



CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DE MISSOURI CENTRAL
FORMULARIO DE INSCRIPCION



INFORMACION DEL PACIENTE

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/ negro o afroamericano/ multirracial/ indio americano o nativo de Alaska/ asiático/ indio asiático/ Hawaiano o isleño del Pacífico/ Otro isleño del Pacífico no hawaiano/ Chino/ Filipino/ Coreano/ Vietnamita/ Otro asiático/ Guameño o Chamorro/ Samoano/ Otros:						Hispano o de Origen Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, especifique (circular uno): Mexicano/ Mexicano Americano/ Chicano Puertorriqueño/ Cubano/ Otros	
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.

Aunque no somos una clínica gratuita, ofrecemos tarifas con descuento (nominales) a pacientes elegibles. Proporcionar lo siguiente puede ayudarnos a determinar la elegibilidad para dichos programas.

Tamaño de la Familia	Negarse a informar - Poner sus iniciales _____				
1	\$0 - \$15060	\$15061-\$22590	\$22591-\$26355	\$26356-\$30120	\$30121 y mas
2	\$0 - \$20440	\$20441-\$30660	\$30661-\$35770	\$35771-\$40880	\$40881 y mas
3	\$0 - \$25820	\$25821-\$38730	\$38731-\$45185	\$45186-\$51640	\$51641 y mas
4	\$0 - \$31200	\$31201-\$46800	\$46801-\$54600	\$54601-\$62400	\$62401 y mas
5	\$0 - \$36580	\$36581-\$54870	\$54871-\$64015	\$64016-\$73160	\$73161 y mas
6	\$0 - \$41960	\$41961-\$62940	\$62941-\$73430	\$73431-\$83920	\$83921 y mas
7	\$0 - \$47340	\$47341-\$71010	\$71011-\$82845	\$82846-\$94680	\$94681 y mas
8	\$0 - \$52720	\$52721-\$79080	\$79081-\$92260	\$92261-\$105440	\$105441 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:

Hombre Mujer Transgénero Masculino (Mujer a Hombre) Transgénero Femenino (Hombre a Mujer) Otro Niego a Responder

ORIENTACION SEXUAL – Como identifica su atraccion fisica y emocional hacia los demas? Piensa de Usted mismo como:

Heterosexual (no gay o lesbiana) Homosexual (Gay o lesbiana) Bisexual Algo mas No se 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:
--	---------------

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____

POLITICA GENERAL Y CONSENTIMIENTO

HORA DE LA CITAS

Es importante que se presente a todas las citas a tiempo. Todos los pacientes nuevos deben registrarse al menos 30 minutos antes de su cita. Todos los pacientes establecidos deben registrarse al menos 15 minutos antes de su cita. Esto dará tiempo para completar todo el papeleo necesario y permitirá que el personal lleve al paciente a la sala de examen a la hora real de la cita. Esto permitirá una visita mucho más fluida y oportuna. El no registrarse a tiempo resultará en la necesidad de ser reprogramado.

Todos los menores (niños de 17 años o menos) deben estar acompañados por un padre o tutor legal en todas las citas.

CITAS PERDIDAS

Nuestra política de citas perdidas se aplica estrictamente ya que realmente deseamos brindar atención oportuna y de calidad a nuestros pacientes, pero esto se vuelve difícil cuando los pacientes pierden las citas programadas. Una cita perdida incluye cualquier cita para la cual el paciente no se presente en la clínica/ubicación designada, una cita no cancelada/reprogramada con al menos 24 horas de anticipación y que se presente tarde a una cita que requiera una reprogramación.

Valoramos la familia y entendemos que a menudo es más fácil programar todas las citas el mismo día. Si pierde las citas programadas para varios miembros de la familia, cada miembro de la familia tendrá citas en diferentes días en el futuro. Si un niño requiere tratamiento, es importante asistir a estas citas para que pueda recibir la atención necesaria. La falta de traer a un niño para el tratamiento se considera negligencia. CHCCMO está obligado a informar casos sospechosos de negligencia.

MEDICINA FAMILIAR / PEDIATRIA / OBSTETRICIA / GINECOLOGIA / SALUD MENTAL

En el caso de un exceso de citas perdidas, CHCCMO tiene derecho a brindar atención de emergencia o sin cita previa únicamente.

DENTAL

Después de perder la cita inicial, cualquier cita futura se cancelará y se reprogramará una a la vez. Cualquier paciente que acumule 2 citas perdidas dentro de un período de 6 meses no podrá programar una cita por un período de 6 meses. Durante ese tiempo, ese paciente puede buscar atención solo a través de "citas para el mismo día"; deberá llamar a la oficina el día que desea buscar atención para ver si hay vacantes disponibles para que podamos ayudarlo.

Si un paciente es reincorporado para ser visto después de su período de 6 meses o programado para una visita el mismo día y acumula otra cita perdida, entonces no podrá programar una cita por 1 año y será visto solo para necesidades dentales emergentes bajo nuestro programa limitado.

ACUERDO FINANCIERO

Se espera el pago en el momento del servicio. Si se ha proporcionado un seguro, por la presente autoriza a CHCCMO a divulgar la información de salud necesaria para procesar sus reclamos. Además, también está autorizando el pago de los beneficios del seguro directamente a CHCCMO. Usted comprende que es responsable de cualquier copago, coseguro, deducible o servicio no cubierto.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Entiendo que mi proveedor recomendará un plan de tratamiento destinado a mejorar mi salud y bienestar. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir la atención que se considere recomendable de un proveedor de CHCCMO. Dicho tratamiento puede incluir, entre otros, exámenes y pruebas de diagnóstico básicas. Entiendo que el incumplimiento del tratamiento recomendado podría provocar un empeoramiento de mi condición o un mayor riesgo de complicaciones. Doy fe de que tengo la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica y actuar en nombre del paciente si el paciente es menor de edad o está incapacitado de alguna otra manera.

CONDUCTA DEL PACIENTE

CHCCMO se compromete a proporcionar un entorno seguro para los pacientes, el personal y los visitantes. No se tolerará el comportamiento violento, agresivo o verbalmente abusivo y puede resultar en la expulsión de las instalaciones.

OBJETOS PERSONALES DE VALOR

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

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

FIRMA del Paciente, Padre o tutor legal

FECHA

CONSENTIMIENTO DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

El Intercambio de Información de Salud (HIE) permite que múltiples proveedores de servicios de salud vinculen los registros médicos electrónicos. Cuando vaya a un proveedor de salud, Community Health Center of Central Missouri puede compartir y/u obtener mis registros médicos a través del HIE. Todos los proveedores deben tener suficiente información personal para demostrar que tienen una relación de tratamiento con usted como paciente antes de que HIE le brinde acceso a la información. Un HIE es importante porque compartir información mejora la atención médica.

Community Health Center of Central Missouri se asocia con los siguientes HIE:

- Tiger Institute Health Information Alliance
- Carequality/SureScripts

Puedes elegir si quieres participar en el HIE. La atención que recibe de los proveedores de CHCCMO no depende de si decide participar en el HIE. Con este formulario puedes elegir entre 2 opciones:

Opción 1 - Optar por participar

Por la presente autorizo al Centro de Salud Comunitario de Missouri Central a LIBERAR y OBTENER todos mis registros médicos e información médica, incluyendo cualquier condición física o mental, condición psicológica, evaluación psiquiátrica y tratamiento, psicoterapia, asesoramiento, adicción de drogas, estado de infección, VIH / SIDA, pruebas genéticas o tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, aunque dicha información está protegida por la ley federal, por encima de HIE antes mencionados.

El propósito de esta divulgación es con fines de tratamiento, los servicios de salud y la continuidad de la asistencia médica. Autorizo específicamente la divulgación de la información de mi médico hacia y de parte de los HIE mencionados anteriormente en un formato electrónico.

Opción 2 - Optar por no participar

Al firmar este formulario, usted reconoce que comprende las siguientes declaraciones:

- Entiendo que estoy firmando este formulario porque no quiero que mis registros de salud se compartan con mis proveedores y miembros del equipo de atención médica a través de los HIE mencionados anteriormente.
- Entiendo que este formulario de exclusión voluntaria solo se aplica a los HIE mencionados anteriormente en los que participa Community Health Center of Central Missouri y NO cubre ni afecta mi exclusión voluntaria de ningún otro HIE.
- Puedo optar por unirme a los HIE en los que participa Community Health Center of Central Missouri en cualquier momento firmando un formulario de solicitud de suscripción de HIE.
- Entiendo que al optar por no participar en los HIE anteriores, mis proveedores no tendrán acceso inmediato a información crítica sobre mi salud accesible a través de estos HIE. Esto puede afectar la capacidad de mi proveedor para ver una imagen completa de mi salud, lo que podría limitar su capacidad para tomar las mejores decisiones posibles sobre mi atención.
- Esta solicitud puede tardar hasta 3-5 días hábiles en surtir efecto.

Optar – Elijo optar por el HIE; Doy mi consentimiento para que CHCCMO comparta toda la información de salud a través del HIE. Esta autorización es válida hasta que sea revocada por mí por escrito, y será efectiva en la fecha de recepción.

Optar por no participar: elijo optar por no participar en el HIE; Estoy solicitando que no se comparta ninguna de mi información de salud a través del HIE.

Firma del paciente o tutor legal

Relación con el paciente

Fecha

ATESTIGUADO POR

FECHA

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

ACUERDO HIPAA

Entiendo que bajo la Ley y Portabilidad de Seguro de Salud (“HIPAA”) de 1996, 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.

Enumere a continuación las personas con las que le gustaría que CHCCMO pueda hablar sobre su atención, tratamiento, pago o citas (o las de sus dependientes). Para los menores, asegúrese de que todos los tutores legales estén en la lista. Cualquier persona que no figure en este formulario no podrá acceder a ninguna información sobre su atención médica. CHCCMO les pedirá a estas personas que se identifiquen antes de compartir cualquier PHI.

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: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE OBSTETRA

MEDICAMENTOS (Por favor, enumere todos los medicamentos, vitaminas y suplementos herbales actuales. También enumere cualquier medicamento que haya tomado durante su embarazo, incluso si se suspende).

Medicación	Razón de la medicación	Cantidad/Dosis	Cuántas veces al día	¿Quién recetó?

ALERGIAS A MEDICAMENTOS (Por favor, enumere todas las alergias; incluya alergias al látex y yodo / betadina).

No hay alergias conocidas a medicamentos

Nombre del medicamento	Reacción

Alergia al látex No Sí

HISTORIAL DE PRUEBAS DE DETECCIÓN

Prueba de detección	Fecha de la última ejecución	Resultados
Prueba de Papanicolaou		
Mamografía		
Colesterol		
Pruebas de diabetes		
Detección de ETS		

ANTECEDENTES MENSTRUALES

Primer día de su último período: ___/___/___ Fecha definida Fecha aproximada Fecha desconocida

Menstruación Regular Irregular

¿Sobre la anticoncepción en el momento de la concepción? No Sí – ¿De qué tipo? _____

Fecha de la primera prueba de embarazo positiva ___/___/___

HISTORIAL DE EMBARAZO (Si nunca ha estado embarazada, omita esta sección.)

Número total de embarazos (incluyendo este) _____ Número de partos _____

Abortos _____ Number de partos prematuros _____

Embarazos Tubales/Ectópicos _____ Abortos espontáneos _____

Número de niños vivos _____

Niños:

Género	Fecha de nacimiento	Nombre	Aprox. semanas en que nació	Peso al nacer	Tipo de parto (vaginal o cesárea)	Anestesia	Complicación	Lugar del parto	Nombre del proveedor

¿ Todos los niños actualmente viven con ustedes? Sí No – Por favor, explique: _____

EMBARAZO ACTUAL

¿Fue un embarazo planificado? No Sí

¿Es esta su primera visita prenatal para este embarazo? No Sí

En caso negativo, sírvase indicar dónde se recibió atención antes de hoy: _____

Nombre del padre del bebé: _____

¿Está al tanto de este embarazo? Sí No ¿Planea participar? Sí No ¿Necesita información sobre las pruebas de paternidad? Sí No

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ANTECEDENTES IMPORTANTES PARA EL EMBARAZO (Por favor, marque todo lo que se aplica a usted.)

Médico:

<input type="checkbox"/> Diabetes de cualquier tipo	<input type="checkbox"/> Antecedentes de transfusión de sangre
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> D(Rh) sensibilizado
<input type="checkbox"/> Enfermedad/defecto cardíaco	<input type="checkbox"/> Pulmonar (TB, asma)
<input type="checkbox"/> Automimmune (lupus, esclerosis múltiple, artritis reumatoide)	<input type="checkbox"/> Seno
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal/ITU recurrente	<input type="checkbox"/> Ginecología Cirugía
<input type="checkbox"/> Neurológico/epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/> Operaciones/hospitalizaciones
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Complicaciones anestésicas
<input type="checkbox"/> Hepatitis/enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou anormal
<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Malformación uterina
<input type="checkbox"/> Trauma/violencia	<input type="checkbox"/> Esterilidad
<input type="checkbox"/> Abuso físico/sexual	<input type="checkbox"/> Procedimiento cervical - Dilatación y Legrado, LEEP, conización, crioterapia, cauterizaciones, cerclaje
<input type="checkbox"/> Otro:	

Infección:

<input type="checkbox"/> Vivir con alguien con TB o expuesto a TB	<input type="checkbox"/> Sífilis
<input type="checkbox"/> Usted o su pareja tienen herpes genital	<input type="checkbox"/> Verrugas genitales
<input type="checkbox"/> Erupción cutánea o enfermedad viral desde el último período	<input type="checkbox"/> Más de una pareja sexual reciente
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Prostitución
<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Tener relaciones sexuales con hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres
<input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Bebé previo o embarazo complicado por estreptococo del grupo B
<input type="checkbox"/> VPH	<input type="checkbox"/> Varicela
<input type="checkbox"/> Gonorrea	<input type="checkbox"/> Coma más de 2 porciones de pescado por semana
<input type="checkbox"/> VIH	
<input type="checkbox"/> Clamidia	
<input type="checkbox"/> Otro:	

OTRO HISTORIAL MÉDICO PERSONAL (indique cualquier otro problema médico **actual / anterior** que se aplique a usted.)

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Útero fibroide	<input type="checkbox"/> Ovarios poliquísticos
<input type="checkbox"/> Cáncer:	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Embolia pulmonar
<input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación	<input type="checkbox"/> Células falciformes	<input type="checkbox"/> Infecciones vaginales recurrentes
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Cuello uterino incompetente	
<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> Enfermedad/infección inflamatoria pélvica	

HISTORIAL QUIRÚRGICO (Por favor enumere **TODAS las cirugías pasadas**)

Procedimiento/Cirugía	Fecha

PREGUNTAS GENERALES

Si es necesario, ¿acepta recibir una transfusión? Sí No

¿Está interesado en que le aten las trompas y le hagan una ligadura de trompas después de que nazca el bebé? Sí No

¿Planeas Amamantar Alimentar con biberón Ambos

¿Tienes gatos en el hogar? Sí No

¿Usas el cinturón de seguridad? Sí No

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES (Por favor, indique cualquiera que se aplique a su **familia inmediata** y qué miembro está / fue afectado.)

<input type="checkbox"/> Alcoholismo	_____	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	_____
<input type="checkbox"/> Asma	_____	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	_____
<input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer (indicar tipo):	_____	<input type="checkbox"/> Nefropatía	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular	_____	<input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia	_____
<input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos	_____	<input type="checkbox"/> Espina bífida	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria	_____	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	_____
<input type="checkbox"/> Depresión	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides	_____
<input type="checkbox"/> Retardo	_____	<input type="checkbox"/> Otro:	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Otro:	_____

HISTORIA SOCIAL

Consumo de tabaco (marque uno) Exfumador Nunca usado Uso actual Masticar

Consumo de alcohol No Sí - Frecuencia Diario Semanal Mensual Ocasionalmente Raramente

Consumo de drogas recreativas No Sí - Marihuana Metanfetamina Cocaína Heroína Opiáceos Otros: _____

Ejercicio 1-2 veces/ semana 3 o más veces por semana Ninguna Esporádica

EVALUACIÓN GENÉTICA (Por favor, marque cualquiera de los siguientes que se aplique a usted, al padre del bebé o a cualquier persona de cualquiera de las familias).

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pariente	La edad del paciente es de 35 años o más
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	Antecedentes italianos, griegos, mediterráneos o asiáticos
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	Defecto neural (meningomielocelo, espina bífida o anencefalia)
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	Defecto cardíaco congénito
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	Síndrome de Down
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	Tay-Sachs (judío, cajún, francocanadiense)
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	Enfermedad de Canavan (judía)
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	Disautonomía familiar (judía)
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	Enfermedad o rasgo de células falciformes
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	Hemofilia u otros trastornos sanguíneos
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	Distrofia muscular
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	Fibrosis quística
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	Corea de Huntington
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	Redardación mental/autismo
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	Otro trastorno genético o cromosómico hereditario
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	Trastorno metabólico materno (diabetes tipo 1, fenilcetonuria)
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	El padre del paciente o del bebé tuvo un hijo con un defecto de nacimiento no mencionado anteriormente
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Padre del bebé	<input type="checkbox"/> Pariente	Pérdida recurrente del embarazo o muerte fetal

PREOCUPACIONES ADICIONALES

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está interesado en el síndrome de Down o en la detección de anomalías cromosómicas para su bebé?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene un trabajador social o social que ayude con su familia?— En caso afirmativo, nombre e información de contacto: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está interesado en el defecto de la columna vertebral o en la prueba de espina bífida para su bebé?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está interesado en hablar con un trabajador social?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está interesado en la detección de la fibrosis quística?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está interesado en hablar con un consejero de salud mental?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quieres más información sobre la lactancia materna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está interesado en un programa de rehabilitación de drogas?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Necesita un extractor de leche?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Estás interesado en la adopción?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está interesada en interrumpir este embarazo?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está interesado en ver a nuestro dentista?

Firma del paciente/Fecha: _____

(No escriba en esta sección)

PRENATAL DENTAL	LMP	EDC	APPOINTMENT	PROVIDER
PREVIOUS CHCCMO PROVIDER	HOSPITAL		HOSPITAL PREFERENCE	