



**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



CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DE MISSOURI CENTRAL

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO PARA MENORES DE EDAD O PUPILOS

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.

Nota: Este formulario no reemplaza la necesidad de un Acuerdo HIPAA. Deberá indicar por separado a las siguientes personas en el formulario HIPAA para otorgarles autorización para que tengan acceso a la información de atención médica de la persona y analicen la atención, el tratamiento, el pago o las citas.

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

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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES GENERALES

Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento dental recomendado por su dentista. Antes de dar su consentimiento para el tratamiento, debe considerar cuidadosamente los beneficios y riesgos anticipados del procedimiento, los tratamientos alternativos o la opción de ningún tratamiento.

Pregunte: ¿Entiendo el procedimiento, tengo otra opción?

Cuando da su consentimiento, reconoce su voluntad de aceptar riesgos y complicaciones conocidos.

Pregunte: ¿Qué pasará si no hago este procedimiento?

Las afecciones cardíacas, el embarazo, los accidentes cerebrovasculares, los reemplazos articulares y otras afecciones médicas pueden crear un riesgo de complicaciones. Por favor, informe todas las condiciones de salud y medicamentos con precisión para reducir las posibilidades de complicaciones.

Pregunte: ¿Le he contado al dentista todos mis problemas médicos?

Los procedimientos dentales generales incluyen examen, profilaxis dental, tratamiento con flúor, radiografías, restauraciones, terapia periodontal, terapia pulpar, coronas de acero inoxidable, extracciones, coronas, puentes, terapia endodóntica, aparatos removibles como dentaduras postizas y dentaduras parciales, procedimientos quirúrgicos menores como fibrotomía, frenelectomía. No hay garantías de resultados finales de ningún procedimiento, pero se han explicado los riesgos y beneficios.

Pregunte: ¿Por qué estoy firmando un formulario de consentimiento general?

Este formulario es una explicación general de los procedimientos ofrecidos y su aceptación de estos procedimientos. Algunos procedimientos necesitaban un consentimiento adicional, como la extracción de dientes y endodoncias.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTÉSICOS LOCALES

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

- Mareos, náuseas, vómitos, frecuencia cardíaca acelerada, frecuencia cardíaca lenta, reacción alérgica.
- Músculos de la mandíbula rígidos o doloridos en el lugar de la inyección.
- Entumecimiento prolongado y riesgo de morderse el labio, la lengua o la mejilla, causando lesiones.
- Lesión de los nervios que causa dolor, entumecimiento, hormigueo, especialmente en la barbilla, el labio, las mejillas, las encías o la lengua. Por lo general, dura 24 horas o menos.
- La rotura de la aguja en la boca requiere la extracción por un especialista.
- Moretón grande en el lugar de la inyección que causa hinchazón, rigidez muscular, rigidez de apertura y cierre.

He leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo que no debo firmar este formulario si todos los elementos, incluidas todas mis preguntas, no han sido explicados o respondidos a mi satisfacción o si no entiendo ninguna de las palabras contenidas en este formulario.

Firma del Paciente, Padre o tutor legal

Relacion con el Paciente

Fecha

Firma del Testigo

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)

	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: _____

Guarderia (horas/dia) _____

Tiempo con Familiares (Horas/dia): _____

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: _____