

# Benvenido a Hillsboro Pediatric Clinic LLC

## REGISTRO DE PACIENTE



¡Gracias por elegirnos como el proveedor medico de su hijo! Con el fin de prestarle un mejor servicio, necesitamos la siguiente información. **Por favor complete en letra imprenta.**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento:
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isla de Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco, no Hispano	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano, no Hispano <input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Negarse a contestar	
DIRECCIÓN DONDE VIVE EL PACIENTE				
Dirección:	Apto. #:	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código Postal:
Vive Con: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Los Dos Padres <input type="checkbox"/> Padres de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Guardián o Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro:				
INFORMACIÓN DEL PADRE				
Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Otra:				
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección de Correspondencia:	Apto. #:	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código Postal:
Dirección: <input type="checkbox"/> La misma de arriba	Apto. #:	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código Postal:
Empleador:	Número de Seguro Social:	Correo Electrónico (1):		
	Idioma Preferido:	¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
INFORMACIÓN DEL OTRO PADRE				
Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Otra:				
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección: <input type="checkbox"/> La misma de arriba	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código Postal:	
Empleador:	Número de Seguro Social:	Correo Electrónico (2):		
METODO DE CONTACTO				
Teléfono 1: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Celular Mama <input type="checkbox"/> Celular Papa	Teléfono 2: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Celular Mama <input type="checkbox"/> Celular Papa			
Teléfono 3: <input type="checkbox"/> Celular Mama <input type="checkbox"/> Celular Papa <input type="checkbox"/> Trabajo Mama <input type="checkbox"/> Trabajo Papa	Teléfono 4: <input type="checkbox"/> Trabajo Mama <input type="checkbox"/> Trabajo Papa <input type="checkbox"/> Otro _____			
CONTACTO DE EMERGENCIA O TRABAJADORA SOCIAL				
Nombre Completo:	Relación al Paciente:			
Número de Teléfono Principal:	Número de Teléfono Secundario:			
BILLING INFORMATION				
<input type="checkbox"/> Pago Privado (No Seguro)	<input type="checkbox"/> OHP: Tuality Health Alliance/ Care Oregon/ DMAP (circule uno)			
		<b>#De Cliente:</b> _____		
<input type="checkbox"/> SEGURO (Primario) Día Efectivo: ____/____/____	<input type="checkbox"/> SEGURO (Secundario) Día Efectivo: ____/____/____			
Nombre de Seguro: _____	Nombre de Seguro: _____			
Nombre del Suscriptor: _____	Nombre del Suscriptor: _____			
Fecha de Nacimiento del Suscriptor: ____/____/____	Fecha de Nacimiento del Suscriptor: ____/____/____			
# De Póliza: _____	# De Póliza: _____			
# De Grupo: _____ Co-pago: \$ _____	# De Grupo: _____ Co-pago: \$ _____			

Firma

Nombre en letra imprenta

Relación al Paciente

Fecha

Hillsboro Pediatric Clinic LLC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-503-640-2757.

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-503-640-2757.



INFORMACION DEL PACIENTE				
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo:	Fecha de Nacimiento:

**LOS CONSENTIMIENTOS Y PERMISOS SIGUIENTES APLICAN PARA MI Y PARA MI HIJO**

**Farmacia:** Yo autorizo que Hillsboro Pediatric Clinic LLC (HPC) envíe por vía electrónica las recetas a una farmacia participante de mi elección. HPC podrá recibir información electrónicamente sobre el historial de recetas médicas de mi o mi hijo, interacción con medicamentos, requisitos de autorización previa o sustituciones necesarias.

**Nombre de Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Ubicación:** \_\_\_\_\_

**Método de contacto Preferido:** Al confirmar las citas prefiero que HPC me contacte con el método indicado abajo:

- Teléfono
  Correo Electrónico
  Mensaje de Texto

**Hogar de Cuidados Médicos Primarios:** Como un Hogar de Cuidados Médicos Primarios (“Hogar Medico”) HPC se compromete a proporcionar la más alta calidad de Cuidado Primario Centrado en el Paciente. El cuidado de HPC será entregado por un equipo de profesionales de la salud, incluyendo Médicos y Enfermeras Pediátricas, Enfermeras Registradas, Asistentes de Médicos, y otro personal calificado. Yo seré animada y apoyada mientras participo en el cuidado de mis niños. El objetivó es asegurar que las necesidades de atención medicas estén coordinados para mí y mi hijo(a) para que tengamos el mejor resultado de salud posible. Para más detalles estoy de acuerdo que tengo acceso a un Folleto del Hogar Medico de HPC.

**Autorización para tratamiento:** Al firmar le doy permiso a HPC de proveer cuidado médico a mí o mi hijo(a). Al firmar esta forma yo autorizo el uso y divulgación de mi información de salud protegida a la Clínica para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haiga relevado información sobre mí por causa de mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Hillsboro Clínica Pediátrica LLC puede negarse a facilitar tratamiento al paciente que aparece arriba.

**DOY MI CONSENTIMIENTO:**

**Nombre de Paciente o Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Relación al paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Aviso de Practicas de Privacidad:** También reconozco que he tengo acceso a una copia completa del Aviso de Practicas de Privacidad que con detalles explica como protegemos la información médica de usted y/o la de su hijo y como puede tener acceso a una copia de la información.

**DOY MI CONSENTIMIENTO:**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Patient or responsible party refused to sign the acknowledgement. \_\_\_\_\_

# Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios del Seguro



Hillsboro Pediatric Clinic LLC

503-640-2757  
FAX 503-640-9753

## Normas Financieras de Hillsboro Pediatric Clinic LLC (HPC)

1. **Copagos:** Los copagos se deben de pagar al momento de servicio como su seguro lo requiere.
2. **Formas de Pagos Aceptados:** Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard, Visa, Discover y tarjetas de débito.
3. **Descuentos:** Se le harán descuentos si paga la totalidad de los servicios el día de la visita: 10% (diez por ciento) si paga en efectivo o con cheque y 5% (cinco por ciento) si paga con tarjeta de crédito o débito. Si el banco devuelve el cheque por fondos insuficientes (NSF), el descuento del 10% se cancelará, y se le cobrará el costo total.
4. **Cargos por fondos insuficientes:** Si su cheque es devuelto por fondos insuficientes, se le cargarán \$25.00 a la cuenta sobre la cual ha hecho el pago. Este cargo se de pagar al recibir nuestra factura.
5. **Dificultades Financieras:** Si el pago de nuestra factura genera una dificultad financiera, es su responsabilidad comunicarse con nuestro consejero financiero para pacientes y averiguar sobre la ayuda financiera que Hillsboro Peds ofrece.
6. **Ningún Seguro/Pagar por su propia cuenta:** Si usted no tiene seguro de salud o prueba de cobertura, le exigiremos un depósito de \$125.00 previo a su primera visita y \$50.00 para cualquier cita después. Estos depósitos serán aplicados a su cuenta de servicios médicos; y le cobraremos cualquier cantidad restante o cualquier sobrepago se le será reembolsado. Si no tiene seguro, el programa "Oregon Vaccines for Children" (Vacunas para Niños de Oregon) cubrirá el costo de las vacunas. Se le cobrará una cantidad pequeña para el administro de la vacuna.
7. **Cobro del seguro:** Es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro, incluyendo lo que no cubre. Nosotros le cobraremos a su compañía principal de seguros cuando usted nos proporcione la información completa y actualizada. Al firmar en la parte inferior, usted acepta su responsabilidad de pagar por todos los servicios no cubiertos y las cantidades no pagadas bajo esta asignación, incluyendo el deducible, el co-seguro y los copagos de su seguro de salud.
8. **Cobro de seguro secundario:** Como una cortesía hacia usted, presentaremos una reclamación secundaria, una vez por visita.
9. **Declaraciones:** Aunque haya una reclamación de seguros pendiente, usted puede recibir un estado de cuenta si tiene un saldo pendiente. HPC no puede aceptar la responsabilidad de cobrar la reclamación a su seguro o de negociar un arreglo en el litigio de una reclamación.
10. **Pagos de cuenta hacia el Balance:** Usted es responsable del pago oportuno de la cuenta. Las sumas no pagadas se vencen y son pagaderas dentro de los (quince) días siguientes a la fecha del estado de cuenta y no más tarde de 60 (sesenta) días después de la fecha del servicio, independientemente del estado o los litigios del seguro.
11. **Plan de Salud de Oregon:** Oregon Health Plan" (OHP - Plan de Salud de Oregon): Si no podemos verificar su cobertura, se le pedirá que cambie su cita.
12. **Colecciones:** Las cuentas asignadas a la agencia de crédito y a la agencia de servicios de colección se les hará un cargo adicional de \$50.00 por costo de trámites. Todos los descuentos recibidos serán cancelados y se les cobrará el costo total. Si la cuenta debe ser remitida a un abogado para recaudo, el firmante deberá pagar también los honorarios razonables del abogado y los gastos de recaudo.

Yo, como la parte responsable, por medio de este documento autorizo pagar directamente a HPC los beneficios de la atención médica. Esta autorización es válida para cualquier proveedor a quien HPC esté autorizado a hacer cobros en conexión con sus servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las sumas no pagadas bajo esta asignación. Reconozco y entiendo que las muestras de líquidos o tejidos corporales recogidos por HPC serán enviados a un laboratorio no afiliado y que yo recibiré, por separado, una factura de ellos por las pruebas e interpretaciones realizadas.

***Al firma abaja usted acepta que ha leído este documento y ha recibido una copia de esta información.***

Firma del Paciente o Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Hillsboro Pediatric Clinic LLC

### Aviso de no Discriminación y Accesibilidad:

#### La Discriminación es contra la ley

Hillsboro Pediatric Clinic LLC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Hillsboro Pediatric Clinic LLC no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.



#### Hillsboro Pediatric Clinic LLC

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Martha Cossio, Privacy Officer.

Si considera que Hillsboro Pediatric Clinic LLC no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Martha Cossio, Privacy Officer, 445 E Main St, Hillsboro, OR 97123, teléfono (503) 640-2757, fax (503) 640-9753, correo electrónico [mcossio@hillsboropediatrics.com](mailto:mcossio@hillsboropediatrics.com). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Martha Cossio, Privacy Officer, está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE.UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-503-640-2757

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-503-640-2757.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-503-640-2757

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-503-640-2757.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-503-640-2757

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером - 1-503-640-2757

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます1-503-640-2757

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-503-640-2757 (رقم

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-503-640-2757

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្បួលគឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-503-640-2757

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-503-640-2757

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-503-640-2757

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما  
تماس بگیرید 1-503-640-2757

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-503-640-2757

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-503-640-2757



INFORMACION DEL PACIENTE			
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	

## CONSENTIMIENTO PARA AMIGOS Y FAMILIARES

En el evento de que yo necesite tratamiento médico y no pueda dar consentimiento para mi propio tratamiento; o mi hijo(a) necesite tratamiento médico y yo (u otro tutor legal) no pueda traer a mi hijo para tratamiento medico:

Yo, \_\_\_\_\_, otorgo autorización para que las siguientes personas puedan dar consentimiento para obtener tratamiento médico para mí o para mi hijo(a) y para discutir información de salud protegida en la medida en que Hillsboro Pediatric Clinic, LLC considere necesario para proporcionar cuidado. Yo estoy consciente que esto puede incluir información tal como: diagnostico, pronostico y planes de tratamiento, medicación, los planes de alta y de instrucción, resultados de pruebas, recordatorio de citas, fracturación médica, seguro médico, y otra información médica relevante para el cuidado del paciente. Esta autorización será válida hasta que complete una nueva autorización o hasta que un aviso por escrito para revocar la autorización se reciba.

**1.** \_\_\_\_\_  
 Nombre Relación al paciente # de Teléfono

**Además, la persona nombrada arriba puede:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recoger Recetas    | <input type="checkbox"/> Recoger documentos                           | <input type="checkbox"/> Preguntar sobre referencias           |
| <input type="checkbox"/> Hacer/cambiar cita | <input type="checkbox"/> Acceso a datos de seguro médico/fracturación | <input type="checkbox"/> Preguntar sobre resultados de pruebas |

**2.** \_\_\_\_\_  
 Nombre Relación al paciente # de Teléfono

**Además, la persona nombrada arriba puede:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recoger Recetas    | <input type="checkbox"/> Recoger documentos                           | <input type="checkbox"/> Preguntar sobre referencias           |
| <input type="checkbox"/> Hacer/cambiar cita | <input type="checkbox"/> Acceso a datos de seguro médico/fracturación | <input type="checkbox"/> Preguntar sobre resultados de pruebas |

**3.** \_\_\_\_\_  
 Nombre Relación al paciente # de Teléfono

**Además, la persona nombrada arriba puede:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recoger Recetas    | <input type="checkbox"/> Recoger documentos                           | <input type="checkbox"/> Preguntar sobre referencias           |
| <input type="checkbox"/> Hacer/cambiar cita | <input type="checkbox"/> Acceso a datos de seguro médico/fracturación | <input type="checkbox"/> Preguntar sobre resultados de pruebas |

Nombre del Paciente o Tutor Legal (en letra imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## O

Me niego a autorizar que otra persona pueda dar consentimiento para mi tratamiento médico o para el tratamiento médico de mi hijo(a)

Nombre del Paciente o Tutor Legal (en letra imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



## Historia del Paciente

Por favor responda a las siguientes preguntas acerca de la historia médica y familiar de su bebé/niño. El médico puede pedirle más detalles acerca de las respuestas afirmativas.

### EMBARAZO Y NACIMIENTO:

**SI**      **NO**

¿Hubo algún problema con el embarazo o el nacimiento de este niño? \_\_\_\_\_

Si respondió sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Nació su bebé a término? \_\_\_\_\_ O ¿antes de tiempo? \_\_\_\_\_ Si fue así, ¿cuántas semanas? \_\_\_\_\_

¿Lo alimentó con leche materna? **No** \_\_\_\_\_ **Sí** \_\_\_\_\_ ¿Si lo hizo, por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Tipo de parto:** Vaginal \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Longitud \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

**Problemas:** **Sí**      **No**      **Sí**      **No**

Ictericia \_\_\_\_\_

Dificultad Respiratoria \_\_\_\_\_

Problemas de Alimentación \_\_\_\_\_

Erupción \_\_\_\_\_

Presentación de trasera \_\_\_\_\_

Problemas de Desarrollo \_\_\_\_\_

Si respondió **Sí**, explique: \_\_\_\_\_

### HOSPITALIZACIONES/OPERACIONES:

Ninguna

Hospital \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS Y DOSIS (Por favor, incluya medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos, medicamentos homeopáticos y medicamentos recetados):

Ninguna

### ¿ALERGIAS A ALGÚN MEDICAMENTO? (Por favor anótelas)

Ninguna

### ¿VISITA SU HIJO A ALGÚN ESPECIALISTA? (Nutricionista; Terapeuta Ocupacional, Física y/o del Habla; Consejero; u otros especialistas médicos)

Ninguna

Nombre del Especialista \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

### HISTORIA SOCIAL Y AMBIENTAL

**Sí**      **No**

¿Cuántas horas de ejercicio hace su hijo a al día? \_\_\_\_\_

¿Pasa su hijo más de 2 horas al día viendo televisión, jugando videojuegos o en la computadora? \_\_\_\_\_

¿Fuma alguien que vive en la casa? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol alguien que vive en la casa? \_\_\_\_\_

¿Hay detectores de humo en el hogar? \_\_\_\_\_

¿Usa cinturones de seguridad en su auto? \_\_\_\_\_

¿Está su hijo en la escuela o en la guardería? \_\_\_\_\_

¿Usa su hijo casco para bicicleta cuando monta? \_\_\_\_\_

¿Hay armas de fuego en su casa? \_\_\_\_\_

¿Tiene el número telefónico del Centro de Control de Envenenamientos cerca de su teléfono? \_\_\_\_\_

### HISTORIA MÉDICA (Marque si su hijo/hijos han tenido alguna de las siguientes enfermedades):

Asma \_\_\_\_\_

Epilepsia \_\_\_\_\_

Anemia \_\_\_\_\_

Problemas de visión o de los ojos \_\_\_\_\_

Varicela \_\_\_\_\_

Problemas de Riñón/Vejiga \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Enfermedad hepática/Ictericia \_\_\_\_\_

Diarrea crónica/estreñimiento \_\_\_\_\_

Tuberculosis \_\_\_\_\_

Problemas del oído \_\_\_\_\_

Otras - Por favor, explique \_\_\_\_\_

Eczema (piel demasiado seca) \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Nombre los Padres Biológicos del Paciente:**

Madre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**¿El paciente vive con los padres biológicos? (Circule uno) SI NO**

*Si la respuesta es **No** por favor nombre con quien vive el paciente y su relación al paciente:*

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA FAMILIAR: ¿Algún pariente biológico ha tenido alguna de las siguientes condiciones?**

MARQUE AQUI SI NINGUNA DE LAS CONDICIONES MEDICAS DE ABAJO APLICAN A UN FAMILIAR BIOLOGICO DEL PACIENTE

Condición	Madre	Padre	Hermano Hermana	Abuelo (a) Materno	Abuelo (a) Paterno	Otro
ADD/ADHD						
Alergias						
Asma						
Defectos de Nacimiento						
Cáncer						
Problemas del Corazón						
Problemas de la Cadera						
Sordera						
Depresión						
Retraso en el Desarrollo						
Diabetes						
Eczema						
Trastorno Genético						
Trastornos de la Sangre						
Colesterol Alto						
Presión Arterial Alta						
Problemas de Aprendizaje						
Retraso Mental						
Migrañas						
Obesidad						
Columna Encorvada						
Convulsiones						
Muerte Súbita de Lactante						
Estrabismo						
Enfermedad de la Tiroides						
Hepatitis						
Tuberculosis						
Otro:						

Signature \_\_\_\_\_

Print Name \_\_\_\_\_

Relationship to Patient \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



**Las siguientes preguntas se refieren al tipo de problemas de salud, inquietudes o enfermedades que puedan afectar el comportamiento, el aprendizaje, el crecimiento o el desarrollo físico de su niño(a)**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Relación con el Paciente:** \_\_\_\_\_

1. ¿Necesita o toma su niño(a) actualmente algún **medicamento recetado por un médico**, que no sea vitaminas?
  - SI (Proceda a la pregunta 1a)
  - NO (Proceda a la pregunta 2)
  - 1a. ¿Necesita el medicamento recetado para tratar ALGÚN problema médico, de conducta o de salud?
    - SI (Proceda a la pregunta 1b)
    - NO (Proceda a la pregunta 2)
  - 1b. Este problema, ¿ha durado o se espera que dure 12 meses o más?
    - SI
    - NO
2. ¿Necesita o utiliza su niño(a) más **atención médica, servicios educativos o de salud mental** que la mayoría de los niños de su edad?
  - SI (Proceda a la pregunta 2a)
  - NO (Proceda a la pregunta 3)
  - 2a. ¿Necesita la atención médica, los servicios de salud mental o los servicios educativos debido a ALGÚN problema médico, de conducta o de salud?
    - SI (Proceda a la pregunta 2b)
    - NO (Proceda a la pregunta 3)
  - 2b. Este problema, ¿ha durado o se espera que dure 12 meses o más?
    - SI
    - NO
3. ¿Tiene su niño(a) algún **tipo de limitación o impedimento** para hacer las cosas que hace la mayoría de los niños de su edad?
  - SI (Proceda a la pregunta 3a)
  - NO (Proceda a la pregunta 4)
  - 3a. Esta limitación en sus habilidades, ¿se debe a ALGÚN problema médico, de conducta o de salud?
    - SI (Proceda a la pregunta 3b)
    - NO (Proceda a la pregunta 4)
  - 3b. Este problema, ¿ha durado o se espera que dure 12 meses o más?
    - SI
    - NO
4. ¿Necesita o recibe su niño(a) alguna **terapia especial**, como terapia física, ocupacional o del habla?
  - SI (Proceda a la pregunta 4a)
  - NO (Proceda a la pregunta 5)
  - 4a. Su necesidad de terapia especial, ¿se debe a ALGÚN problema médico, de comportamiento u otro problema de salud?
    - SI (Proceda a la pregunta 4b)
    - NO (Proceda a la pregunta 5)
  - 4b. Este problema, ¿ha durado o se espera que dure 12 meses o más?
    - SI
    - NO
5. ¿Tiene su niño(a) algún tipo de problema emocional, de desarrollo o de comportamiento para el cual él/ella necesite **tratamiento o terapia**?
  - SI (Proceda a la pregunta 5a)
  - NO
  - 5a. Este problema emocional, de desarrollo o de comportamiento, ¿ha durado o se espera que dure 12 meses o más?
    - SI
    - NO