1	\$0 - \$12880	\$12881 - \$19320	\$19321 - \$22540	\$22541- \$25760	\$25761 y mas
2	\$0 - \$17420	\$17421 - \$26130	\$26131 - \$30485	\$30486 - \$34840	\$34841 y mas
3	\$0 - \$21960	\$21961 - \$32940	\$32941 - \$38430	\$38431 - \$43920	\$43921 y mas
4	\$0 - \$26500	\$26501 - \$39750	\$39751 - \$46375	\$46376 - \$53000	\$53001 y mas
5	\$0 - \$31040	\$31041 - \$46560	\$46561 - \$54320	\$54321 - \$62080	\$62081 y mas
6	\$0 - \$35580	\$35581 - \$53370	\$53371 - \$62265	\$62266 - \$71160	\$71161 y mas
7	\$0 - \$40120	\$40121 - \$60180	\$60181 - \$70210	\$70211 - \$80240	\$80241 y mas
8	\$0 - \$44660	\$44661 - \$66990	\$66991 - \$78155	\$78156 - \$89320	\$89321 y mas
Para pacientes de 12 años y más					
IDENTIDAD DE GENERO – Cual es su sentimiento interno de su genero? Piensa de usted mismo como: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino (Mujer a Hombre) <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino (Hombre a Mujer) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Niego a Responder					
ORIENTACION SEXUAL – Como identifica su atraccion fisica y emocional hacia los demas? Piensa de Usted mismo como: <input type="checkbox"/> Heterosexual (no gay o lesbiana) <input type="checkbox"/> Homosexual (Gay o lesbiana) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo mas <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Niego a Responder					
Mi firma asegura y confirma que la informacion es exacta y verdadera de acuerdo a mi conocimiento:					
Firma del Paciente o Encargado:				Fecha:	



POLITICA GENERAL Y CONSENTIMIENTO

HORA DE LA CITAS

Todo paciente nuevo esta obligado a registrarse por lo menos 30 minutos antes de su cita. Esto permite al paciente tiempo para completar los trámites necesarios y al personal tener al paciente en la sala de examen al momento de la cita.

Todo paciente establecido esta obligado a registrarse al menos 20 minutos antes de su cita. Esto permitirá que el paciente tenga tiempo de actualizar cualquier información necesaria y permite al personal tener al paciente en la sala de examen a la hora de la cita. Esto permitirá una visita mucho más suave y oportuna.

Usted recibirá una llamada telefónica que le recuerda su cita dos días antes de su visita programada. Es importante que proporcione un número de teléfono actualizado y nos informe de cualquier cambio para poder llamarle y recordarle su visita.

Cualquier paciente que no se registre con el personal en el tiempo indicado anteriormente, tendrá que ser reprogramado. Todo menor de edad (17 años y menores) deben estar acompañado por uno de los padres o tutor legal en todas las citas.

ACUERDO FINANCIERO

Se espera pago al momento del servicio. Si el pago no se hace en el momento de la cita, la cita será reprogramado para otra fecha acordada por el paciente la cual va a ser capaz de pagar por los servicios a ser prestados.

Si ha proporcionado seguro medico, este consentimiento autoriza a CHCCMO compartir la información médica necesaria para procesar sus reclamos. Además, autoriza el pago de beneficios del seguro directamente a CHCCMO. Usted entiende que es responsable de cualquier copago, coseguro, deducibles o servicios no cubiertos.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir atención considerada aconsejable de parte de un proveedor de CHCCMO. Tal tratamiento puede incluir, pero no se limita al examen y pruebas de diagnóstico básico.

Doy fe que tengo la autoridad legal para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud y actuar en nombre del paciente, si el paciente es un menor o incapacitado.

OBJETOS PERSONALES DE VALOR

Reconozco que CHCCMO no es responsable de cualquier propiedad personal que lleve dentro de las instalaciones del CHCCMO.

CITAS PERDIDAS

El Centro de Salud Comunitario de Missouri Central se dedica a servir a los miembros de nuestra comunidad. Nuestra política de cita perdida se aplica estrictamente porque, ya que deseamos proveer atención oportuna y de calidad a nuestros pacientes, pero esto se hace difícil cuando los pacientes pierden citas programadas.

Se le notificará de una cita perdida en uno de los siguientes métodos; llamada telefónica o carta.

Valoramos a la familia y entendemos que a menudo es más fácil programar todas las citas en el mismo día. En caso de que pierda citas en donde varios miembros esten programados, se le dara cita a cada miembro en días diferentes. Si un niño requiere tratamiento, es importante mantener estas citas para que puedan recibir la atención necesaria. Incapacidad de llevar a un niño para cualquier tratamiento se considera negligencia. CHCCMO esta obligado a reportar casos sospechosos de negligencia a las autoridades correspondientes.

Continúa en la siguiente página...

*MEDICINA FAMILIAR / PEDIATRIA / OBSTETRICIA /
GINECOLOGIA / SALUD MENTAL*

Se le permitirán 3 no-show (no presentarse a la cita) para los tipos de citas anteriores, desde ese momento no se le permitirá programar citas por el período de 1 año. A usted se le podrá otorgar atención de manera emergente como un walk-in (sin cita), sin garantía de ser visto.

DENTAL

Para las visitas al dentista, una cita perdida se define de la siguiente forma:

1. Cualquier cita programada para la cual el paciente no se presenta
2. Cualquier cita cancelada con menos de 24 horas de anticipación
3. Llegar a una cita 10 minutos o más tarde, debe reprogramar la cita.
4. Llegar a la cita sin pagos correspondiente resultara en reprogramar una nueva cita.
5. Menor de edad que se presenta sin acompañante adulto mencionados en el papeleo del paciente.

Una vez que pierda su cita inicial, cualquier cita futura será cancelada y reprogramada. No se permitirá que ningún paciente acumule 2 citas perdidas dentro de un período de 6 meses para programar una cita para un período de 6 meses. Durante ese tiempo el paciente puede buscar atención médica a través de "citas del mismo día" solamente; tendrá que llamar a la oficina el día que desea recibir atención médica y ver si hay citas disponibles para poder ayudarle.

Si un paciente se reincorpore a verse después de su período de 6 meses o programado para una misma visita de un día y se acumula otra cita perdida, entonces no será capaz de programar una cita por 1 año y ser visto sólo por necesidades dentales emergentes bajo nuestro programa limitado .

He leído y entiendo las políticas y consentimientos incluidos en este formulario.

FIRMA del Paciente, Padre o tutor legal

FECHA



Centro de Salud Comunitario de Missouri Central

ACUERDO HIPAA

Entiendo que bajo la Ley de 1996 (“HIPAA”) y portabilidad de seguro de salud, tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida (PHI). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducta, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en el tratamiento de forma directa e indirecta
- Obtener el pago de terceros pagadores
- Llevar a cabo las operaciones de cuidados de salud, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas

Entiendo que puedo solicitar una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi PHI. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Por favor lista alguna de las personas que le gustaría tener acceso a sus registros médicos. Cualquiera que no esté incluido en este formulario no será capaz de acceder a cualquier información sobre su atención médica.

Yo, _____, doy mi permiso para que el personal del Centro de Salud de la Comunidad para analizar toda la información médica con:

Nombre	Relación con paciente

Nombre (Imprimir): _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____



CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DE MISSOURI CENTRAL

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES O GUERRAS

El siguiente formulario está diseñado para aquellas situaciones en las que los padres o los tutores legales no acompañan a los menores de edad o pupilos. Este consentimiento otorga autoridad a 5 adultos designados para coordinar la atención de un menor o pupilo en caso de ausencia o emergencia de un padre o tutor legal. Esto es extremadamente importante, ya que no podemos brindar atención a un menor de edad ni a un pupilo, a menos que exista un consentimiento por escrito que autorice a otro adulto a aprobar tal cuidado. Esta autorización permanecerá vigente hasta nuevo aviso por escrito. En el caso de que un adulto que no figura en la lista a continuación traiga al menor o al pupilo para recibir atención sin la documentación adecuada, se nos solicitará que reprogramemos la cita.

Nombre completo del menor / pupilo

Dirección del menor / pupilo

Ciudad, Estado, Código Postal

Fecha de nacimiento del menor / pupilo

El padre / tutor legal autoriza:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

para dar su consentimiento a cualquier tratamiento para el menor / pupilo mencionado anteriormente que se considere aconsejable y se debe brindar bajo la supervisión de un proveedor de CHCCMO.

Firma del padre o tutor

Fecha

Padre o tutor (por favor imprima) Testigo

Fecha

Testigo

Fecha



Optar en Intercambio de Información Medica (HIE)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Codigo Postal: _____ Teléfono: _____

Por la presente autorizo a Community Health Center of Central Missouri que obtenga todos mis registros médicos e información médica, incluyendo los registros que se refieren a cualquier condición física o mental, estado psicológico, evaluación psiquiátrica y el tratamiento, psicoterapia, orientación, adicción a las drogas, el estado de infección , VIH / SIDA, las pruebas genéticas, o tratamiento para el abuso de drogas o alcohol, aun cuando tal información está protegida por la ley federal, desde y hacia los siguientes HIEs:

- Alianza Instituto de Información Sanitaria del (TIGER)
- Carequality / SureScripts

El propósito de esta descripción es para propósitos de tratamiento de la salud, el cambio de los proveedores y la continuidad de la asistencia sanitaria. Autorizo específicamente la divulgación de mi información médica desde y hacia los hospitales HIE anteriores en un formato electrónico.

Reconocimiento de entendimiento:

-Entiendo que esta autorización (la HIE) permite a múltiples profesionales de salud vincular los registros médicos via electrónica. Cuando voy a un proveedor de atención médica fuera, Community Health Center of Central Missouri puede ser capaz de compartir y/u obtener mis registros médicos a través de la HIE. Todos los proveedores deben tener suficiente información personal sobre mí para demostrar que tienen una relación de tratamiento conmigo antes que se permita el acceso a mi información.

Esta autorización permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Community Health Center of Central Missouri, y que será efectiva en la fecha recibida. Sin embargo, no tendrá ningún efecto sobre las medidas ya adoptadas por mis proveedores de atención médica en virtud de esta autorización por escrito para divulgar mi información médica.

Firma del paciente o tutor legal: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Presenciado por: _____ Fecha: _____



Consentimiento Informado Para Anestésicos Locales

Nombre: _____

Fecha de nac: _____

Este formulario de consentimiento está diseñado para hacerle consciente de los riesgos involucrados con la anestesia local que se utiliza comúnmente antes del tratamiento dental. Los riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- Los riesgos de los cuales la anestesia pueda afectar a su cuerpo son tales como mareos, náuseas, vómitos, ritmo cardíaco acelerado, ritmo cardíaco lento o varios tipos de reacciones alérgicas. Cualquiera o todos estos pueden requerir tratamiento médico adicional o hospitalización y en casos muy raros podría resultar en la muerte.
- Abertura de boca restringida durante la recuperación, a veces relacionada con el dolor muscular en el sitio de la inyección, que a menudo se resuelve después de unos días, pero puede requerir fisioterapia.
- La anestesia local puede causar entumecimiento prolongado que, en algunos pacientes, puede resultar en lesiones por morder, masticar o succionar un área como el labio, la mejilla, la lengua o cualquier otra área que haya recibido la anestesia.
- Es posible que se lesionen los nervios y pueden causar dolor, entumecimiento, hormigueo u otras alteraciones sensoriales en la barbilla, el labio, la mejilla, las encías o la lengua. Mientras que normalmente el desgaste después de algunas horas, esto puede persistir por varias semanas, meses, o raramente, sea permanente. Si usted todavía está entumecido 24 horas después de su cita, por favor contactese con nosotros y así podemos iniciar el seguimiento apropiado.
- La anestesia local se administra con una aguja muy fina. En casos muy raros estas agujas pueden romperse y ser alojadas en tejido blando, especialmente si un paciente se mueve mientras se le está dando anestesia. Esto puede requerir que el paciente sea visto por un cirujano oral para sacar la aguja.
- La formación de un Hematoma (descoloración grande en la piel) puede causar la descoloración del tejido, hinchazón, dificultades en abertura/cerrar de la quijada, dolor y/o la ticsura.

He leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo que no debo firmar este formulario si todos los artículos, incluyendo todas mis preguntas no han sido explicadas o contestadas a mi satisfacción o si no entiendo ninguna de las palabras contenidas en esta forma.

Firma del Paciente, Padre o tutor legal

Fecha

Relacion con el Paciente

Firma del Testigo

Fecha

Firma del Interprete

Fecha



Consentimiento Informal Para Procedimientos Odontológicos Generales

Nombre: _____

Fecha de nac: _____

Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento dental recomendado por su dentista. Antes de consentir el tratamiento, usted debe considerar cuidadosamente los beneficios y los riesgos comúnmente conocidos por causa del procedimiento recomendado, tratamientos alternativos, o la opción de no recibir tratamiento.

No consienta al tratamiento a menos, y hasta que usted discuta los beneficios, los riesgos, y las posibles complicaciones con su dentista y todas sus preguntas sean respondidas. Al consentir el tratamiento, usted está reconociendo su voluntad de aceptar riesgos y complicaciones conocidos, no importa cuán leve sea la probabilidad de ocurrencia.

Es muy importante que usted proporcione a su dentista información precisa antes, durante y después del tratamiento. Es igualmente importante que siga los consejos y recomendaciones de su dentista con respecto a los medicamentos, las instrucciones de pre y post tratamiento, los referidos a otros dentistas o especialistas, y seguimiento para las citas programadas. Si usted no sigue el consejo de su dentista, usted puede aumentar las probabilidades de un resultado deficiente.

Ciertas afecciones cardíacas pueden crear un riesgo de complicaciones graves o fatales. Si usted tiene una afección cardíaca o soplo cardíaco, avise a su dentista inmediatamente para que pueda consultar con su médico (o de!ta!paciente) si es necesario.

El paciente es una parte importante del equipo de tratamiento. Además de cumplir con las instrucciones proveídas por esta oficina, es importante reportar cualquier problema o complicación que experimente para que pueda ser atendido por el dentista.

Si usted es una mujer que está tomando pastillas anticonceptivas, debe considerar el hecho de que los antibióticos pueden hacer que los anticonceptivos sean menos eficaces. Por favor consulte con su médico antes de tomar medicamentos anticonceptivos por si su dentista decide recetar o si ya está tomando algún antibiótico.

Este formulario está diseñado para proporcionarle una visión general de los riesgos y complicaciones potenciales de su o el procedimiento dental del paciente mencionado anteriormente. No firme este formulario ni acepte el tratamiento hasta que haya leído, entendido y aceptado cada término de este consentimiento para los procedimientos dentales generales. Por favor discuta con el dentista los posibles beneficios, riesgos y complicaciones del tratamiento recomendado. Asegúrese de que sus preguntas hayan sido respondidas a su satisfacción por el dentista antes de comenzar el tratamiento y firmar este consentimiento informal para los procedimientos dentales generales.

Procedimientos Dentales: El paciente con el nombre anterior (o _____, padre o guardian legal de! paciente nombrado anteriormente), autoriza a CHCCMO y su personal dental para realizar los siguientes procedimientos dentales y/o tratamiento en el paciente, incluyendo, pero no limitado a: examinación dental, profilaxis dental, tratamiento de! fluoruro, radiografias, restauraciones, terapia periodontal tal como escalamiento y cepillado de raiz, terapia pulpar primaria del diente, colocación de las coronas de acero inoxidable en la dentición primaria o permanente, alveoplastia, extracciones, Frenectomia, coronas, puentes, terapia endodonticas, mantenimiento del espacio, fabricación de aplicaciones desprendibles, y _____.

Riesgos de! procedimiento dental: Incluye, pero no se limitan a dolor, hinchazón y malestar, infección, sangrado, lesion del nervio, coagulos de sangre, dientes rotas o agrietados, reacciones alergicas, dolor de la boca, labios, encias y dientes, entumecimiento, fiebre, nauseas y vómitos.

Exposición ocupacional: Doy mi consentimiento a dar una muestra de sangre o del paciente mencionado para realizar pruebas que incluyen, pero no se limitan a, el VIH y los anticuerpos de la hepatitis. Entiendo que el examen de sangre sólo se realizara si un trabajador de la salud tiene una perforacion de aguja accidental o una exposición de la membrana mucosa a la sangre y el liquido corporal del paciente. Entiendo que el examen se llevara a cabo en el orden de mi o el equipo medico de! paciente mencionado anteriormente y los resultados se daran a conocer al dentista. La clinica dental de CHCCMO proporcionara los resultados de tales pruebas a mi y a cualquier otra entidad segun requerido por la ley. Autorizo la liberación de los datos apropiados necesarios para procesar las pruebas. Entiendo que no habra ningun costo para mi por este analisis de sangre.

Ninguna garantia: Entiendo que no se ha hecho ninguna garantia en cuanto al resultado final de cualquier procedimiento.

Consentimiento de! paciente: He leído y entiendo cornplamente este consentimiento. Reconozco que el dentista ha explicado los riesgos comunmente conocidos como resultado del procedimiento recomendado, tratamientos alternativos o la opción de ningun tratamiento. Entiendo que no debo firmar este formulario si todos los articulos, incluyendo todas mis preguntas no han sido explicadas o contestadas a mi satisfacción o si no entiendo ninguna de las palabras contenidas en esta forma.

Firma del Paciente, Padre o tutor legal

Fecha

Relacion con el Paciente

Firma del Testigo

Fecha

Firma del Interprete

Fecha

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Medico de atencion Primaria y Fecha de la ultima visita: _____

Dentista y Fecha de la última a visita: _____

Farmacia: _____

Problema Actual: _____

Por favor mencione sus medicamentos actuales: _____

Tiene alergia a la siguiente; Si es asi indicar reaccion:

Anestésico Dental	Si	No	Penicilina	Si	No	Metales	Si	No
Latex	Si	No	Clindamicina	Si	No	Codeina	Si	No
Acetaminofen	Si	No	Aspirina	Si	No	Tetraciclina	Si	No

Otras Alergias: (Incluya la droga, la reacción, y edad del inicio): _____

Historial de Nacimiento:

Longitud al Nacer: _____ Peso al Nacer: _____ Circunferencia de la cabeza de Nacimiento: _____

Peso la se dado de alta: _____ Edad gestacional al Nacer (Semanas): _____

Método del Parto: Vaginal Cesaria Si Cesaria, Porque? _____ Duración de parto: _____

APGAR 1m: _____ APGAR 5m: _____ APGAR 10m: _____

Alimentación infantil: Pecho Botella Ambos Nombre de la fórmula: _____

Examen de audición neonatal: aprobado Fallado Otros comentarios: _____

Historial Medico: (Marque la casilla correspondiente y comente en el margen)

ADD/TDAH _____	Si	No	Prematuridad _____	Si	No
Anemia _____	Si	No	Asma _____	Si	No
Cardiopatía congénita _____	Si	No	Estreñimiento _____	Si	No
Retraso en el desarrollo _____	Si	No	Diabetes _____	Si	No
Eczema _____	Si	No	Alergias a Alimentos _____	Si	No
Reflujo de GE o úlceras _____	Si	No	Depresion _____	Si	No
Solpo _____	Si	No	Ansiedad _____	Si	No
infecciones recurrentes del oído _____	Si	No	Faringitis estreptocócica _____	Si	No
Convulsiones _____	Si	No	Abuso de Substancias _____	Si	No
ITU (UTI) _____	Si	No	Problemas de visión _____	Si	No
Problemas Renales _____	Si	No	Sibilancia _____	Si	No
Alergias Estacionales _____	Si	No	Trastornos de la coagulación sanguínea _____	Si	No
Problemas Sinusales _____	Si	No	Problemas de la tiroides _____	Si	No
Derrame Cerebral _____	Si	No			

Otros antecedentes médicos: _____

Historia quirúrgica: (Marque la casilla correspondiente)

	Si	No	Fecha	Cirujano
Adenoidectomía (extirpación de adenoides)	Si	No		
Apendicectomía (extirpación del Apéndice)	Si	No		
Tubos de Oído	Si	No		
Funduplicatura	Si	No		
Colocación de sondas de gastrostomía	Si	No		
Cirugía cardíaca	Si	No		
Reparación de hernias	Si	No		
Cirugía ortopédica	Si	No		
Amigdalectomía	Si	No		
Cirugía urológica	Si	No		
Derivación ventriculoperitoneal	Si	No		

Otros antecedentes quirúrgicos: _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Fecha: _____

Historia Familiar: (Marque todas las casillas que aplican)

Relacion con el niño		V:Vivo	F:Fallecido	ADD/TDAH	Alergias	Anemia	Asma	Cancer	Diabetes	Enfermedad Ocular	Problema Gastrico	Enfermedad Cardi.	Colesterol Alto	Hipertensión	Enfermedad Renal	Enfermedad Menta	Migrañas	Convulsiones	Abuso de Sustancia	Problema Tiroide	Otros	
		Padres	Madre	V	F																	
Padre	V		F																			
Hermanos	Hermana	V	F																			
	Hermano	V	F																			
Tias Y Tios	Tia *M	V	F																			
	Tio *M	V	F																			
	Tia *P	V	F																			
	Tio *P	V	F																			
Abuelos	Abuela *M	V	F																			
	Abuelo *M	V	F																			
	Abuela *P	V	F																			
	Abuelo *P	V	F																			

*M=Maternal, Familia por parte de la Madre del Paciente

*P=Paternal, Familia por parte del Padre del Paciente

Comentarios (incluyendo otros problemas médicos familiares): _____

Antecedentes familiares adicionales, incluyendo otros hermanos, puede agregarse a continuación:

Relación con el niño	V:Vivo	F:Fallecido	ADD/TDAH	Alergias	Anemia	Asma	Cancer	Diabetes	Enfermedad Ocular	Problemas Gastrico	Enfermedad Cardi.	Colesterol Alto	Hipertensión	Enfermedad Renal	Enfermedad Menta	Migrañas	Convulsiones	Abuso de Sustancia	Problema Tirodes	Otros	
	V	F																			
	V	F																			
	V	F																			
	V	F																			
	V	F																			
	V	F																			

Entorno Doméstico:

Número de personas en el hogar: _____

Vive con padres biológicos: Si No

Cuidado de crianza: Si No

Cuidadores primarios: Padres Guardería Parientes Otros: _____

Guardería (horas/día) _____

Tiempo con Familiares (Horas/día): _____

Mascotas: Si No

Uso de tabaco Padres Paciente ¿Qué tipo de tabaco? _____

Estado de los Padres:

Estado marital de los padres (círculo): Casados Divorciados Viviendo juntos Amigos Padre en la cárcel

Madre en la cárcel Nunca Juntos Separados Otro: _____

Ocupación de la madre: _____ Ocupación del Padre: _____