

**Formulario de Registro del Paciente**

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

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Sexo del paciente: ( M/F): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Lenguaje Primario?: \_\_\_\_\_

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Sexo del paciente: ( M/F): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Lenguaje Primario?: \_\_\_\_\_

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Sexo del paciente: ( M/F): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Lenguaje Primario?: \_\_\_\_\_

**Padre:**

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

# de telefono: (casa): \_\_\_\_\_ # de celular: \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Profesion: \_\_\_\_\_

Paciente vive con usted? (Si/No): \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_

**Madre:**

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

# de telefono: (casa): \_\_\_\_\_ # de celular: \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Profesion: \_\_\_\_\_

Paciente vive con usted? (Si/No): \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_

**Información de Seguro Médico:**

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_

Apellido del asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

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

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Grupo#: \_\_\_\_\_ Póliza#: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_

Apellido del asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

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

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Grupo#: \_\_\_\_\_ Póliza#: \_\_\_\_\_

**Dirección para enviar el estado de cuenta (si es deferente de su dirección residencial):**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación con paciente:** \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ ¿Paciente vive con usted? (Si/No): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

**Restricciones de privacidad (Seleccione uno):**

\_\_\_ No Restricciones: Puede dejar mensajes en el teléfono/ enviar información por correo.

\_\_\_ Hay Restricciones: Solamente con tutor legal

\_\_\_ Otra Restricciones (Por favor explique): \_\_\_\_\_

**¿Como quieres recibir la información? (Seleccione uno):**

**Información medico:** Teléfono (casa)/ Teléfono (trabajo)/ Teléfono (celular)/Correo electrónico

**Citas:** Teléfono (casa)/ Teléfono (trabajo)/Teléfono (celular)/Correo electrónico/Correo electrónico (trabajo)

**Alertas:** Dirección residencial/ Teléfono (casa)/ Teléfono (trabajo)/Teléfono (celular)/Correo electrónico/ Correo electrónico (trabajo)

**Avisos generales:** Dirección residencial/ Teléfono (casa)/ Teléfono (trabajo)/ Teléfono (celular)/ Correo electrónico

**Estado de cuenta:** Dirección residencial/ Correo electrónico/ Correo electrónico (trabajo)

**Portal del paciente:** Teléfono (celular)/ Correo electrónico/ Correo electrónico (trabajo)

**Si los padres están divorciados por favor de llenar esta sección:**

¿Quien tiene custodia? \_\_\_\_\_

¿Hay restricciones que prohíbe al padre/madre que no tiene custodia obtener información medico del paciente o consentir en tratamiento medico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si contéstate *Si* por favor explique: \_\_\_\_\_

## Acuerdo Financiero

Muchas gracias por pedirnos la atención y cuidado de su niño/ninos. Nos sentimos honrados de ser proveedor de cuidado primario de sus niños y tomar nuestra responsabilidad muy serio. Como usted sabe, la economía en el cuidado medico a cambiado dramaticamente. Las companias de seguros han reducido su reembolso a solo ese momento cara a cara entre paciente y proveedor. Sin embargo, estas son horas de tiempo adicional profesional suministrada para formularios y tramites.

Esto ha puesto una carga sustancial en la oficina que ya no puede ser financiada a traves de cargos de visita de oficina. Lo lamentamos que resulta ser necesario cobrar por servicios adicionales. Porfavor lea esto cuidadosamente y haga cualquier pregunta que tenga. Valoramos mucho nuestra relacion con usted y queremos servir a sus hijos lo mejor de nuestra capacidad. Para garantizar la maxima calidad de servicio y atencion a nuestros pacientes,hemos establecido el siguiente acuerdo financiero.

**“Exámenes Físicos”** son servicios preventivos, y las companias de seguros solo reembolsan para aquellos aspectos de la visita cobrados con estos codigos. Esto incluye actualizar la historia clinica, realizar un examen y ordenar pruebas preventivas rutinarias. No incluyen problemas medicos especificos. Si usted desea tener problemas medicos adicionales dirigidos, comuniquese al personal a la hora de hacer la cita. Mas tiempo puede ser asignado, pero habra cargos adicionales, y esto puede generar co-pagos adicionales o contribucion de deductibles.

**Registro de Vacunas:** Favor de traer tarjeta de vacunacion de su hijo con usted a cada cita programada de examen físico.

**Relleno de Recetas:** Permitan 48 horas para rellenar y surtir cualquier receta.

**Cambios:** Usted es responsable de hacernos saber de cualquier cambio en nombre de su hijo, direccion, numero de telefono, o compania de seguro.

**Co-Pagos:** Co-pagos son requeridos en el momento de su visita. Aceptamos Efectivo, Cheques, Visa y Mastercard.

**Servicios no cubiertos:** Como cortesia a usted,mandaremos cobrar a su aseguranza. Considere revisar su poliza antes de su visita si no esta seguro sobre lo que esta cubierto. Usted es responsable del pago de cualquier parte de la factura que su segura no cubra.

**Pacientes-Pago Privado (no aseguranza):** Usted esta obligado a pagar su cuenta en el momento de servicio. El personal de recepcion no podra cotizar los precios exactos de antemano. El costo sera determinado por el Doctor basado en el tratamiento prestado.

**Poliza de Tardanza:** Para que su medico pueda ofrecer la mejor atencion posible , es importante estar a tiempo a sus citas. Por lo tanto, si esta mas de 10 minutos tarde a una cita, porfavor este preparado para cambiar la fecha de su cita.

**Cancelacion / No presentacion :** Cuando sea posible, como cortesia cada paciente recibira una llamada de recordatorio antes de su cita. Se requiere un aviso de 24 horas para cancelar o re-programar la cita de su hijo. Se le cobrara \$25.00-\$50.00 si no avisa con mas de 24 horas de anticipacion. El no presentarse a tres (3) citas seran sujetos a despedir a su familia de la practica.

**Formularios, Cartas, Autorizaciones, previa para Escuela, Campamentos, Deportes:** Cada vez que un formulario tenga que ser completado, escribir una carta o obtener autorizacion previa, una cuota sera entre \$10.00-\$50.00.

**Impresion de Informes,** incluyendo labortarios, rayos-x, notas de expediente, etc.,\$5.00 min. y \$25.00 por registro completo.

**Cuentas Delinquentes:** Despues de 90 dias, si no recibimos el pago completo de su porcion de la cuenta, podemos enviar su cuenta a una agencia de coleccion. Como resultado, la relacion entre Paciente-Medico se termina y sus ninos tendran que encontrar un medico nuevo dentro de 30 dias.

**Dificultades:** Si esta teniendo problemas financieros y tiene problemas para pagar su factura, porfavor llame a nuestra oficina de facturacion para pedir ayuda. Queremos ayudarle, pero no podemos ayudarle si no oimos de usted. Llame al (707) 252-1076.

**Reconocimiento:**

Al firmar este formulario usted acepta el acuerdo financiero de la oficina y se le ha dado una copia para sus archivos.

Le agradecemos por escoger a Harvest Pediatrics, Inc. para el cuidado medico de sus hijos.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## Aviso de Privacidad al Paciente

### NUESTRO COMPROMISO CON USTED

Nosotros entendemos que la información médica de usted es privada y personal. Es nuestro compromiso de protegerla. Doctores y personal hacen un registro cada vez que viene a una visita de oficina. Este aviso aplica al registro de su cuidado de Harvest Pediatrics, ya sea criado por el Doctor o otra persona del personal.

#### Estamos requeridos por ley de:

- Guardar información médica privada de usted.
- Darle este aviso describiendo nuestras obligaciones legales y privacidad práctica para información médica de usted.
- Seguir los términos del aviso que está en efecto.

### COMO NOSOTROS PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACION MEDICA

Esta sección de nuestro aviso le explica como podemos usar y compartir su información médica de usted. En todo caso no cubierto por este aviso, nosotros obtendremos un permiso por escrito separado de usted antes de usar o compartir su información médica.

Usted podrá cancelar su permiso después notificando por escrito. Nosotros protegeremos información médica lo más que podemos bajo las leyes. A veces las leyes Estatales da más protección a información médica que las leyes Federales. A veces las leyes Federales da más protección que las leyes Estatales. En cada caso, nosotros aplicaremos las leyes que protegen su información médica.

**Tratamiento:** Nosotros usaremos y compartiremos su información para intenciones de tratamiento.

**Pagos:** Nosotros usaremos y compartiremos su información para ser pagados por su tratamientos.

**Operaciones de Cuidado de Salud:** Nosotros usaremos y compartiremos su información médica para intenciones de mejorar nuestras operaciones de cuidado de salud.

**Recordatorios de Citas:** Puede ser posible que nos pongamos en contacto con usted para recordarle una cita.

**Opciones de Tratamiento y Relaciones de sus beneficios de salud y servicios:** Puede ser posible que nos pongamos en contacto con usted en referencia a posible opciones de tratamientos, beneficios relacionados con su salud o servicios que usted desee.

**Salud Publica:** Nosotros reportaremos cierta información de medicamentos para relaciones de salud pública.

**Requerido por Ley:** A veces nosotros requerimos por ley de reportar cierta información.

**Seguridad Publica:** Es posible, y tal vez tengamos que compartir información médica de usted para prevenir o disminuir una amenaza seria para la salud o seguridad de cierta persona o del público en general.

**Medico Forense, Examinador Medico o director de Funeral:** Es posible que usemos y compartamos información médica de un paciente difunto con el medico forense, examinador medico o director de funeral.

**Donacion de Organos o Tejido:** Es posible que usemos y compartamos información médica con organizaciones que manejan organos,ojos,donaciones o transplantes de tejidos.

**Militarios,Veteranos,Seguridad Nacional y otras intenciones de Gobierno:** Es posible que usemos o compartamos información médica de usted para intenciones de seguridad nacional.

**Procedimientos Judiciales:** Es posible que nosotros compartamos información médica de usted para responder a ordenes de juzgado o citaciones solamente cuando hemos seguido procedimientos requeridos por ley.

**Cumplimiento de Ley:** Es posible que nosotros compartamos información médica de usted con la policia sin su permiso escrito.

**Miembros de Familia y Otros Envolucrados en Su Cuidado:** A menos de que usted nos notifique, es posible que compartamos información médica de usted con sus miembros de familia o otros que usted a nombrado para la ayuda de su cuidado medico.

### SUS DERECHOS EN CUANTO A SU INFORMACION MEDICA

**Requeriendo información acerca de usted:** Usted puede buscar, o obtener una copia de información médica.

**Corrigiendo información acerca de usted:** Si usted cree que la información está incorrecta o está perdida, usted puede preguntarnos por escrito y enmendaremos su registro. No tenemos el derecho de rechazar su petición.

**Restringir como usar o compartir su información :** Usted puede preguntar por información médica acerca de usted en forma confidencial. Usted debe de decirnos por escrito la manera exacta o lugar donde nosotros podamos comunicarnos con usted.

### Preocupaciones o Quejas?

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede contactar al oficial de Privacidad.

Linda Simas

Office Manager, Harvest Pediatrics

1100 Trancas St., suite 270, Napa,CA 94558

707-252-1076

RECIBO DE RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS

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

Yo reconozco que he recibido una copia de Harvest Pediatrics Aviso de Practicas Privada. Yo entiendo que tengo el derecho de rehusar a firmar este reconocimiento si yo escojo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante del Paciente (si aplica)

Relacion con el Paciente (si aplica)

- Padres o Tutor del menor
- Tutor asignado por la corte
- Ejecutor o Administrador del
- Poder de abogado

\*\*\*\*\*

**PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE**

Hemos intentado obtener recibo de reconocimiento por escrito de nuestro Aviso de Practica Privada de la siguiente fecha, \_\_\_\_\_ el reconocimiento no pudo ser obtenido porque:

- Paciente/representativo rechazo de firmar
- Situacion de emergencia nos evito obtener reconocimiento en el momento ( intentaremos otra vez en otro momento)
- Barrera de comunicacion nos prohibio obtener reconocimiento (explicar) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otro (especificar):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Forma de Autorizacion HIPAA

Autorizacion de Paciente para la Proteccion de Uso y Revelar Informacion de Salud

Al firmar, yo autorizo a Harvest Pediatrics usar y revelar cierta informacion de salud privada de mis portadores de aseguranzas, otros medicos, o agencias para el cual una referencia de cuidado se a fabricado.

Esta autorizacion permite a Harvest Pediatrics usar y revelar la siguiente informacion individualmente identificable de mi, incluyendo pero no limitando fechas de servicio, tipos de servicio y diagnosticos rendidos.

Yo no tengo que firmar esta autorizacion para poder recibir tratamiento de Harvest Pediatrics. Yo tengo el derecho para rehusar la firma de esta autorizacion. Cuando mi informacion es usada y revelada persuadiendo a esta autorizacion, puede ser sujeto a revelaciones por unos de los receptores y ya no ser protegida por la Ley Federal Privada de HIPAA. Yo tengo derecho de revocar esta autorizacion. Mi revocacion debe ser sometida por escrito al Official de Privacidad de Harvest Pediatrics.

Yo tambien reconosco que al firmar, yo autorizo a Harvest Pediatrics de dejar informacion de salud privada en un mensaje de voz asegurado, por ejemplo como resultados de laboratorios, o confirmacion de citas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente or Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Relacion del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Bay Area Immunization Registry Consent

This office will enter demographic information, immunizations and the tuberculosis skin testing information into a computerized tracking system called CAIR which will allow us to access the record for future visits should you lose your immunization record or need the information transferred to a doctor or school. All information entered is confidential but may be accessed by the State and local health care providers, including pediatricians, schools, and emergency rooms to obtain immunization histories and/or Tuberculin Skin Test (TST) results.

The Immunization Registry, BARR/CAIR has been disclosed to me. Please Initial:

\_\_\_\_\_ I consent to share immunization history     \_\_\_\_\_ I decline to share immunization history  
(Initials)     (Initials)

\_\_\_\_\_ I consent to share TST results     \_\_\_\_\_ I decline to share TST results  
(Initials)     (Initials)

X \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient: \_\_\_\_\_ Account # \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_

Patient Date of Birth: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

El Condado de Napa de Salud y Servicios Humanos entrara la informacion dada arriba en un sistema llamado CAIR que nos permitira el acceso a su registro para futuras visitas si usted perdiera la tarjeta de vacunacion o se necesite trasferir dicha informacion a un doctor o a la escuela. Toda la informacion entrada en este sistema es confidencial pero puede ser accessible por el Estado y proveedores de salud locales, incluyendo pediatras, escuelas y salas de emergencia de hospitales para obtener historial de vacunacion y el resultado de la Prueba de Tuberculina (TST).

El registro de vacunas, BARR/CAIR se me ha sido revelado. Por favor de marcar con sus iniciales:

\_\_\_\_\_ Yo doy permiso para compartir el historial de vacunas  
(Iniciales)

\_\_\_\_\_ Yo me niego a compartir el historial de vacunas  
(Iniciales)

\_\_\_\_\_ Yo doy permiso para compartir los resultados de TST  
(Iniciales)

\_\_\_\_\_ Yo me niego a compartir los resultados de TST  
(Iniciales)

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relacion a paciente: \_\_\_\_\_ Numero De Cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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



**Harvest Pediatrics is closed to Medical**

**Date:** \_\_\_\_\_

My child \_\_\_\_\_ has been accepted as a new patient at **Harvest Pediatrics** with \_\_\_\_\_ Insurance Company as my primary carrier. Since **Harvest Pediatrics** is closed to new **Medi-Cal** patients, I understand that I would not be able to use **Medi-Cal** benefits with **Harvest Pediatrics**. I will be responsible for all copayments, co-insurance, deductibles and any other amount that my primary insurance carrier states is my responsibility.

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Harvest Pediatrics Account Number:** \_\_\_\_\_

.....

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

Mi niño/niña \_\_\_\_\_ ha sido aceptado como paciente nuevo de **Harvest Pediatrics** con la aseguranza \_\_\_\_\_.

Como **Harvest Pediatrics** esta cerrado a pacientes nuevos con **Medi-Cal**, yo entiendo que no podre usar mis beneficios de **Medi-Cal** en **Harvest Pediatrics**. Yo sere responsable por cualquier co-pago, deductible, etc. por la cantidad que mi aseguranza diga que es mi responsabilidad.

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

**# de cuenta de Harvest Pediatrics:** \_\_\_\_\_

## Poliza de Vacunas de Harvest Pediatrics

Los proveedores medicos de Harvest Pediatrics reconocen que las vacunas de los niños contra de enfermedades infecciosas es uno de los beneficios más poderosas y eficaces que podemos ofrecer a nuestros pacientes y a nuestra comunidad. Como pediatras, pasamos una gran cantidad de esfuerzo para mantenernos al tanto de los últimos avances en las enfermedades infecciosas y la ciencia de la vacuna, además de la acumulación de años de experiencia ofreciendo vacunas a los niños. Además, valoramos el conocimiento de los miles de expertos que hacen este tipo de trabajo su vida.

Lamentablemente, en los últimos años hemos visto el regreso de algunas enfermedades peligrosas debido a que algunas familias no han podido seguir el calendario de vacunas recomendadas, debido a temores infundados y la desinformación acerca de la seguridad de la vacuna. Numerosas pruebas nos han asegurado que las vacunas son seguras y eficaces. El programa recomendado de vacunas que reciben se basa en la ciencia cuidadosa, pruebas exhaustivas y años de experiencia. No hay horarios "alternativos" que se han probado ser seguros o efectivos.

Desde el 1º de marzo de 2015, Harvest Pediatrías aclaró nuestra poliza de la vacuna con el fin de proporcionar salud preventiva óptima para nuestros pacientes y un entorno de oficina saludable para nuestros pacientes más vulnerables. Nuestra poliza es que cada uno de nuestros pacientes deben recibir las vacunas recomendadas en el calendario publicado por la Academia Americana de Pediatría y sus agencias afiliadas. Las excepciones a esta programación, rara vez son apropiadas, pero pueden ser consideradas necesarios por su proveedor.

Yo reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo en cumplir la Poliza de Vacunación de Harvest Pediatrics. Al hacer esto voy a mantener las vacunas de mi hijo/a al día siguiendo la agenda recomendada por el **AAP** y **ACIP**.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_ # de cuenta: \_\_\_\_\_

### Cuestionario Inicial Historial de Paciente Nuevo

NOMBRE: \_\_\_\_\_

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

Forma completada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Informacion Domestica

Nombre	Relacion	Fecha de Nacimiento	Problemas de Salud

Hay hermanos que no han sido anotados ? Cuales son los nombres y donde viven. Si uno o los dos padres no viven en casa, que tan frecuente el/ella ven a los padres ? \_\_\_\_\_

#### Historial de Nacimiento

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Vaginal o Cesaria? Si fue Cesaria, Porque? \_\_\_\_\_

Su bebe nacio despues de 39 semanas? \_\_\_\_\_ Prematuro, porque? \_\_\_\_\_  Si  No

Alguna enfermedad o Problemas con el embarazo? Cuantas semanas de gestacion? \_\_\_\_\_  No  Si

Durante el embarazo la madre fumaba, tomaba alcohol o usaba drogas? \_\_\_\_\_  No  Si

Estaba la madre en algun medicamento durante el embarazo? \_\_\_\_\_  No  Si

Algun problema con su bebe en cuanto nacio? Cuales fueron? \_\_\_\_\_  No  Si

Alimento Inicial :  Pecho  Formula?

Su bebe se fue a casa del hospital con la madre? \_\_\_\_\_  Si  No

#### General

Usted considera que su hijo/a esta en buena salud ? Explicar: \_\_\_\_\_  Si  No

Su hijo/a tiene alguna enfermedad o condicion medica ? Explicar: \_\_\_\_\_  No  Si

Su hijo/a tenido alguna lesion seria o accidentes ? Explicar: \_\_\_\_\_  No  Si

Su hijo/a tenido alguna cirujia ? Explicar: \_\_\_\_\_  No  Si

Su hijo/a a sido hospitalizado alguna vez ? Explicar: \_\_\_\_\_  No  Si

Su hijo/a es alergico algun medicamento ? Explicar: \_\_\_\_\_  No  Si

Su hijo/a es alergico alguna comida ? Explicar: \_\_\_\_\_  No  Si

Su hijo/a esta en algun medicamento cronico ? Explicar: \_\_\_\_\_  No  Si

#### Desarrollo

Esta usted preocupado por el desarrollo fisico de su hijo/a ? Explicar: \_\_\_\_\_  No  Si

Esta usted preocupado por el desarrollo mental o emocional de su hijo/a ? Explicar: \_\_\_\_\_  No  Si

Si su hijo/a esta en la escuela:

Como esta el comportamiento de el/ella en la escuela? \_\_\_\_\_

El/Ella a repetido o faltado a algun grado en la escuela ? Explicar: \_\_\_\_\_  No  Si

Como esta el/ella realizado academicamente ? \_\_\_\_\_

El/Ella esta en alguna clase especial ? Explicar: \_\_\_\_\_  No  Si

## HISTORIAL FAMILIAR DE NUEVO PACIENTE

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

Algun Familiar a tenido lo siguiente?	NO	SI	Quien?
Ensordecer			
Alergias Nasal			
Asma			
Tuberculosis			
Enfermedad del Corazon (antes de los 50 anos)			
Presion Alta (antes de los 50 anos)			
Colesterol alto			
Anemia			
Desorden de hemorragia			
Enfermedad del Hgado			
Enfermedad de los Rinones			
Diabetes (antes de los 50 anos)			
Orinar en cama (despues de los 10 anos)			
Epilepsia / Convulsiones			
Abuso de Alcohol			
Abuso de Drogas			
Enfermedad Mental			
Retraso Mental			
Immunodeficiencia, VIH Sida			
Historial Familiar Adicional			
Historial Pasado de Paciente Nuevo - Su hijo/a alguna vez a tenido:			
Varicela			
Infecciones de oido frecuente			
Alergias/Nasal			
Problemas de ojos/vision			
Asma / Bronchiolitis			
Pulmonia			
Problemos del Corazon / Soplo de Corazon			
Anemia o problemas de hemorragia			
Transfusiones de Sangre			
Dolores Abdominales Frecuentes			
Estrenimiento que requiera visita de Doctor			
Infecciones de Vejiga / Rinones			
Orinar de cama (despues de los 5 anos)			
Ella ha empesado con Periodos Menstruales			
Problemas cronicos / reccurentes de la piel			
Dolores de Cabesa frecuentes			
Problemas de Convulsiones / Neurologicos			
Diabetes / Problemas de Tiroides			
Uso de Alcohol o drogas			
Algun otro problema signficante?			