



## EXPRESS PEDIATRIC CARE

### Formulario de Información para Pacientes Nuevos

\* Proporcione una copia de todos los documentos legales que indiquen las responsabilidades de los padres / tutores para incluirlos en el registro del paciente.

#### *INFORMACIÓN DEL PACIENTE*

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Sexo: (circule uno)    Mujer    Hombre

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ste / Apt #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Método de contacto preferido: \_\_\_\_\_

#### *INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR*

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si los padres están legalmente separados o divorciados, ¿quién tiene la custodia legal? \_\_\_\_\_

¿Qué padre es financieramente responsable de los gastos médicos? \_\_\_\_\_

Dirección del tutor legal si es diferente a la del paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono del tutor legal si es diferente al del paciente: \_\_\_\_\_

\* Proporcione una copia de la documentación legal que indique la responsabilidad de los padres por los gastos médicos que se incluirán en los registros médicos del paciente. \*



## EXPRESS PEDIATRIC CARE

### Formulario de Información para Pacientes Nuevos

\* Proporcione una copia de todos los documentos legales que indiquen las responsabilidades de los padres / tutores para incluirlos en el registro del paciente.

#### *INFORMACIÓN DEL SEGURO*

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ # Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado principal: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_ Número del empleador: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ # Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado secundario: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado secundario: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_ Número del empleador: \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## EXPRESS PEDIATRIC CARE

### Formulario de Información para Pacientes Nuevos

\* Proporcione una copia de todos los documentos legales que indiquen las responsabilidades de los padres / tutores para incluirlos en el registro del paciente.

#### *CUESTIONARIO INICIAL DE HISTORIA*

Formulario completado por: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

*Hogar (enumere todos los que viven en el hogar del niño).*

<i>Nombre</i>	<i>Relacion al paciente</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>

¿Hay hermanos que no figuran en la lista? Si es así, indique sus nombres, edades y dónde viven. \_\_\_\_\_

¿Cuál es la situación de vida del niño si no está con ambos padres biológicos?

- Vive con padres adoptivos    Custodia conjunta    Custodia individual    Vive con familia de crianza
- Otro: \_\_\_\_\_

\* Tenga en cuenta que la mayoría de los documentos judiciales legales se tiene que proporcionar para cualquiera de las opciones anteriores en el momento de la visita para mantenerlos en el registro del paciente. \*



## EXPRESS PEDIATRIC CARE

### Formulario de Información para Pacientes Nuevos

\* Proporcione una copia de todos los documentos legales que indiquen las responsabilidades de los padres / tutores para incluirlos en el registro del paciente.

#### *Historia de nacimiento*

No sé historia de nacimiento

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Edad gestacional: \_\_\_\_\_ El parto fue:  Vaginal  Cesárea

¿Hubo alguna complicación prenatal o neonatal? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Se requirió una estadía en la UCIN? Explicar: \_\_\_\_\_

Durante el embarazo, ¿la madre consumió: **Tabaco**  Sí  No **Alcohol** Sí  No **Drogas**  Si  No

Alimentación inicial:  Fórmula  Leche materna ¿Cuánto tiempo se continuó con la lactancia materna?

\_\_\_\_\_

¿Se fue el bebé a casa con la madre del hospital? Explicar: \_\_\_\_\_

#### *General NLS = no lo sé*

¿Considera que su hijo/a esta en buena salud? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene alguna enfermedad o afección médica grave? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha tenido alguna cirugía? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo/a ha sido hospitalizado? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a es alérgico a medicamentos o drogas? Explicar: \_\_\_\_\_



## EXPRESS PEDIATRIC CARE

### Formulario de Información para Pacientes Nuevos

\* Proporcione una copia de todos los documentos legales que indiquen las responsabilidades de los padres / tutores para incluirlos en el registro del paciente.

*Antecedentes familiares biológicos (¿Algún miembro de la familia ha tenido lo siguiente?) NS = no sé*

¿Pérdida auditiva infantil? Quien: \_\_\_\_\_

¿Alergias nasales? Quien: \_\_\_\_\_

¿Asma? Quien: \_\_\_\_\_

¿Tuberculosis? Quien: \_\_\_\_\_

¿Enfermedad cardíaca (menores de 55 años)? Quien: \_\_\_\_\_

¿Colesterol alto? Quien: \_\_\_\_\_

¿Desorden sangrante? Quien: \_\_\_\_\_

¿Enfermedad del hígado? Quien: \_\_\_\_\_

¿Enfermedad del riñón? Quien: \_\_\_\_\_

¿Diabetes (menores de 55 años)? Quien: \_\_\_\_\_

¿Obesidad? Quien: \_\_\_\_\_

¿Epilepsia o convulsiones? Quien: \_\_\_\_\_

¿Abuso de alcohol? Quien: \_\_\_\_\_

¿Abuso de drogas? Quien: \_\_\_\_\_

¿Enfermedad mental/depresión? Quien: \_\_\_\_\_

¿Retraso en el desarrollo? Quien: \_\_\_\_\_

¿Problemas inmunológicos, VIH o SIDA? Quien: \_\_\_\_\_

¿El consumo de tabaco? Quien: \_\_\_\_\_

¿Caída dental? Quien: \_\_\_\_\_

Cáncer (menor de 55 años)? Quien: \_\_\_\_\_

Historia familiar adicional: \_\_\_\_\_



## EXPRESS PEDIATRIC CARE

### Formulario de Información para Pacientes Nuevos

\* Proporcione una copia de todos los documentos legales que indiquen las responsabilidades de los padres / tutores para incluirlos en el registro del paciente.

*Historia pasada (¿Su hijo tiene o ha tenido alguna vez su hijo?) NS = no sé*

¿Varicela? Cuando: \_\_\_\_\_

Infección de oído frecuente / ¿Problemas de audición? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Alergias nasales? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Problemas con los ojos o la visión? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Asma, bronquiolitis o neumonía? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Algún problema cardíaco o soplo? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Anemia o problema de sangrado? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Convulsiones u otros problemas neurológicos? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Trasplante de organo? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Malignidad/trasplante de médula ósea? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Cáncer o quimioterapia? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Estreñimiento que requiere visitas al médico? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Infecciones recurrentes del tracto urinario? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Obesidad? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Trastornos metabólicos/genéticos? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Enfermedad renal o malformaciones urológicas? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Problemas de sueño/ronquidos? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Problemas de piel crónicos o recurrentes (acné, eczema)? Explicar: \_\_\_\_\_

¿TDAH/ansiedad/depresión/problemas de humor? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Retraso en el desarrollo? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Historia de violencia familiar? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Infecciones de transmisión sexual? Explicar: \_\_\_\_\_

¿Algún otro problema importante? \_\_\_\_\_

Firma de padre/guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_