**REGISTRACION**

Nombre de la persona llenando este formulario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el paciente\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Si usted no es el padre o guardián legal del paciente por favor informe al padre o guardián que necesita estar presente para firmar documentos legales.

1. **INFORMACION DEL PACIENTE (**Use el nombre en el acta de nacimiento o tarjeta medica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Apellido del niño/niña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Nombre del niño/niña\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo (circule uno) NINO/NINA/Desconocido

Segundo Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Seguro Social(SSN)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_APTO #\_\_\_\_\_\_ Problemas de custodia? SI/No Explicar

Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CódigoPostal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Raza(s)/ Identidad(es) étnicas (s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idiomas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **INFORMACION DE CONTACTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Teléfono #1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Circule uno)Celular/Casa/Trabajo Mama Papa Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maryland Healthy Kids Program Cuestionario de Historial Médico Familiar Updated: 4/06 Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento: Sexo: M F (circule) Persona que llenó el Formulario: Fecha de Hoy: Relación con el Paciente:: HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER HISTORIAL PSICOSOCIAL Nombre del Hospital: Enfermedades durante el embarazo No ☐ Si☐ Medicamentos durante embarazo No ☐ Si☐ Abuso de Alcohol o drogas No ☐ Si☐ Problemas al Nacer No ☐ Si☐ Describa: Tipo de Parto ☐ Vaginal ☐ Cesárea Peso al Nacer Peso al darle de alta\_\_\_\_\_\_\_ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No☐ Si ☐ Fecha de la vacuna de Hepatitis B: Examen Auditivo para recién nacidos No ☐ Si ☐ ¿Quién vive en el hogar? ¿Cuántas personas viven en el hogar? ☐ Alquilan ☐ casa propia ☐ refugio ¿Quién cuida el niño/a? \_\_\_ Fecha de Nacimiento Madre \_\_\_\_\_ Padre Trabajan los Padres Madre No ☐ Si ☐ Padre No ☐ Si ☐ Hogar Sustituto Fecha: ¿Qué otro idiomas se hablan en la casa? HISTORIAL FAMILIAR HISTORIAL DE SALUD Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alguna vez su niño/a ha tenido: Alergias (a qué) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asma TB/Enfermedad del Pulmón VIH/SIDA Intentos Suicidas/Problemas Mentales Enfermedad del Corazón Presión alta/Derrame Colesterol Alto Desórdenes de la Sangre/”Sickle Cell” Diabetes Convulsiones Alergias/Asma Desórdenes Mentales Cáncer Defectos de Nacimiento Pérdida de Audición Problemas de habla Enfermedades Renales Abuso de Alcohol/ Droga Hepatitis/Enfermedad del Hígado Enfermedad de la Tiroide Problemas de Aprendizaje/ Déficit de Atención (“ADD”) Violencia Doméstica Otras:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ ¿Quién? Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ SI ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Alergias (a qué)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asma Varicela (año) \_\_\_ Infecciones frecuentes de oído Problemas de Audición/Infecciones de la Vista Problemas de la Piel/Eczema Asma/Alergias TB/Enfermedad del Pulmón Convulsiones/Epilepsia Hipertensión/Presión Alta Enfermedad del Corazón/Defectos Hepatitis/Enfermedad del Hígado Diabetes Enfermedades del Riñón/Vejiga Problemas Físicos o de Aprendizaje Desórdenes de la Sangre/Hemofilia Enfermedades Transmitidas Sexualmente Problemas Emocionales o de Comportamiento Depresión/Pensamientos Suicidas Hospitalizaciones/Cirugías Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual Problemas en las Coyunturas/Huesos Obesidad/Trastornos Alimenticios Otras: Lista de Medicamento/s que toma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐

Maryland Healthy Kids Program Cuestionario de Historial Médico Familiar Updated: 4/06 Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento: Sexo: M F (circule) Persona que llenó el Formulario: Fecha de Hoy: Relación con el Paciente:: HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER HISTORIAL PSICOSOCIAL Nombre del Hospital: Enfermedades durante el embarazo No ☐ Si☐ Medicamentos durante embarazo No ☐ Si☐ Abuso de Alcohol o drogas No ☐ Si☐ Problemas al Nacer No ☐ Si☐ Describa: Tipo de Parto ☐ Vaginal ☐ Cesárea Peso al Nacer Peso al darle de alta\_\_\_\_\_\_\_ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No☐ Si ☐ Fecha de la vacuna de Hepatitis B: Examen Auditivo para recién nacidos No ☐ Si ☐ ¿Quién vive en el hogar? ¿Cuántas personas viven en el hogar? ☐ Alquilan ☐ casa propia ☐ refugio ¿Quién cuida el niño/a? \_\_\_ Fecha de Nacimiento Madre \_\_\_\_\_ Padre Trabajan los Padres Madre No ☐ Si ☐ Padre No ☐ Si ☐ Hogar Sustituto Fecha: ¿Qué otro idiomas se hablan en la casa? HISTORIAL FAMILIAR HISTORIAL DE SALUD Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alguna vez su niño/a ha tenido: Alergias (a qué) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asma TB/Enfermedad del Pulmón VIH/SIDA Intentos Suicidas/Problemas Mentales Enfermedad del Corazón Presión alta/Derrame Colesterol Alto Desórdenes de la Sangre/”Sickle Cell” Diabetes Convulsiones Alergias/Asma Desórdenes Mentales Cáncer Defectos de Nacimiento Pérdida de Audición Problemas de habla Enfermedades Renales Abuso de Alcohol/ Droga Hepatitis/Enfermedad del Hígado Enfermedad de la Tiroide Problemas de Aprendizaje/ Déficit de Atención (“ADD”) Violencia Doméstica Otras:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ ¿Quién? Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ SI ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Alergias (a qué)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asma Varicela (año) \_\_\_ Infecciones frecuentes de oído Problemas de Audición/Infecciones de la Vista Problemas de la Piel/Eczema Asma/Alergias TB/Enfermedad del Pulmón Convulsiones/Epilepsia Hipertensión/Presión Alta Enfermedad del Corazón/Defectos Hepatitis/Enfermedad del Hígado Diabetes Enfermedades del Riñón/Vejiga Problemas Físicos o de Aprendizaje Desórdenes de la Sangre/Hemofilia Enfermedades Transmitidas Sexualmente Problemas Emocionales o de Comportamiento Depresión/Pensamientos Suicidas Hospitalizaciones/Cirugías Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual Problemas en las Coyunturas/Huesos Obesidad/Trastornos Alimenticios Otras: Lista de Medicamento/s que toma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐

Teléfono #2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Circule uno)Celular/Casa/Trabajo Mama Papa Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maryland Healthy Kids Program Cuestionario de Historial Médico Familiar Updated: 4/06 Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento: Sexo: M F (circule) Persona que llenó el Formulario: Fecha de Hoy: Relación con el Paciente:: HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER HISTORIAL PSICOSOCIAL Nombre del Hospital: Enfermedades durante el embarazo No ☐ Si☐ Medicamentos durante embarazo No ☐ Si☐ Abuso de Alcohol o drogas No ☐ Si☐ Problemas al Nacer No ☐ Si☐ Describa: Tipo de Parto ☐ Vaginal ☐ Cesárea Peso al Nacer Peso al darle de alta\_\_\_\_\_\_\_ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No☐ Si ☐ Fecha de la vacuna de Hepatitis B: Examen Auditivo para recién nacidos No ☐ Si ☐ ¿Quién vive en el hogar? ¿Cuántas personas viven en el hogar? ☐ Alquilan ☐ casa propia ☐ refugio ¿Quién cuida el niño/a? \_\_\_ Fecha de Nacimiento Madre \_\_\_\_\_ Padre Trabajan los Padres Madre No ☐ Si ☐ Padre No ☐ Si ☐ Hogar Sustituto Fecha: ¿Qué otro idiomas se hablan en la casa? HISTORIAL FAMILIAR HISTORIAL DE SALUD Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alguna vez su niño/a ha tenido: Alergias (a qué) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asma TB/Enfermedad del Pulmón VIH/SIDA Intentos Suicidas/Problemas Mentales Enfermedad del Corazón Presión alta/Derrame Colesterol Alto Desórdenes de la Sangre/”Sickle Cell” Diabetes Convulsiones Alergias/Asma Desórdenes Mentales Cáncer Defectos de Nacimiento Pérdida de Audición Problemas de habla Enfermedades Renales Abuso de Alcohol/ Droga Hepatitis/Enfermedad del Hígado Enfermedad de la Tiroide Problemas de Aprendizaje/ Déficit de Atención (“ADD”) Violencia Doméstica Otras:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ ¿Quién? Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ SI ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Alergias (a qué)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asma Varicela (año) \_\_\_ Infecciones frecuentes de oído Problemas de Audición/Infecciones de la Vista Problemas de la Piel/Eczema Asma/Alergias TB/Enfermedad del Pulmón Convulsiones/Epilepsia Hipertensión/Presión Alta Enfermedad del Corazón/Defectos Hepatitis/Enfermedad del Hígado Diabetes Enfermedades del Riñón/Vejiga Problemas Físicos o de Aprendizaje Desórdenes de la Sangre/Hemofilia Enfermedades Transmitidas Sexualmente Problemas Emocionales o de Comportamiento Depresión/Pensamientos Suicidas Hospitalizaciones/Cirugías Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual Problemas en las Coyunturas/Huesos Obesidad/Trastornos Alimenticios Otras: Lista de Medicamento/s que toma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐

Maryland Healthy Kids Program Cuestionario de Historial Médico Familiar Updated: 4/06 Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento: Sexo: M F (circule) Persona que llenó el Formulario: Fecha de Hoy: Relación con el Paciente:: HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER HISTORIAL PSICOSOCIAL Nombre del Hospital: Enfermedades durante el embarazo No ☐ Si☐ Medicamentos durante embarazo No ☐ Si☐ Abuso de Alcohol o drogas No ☐ Si☐ Problemas al Nacer No ☐ Si☐ Describa: Tipo de Parto ☐ Vaginal ☐ Cesárea Peso al Nacer Peso al darle de alta\_\_\_\_\_\_\_ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No☐ Si ☐ Fecha de la vacuna de Hepatitis B: Examen Auditivo para recién nacidos No ☐ Si ☐ ¿Quién vive en el hogar? ¿Cuántas personas viven en el hogar? ☐ Alquilan ☐ casa propia ☐ refugio ¿Quién cuida el niño/a? \_\_\_ Fecha de Nacimiento Madre \_\_\_\_\_ Padre Trabajan los Padres Madre No ☐ Si ☐ Padre No ☐ Si ☐ Hogar Sustituto Fecha: ¿Qué otro idiomas se hablan en la casa? HISTORIAL FAMILIAR HISTORIAL DE SALUD Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alguna vez su niño/a ha tenido: Alergias (a qué) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asma TB/Enfermedad del Pulmón VIH/SIDA Intentos Suicidas/Problemas Mentales Enfermedad del Corazón Presión alta/Derrame Colesterol Alto Desórdenes de la Sangre/”Sickle Cell” Diabetes Convulsiones Alergias/Asma Desórdenes Mentales Cáncer Defectos de Nacimiento Pérdida de Audición Problemas de habla Enfermedades Renales Abuso de Alcohol/ Droga Hepatitis/Enfermedad del Hígado Enfermedad de la Tiroide Problemas de Aprendizaje/ Déficit de Atención (“ADD”) Violencia Doméstica Otras:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ ¿Quién? Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ SI ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Alergias (a qué)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asma Varicela (año) \_\_\_ Infecciones frecuentes de oído Problemas de Audición/Infecciones de la Vista Problemas de la Piel/Eczema Asma/Alergias TB/Enfermedad del Pulmón Convulsiones/Epilepsia Hipertensión/Presión Alta Enfermedad del Corazón/Defectos Hepatitis/Enfermedad del Hígado Diabetes Enfermedades del Riñón/Vejiga Problemas Físicos o de Aprendizaje Desórdenes de la Sangre/Hemofilia Enfermedades Transmitidas Sexualmente Problemas Emocionales o de Comportamiento Depresión/Pensamientos Suicidas Hospitalizaciones/Cirugías Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual Problemas en las Coyunturas/Huesos Obesidad/Trastornos Alimenticios Otras: Lista de Medicamento/s que toma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐

Teléfono #3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Circule uno)Celular/Casa/Trabajo Mama Papa Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maryland Healthy Kids Program Cuestionario de Historial Médico Familiar Updated: 4/06 Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento: Sexo: M F (circule) Persona que llenó el Formulario: Fecha de Hoy: Relación con el Paciente:: HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER HISTORIAL PSICOSOCIAL Nombre del Hospital: Enfermedades durante el embarazo No ☐ Si☐ Medicamentos durante embarazo No ☐ Si☐ Abuso de Alcohol o drogas No ☐ Si☐ Problemas al Nacer No ☐ Si☐ Describa: Tipo de Parto ☐ Vaginal ☐ Cesárea Peso al Nacer Peso al darle de alta\_\_\_\_\_\_\_ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No☐ Si ☐ Fecha de la vacuna de Hepatitis B: Examen Auditivo para recién nacidos No ☐ Si ☐ ¿Quién vive en el hogar? ¿Cuántas personas viven en el hogar? ☐ Alquilan ☐ casa propia ☐ refugio ¿Quién cuida el niño/a? \_\_\_ Fecha de Nacimiento Madre \_\_\_\_\_ Padre Trabajan los Padres Madre No ☐ Si ☐ Padre No ☐ Si ☐ Hogar Sustituto Fecha: ¿Qué otro idiomas se hablan en la casa? HISTORIAL FAMILIAR HISTORIAL DE SALUD Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alguna vez su niño/a ha tenido: Alergias (a qué) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asma TB/Enfermedad del Pulmón VIH/SIDA Intentos Suicidas/Problemas Mentales Enfermedad del Corazón Presión alta/Derrame Colesterol Alto Desórdenes de la Sangre/”Sickle Cell” Diabetes Convulsiones Alergias/Asma Desórdenes Mentales Cáncer Defectos de Nacimiento Pérdida de Audición Problemas de habla Enfermedades Renales Abuso de Alcohol/ Droga Hepatitis/Enfermedad del Hígado Enfermedad de la Tiroide Problemas de Aprendizaje/ Déficit de Atención (“ADD”) Violencia Doméstica Otras:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ ¿Quién? Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ SI ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Alergias (a qué)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asma Varicela (año) \_\_\_ Infecciones frecuentes de oído Problemas de Audición/Infecciones de la Vista Problemas de la Piel/Eczema Asma/Alergias TB/Enfermedad del Pulmón Convulsiones/Epilepsia Hipertensión/Presión Alta Enfermedad del Corazón/Defectos Hepatitis/Enfermedad del Hígado Diabetes Enfermedades del Riñón/Vejiga Problemas Físicos o de Aprendizaje Desórdenes de la Sangre/Hemofilia Enfermedades Transmitidas Sexualmente Problemas Emocionales o de Comportamiento Depresión/Pensamientos Suicidas Hospitalizaciones/Cirugías Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual Problemas en las Coyunturas/Huesos Obesidad/Trastornos Alimenticios Otras: Lista de Medicamento/s que toma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐

Maryland Healthy Kids Program Cuestionario de Historial Médico Familiar Updated: 4/06 Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento: Sexo: M F (circule) Persona que llenó el Formulario: Fecha de Hoy: Relación con el Paciente:: HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER HISTORIAL PSICOSOCIAL Nombre del Hospital: Enfermedades durante el embarazo No ☐ Si☐ Medicamentos durante embarazo No ☐ Si☐ Abuso de Alcohol o drogas No ☐ Si☐ Problemas al Nacer No ☐ Si☐ Describa: Tipo de Parto ☐ Vaginal ☐ Cesárea Peso al Nacer Peso al darle de alta\_\_\_\_\_\_\_ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No☐ Si ☐ Fecha de la vacuna de Hepatitis B: Examen Auditivo para recién nacidos No ☐ Si ☐ ¿Quién vive en el hogar? ¿Cuántas personas viven en el hogar? ☐ Alquilan ☐ casa propia ☐ refugio ¿Quién cuida el niño/a? \_\_\_ Fecha de Nacimiento Madre \_\_\_\_\_ Padre Trabajan los Padres Madre No ☐ Si ☐ Padre No ☐ Si ☐ Hogar Sustituto Fecha: ¿Qué otro idiomas se hablan en la casa? HISTORIAL FAMILIAR HISTORIAL DE SALUD Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alguna vez su niño/a ha tenido: Alergias (a qué) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asma TB/Enfermedad del Pulmón VIH/SIDA Intentos Suicidas/Problemas Mentales Enfermedad del Corazón Presión alta/Derrame Colesterol Alto Desórdenes de la Sangre/”Sickle Cell” Diabetes Convulsiones Alergias/Asma Desórdenes Mentales Cáncer Defectos de Nacimiento Pérdida de Audición Problemas de habla Enfermedades Renales Abuso de Alcohol/ Droga Hepatitis/Enfermedad del Hígado Enfermedad de la Tiroide Problemas de Aprendizaje/ Déficit de Atención (“ADD”) Violencia Doméstica Otras:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ ¿Quién? Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ SI ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Si ☐\_\_\_\_\_\_ Alergias (a qué)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asma Varicela (año) \_\_\_ Infecciones frecuentes de oído Problemas de Audición/Infecciones de la Vista Problemas de la Piel/Eczema Asma/Alergias TB/Enfermedad del Pulmón Convulsiones/Epilepsia Hipertensión/Presión Alta Enfermedad del Corazón/Defectos Hepatitis/Enfermedad del Hígado Diabetes Enfermedades del Riñón/Vejiga Problemas Físicos o de Aprendizaje Desórdenes de la Sangre/Hemofilia Enfermedades Transmitidas Sexualmente Problemas Emocionales o de Comportamiento Depresión/Pensamientos Suicidas Hospitalizaciones/Cirugías Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual Problemas en las Coyunturas/Huesos Obesidad/Trastornos Alimenticios Otras: Lista de Medicamento/s que toma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐

* **INFORMACION DEL PADRE /GUARDIAN #1**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Guardian legal? SI/ NO

Dirección (Si diferente del niño)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono (Si diferente del niño)\_\_\_\_\_\_\_

Empleador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estudia tiempo completo SI/ NO

Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Responsable financieramente SI/ NO

Autorizado para traer el paciente a la oficina, discutir información medica y tomar decisiones medicas? SI/ NO

* **INFORMACION DEL PADRE /GUARDIAN #2 No hay otro padre o guardián legal**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Guardian legal? SI/ NO

Dirección (Si diferente del niño)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono (Si diferente del niño)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estudia tiempo completo SI/ NO

Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Responsable financieramente SI/ NO

Autorizado para traer el paciente a la oficina, discutir información medica y tomar decisiones medicas? SI/ NO

* **INFORMACION DEL PADRE /GUARDIAN #3 o contacto de emergencia. No hay otro padre o guardian legal**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Guardian legal? SI/ NO

Dirección (Si diferente del niño)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono (Si diferente del niño)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estudia tiempo complete SI/ NO

Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Responsable financieramente SI/ NO

Autorizado para traer el paciente a la oficina, discutir información médica y tomar decisiones medicas? SI/ NO

* **INFORMACION DEL PADRE /GUARDIAN #4 o contacto de emergencia. No hay otro padre o guardian legal**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Guardian legal? SI/ NO

Dirección (Si diferente del niño)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono (Si diferente del niño)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estudia tiempo complete SI/ NO

Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Responsable financieramente SI/ NO

Autorizado para traer el paciente a la oficina, discutir información médica y tomar decisiones medicas? SI/ NO

1. **SEGURO MEDICO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para RECIEN NACIDOS o bebes menos de 28 días. Si planea incluir a su bebe bajo su plan médico, los recién nacidos son cubiertos bajo el nombre de la madre los primeros 30 días de vida.

La madre tiene MEDICAID? SI/ NO Numero de MEDICAID (Tarjeta roja y blanca)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Seguro de la madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero “Subscriber”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su niño tiene Seguro médico? SI/ NO Ha comenzado el proceso de aplicación para Medicaid? SI/NO

Su niño tiene Medicaid? SI/ NO\* Numero de MEDICAID (tarjeta roja y blanca)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Respuesta es No seguir a la parte C1

Nombre del Seguro del Nino/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Subscriber #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta su niño/a cubierto por cualquier otro Seguro (Seguro privado por un trabajo, padre, etc.? SI/NO

POR FAVOR NOTAR: De acuerdo a Maryland Medicaid: “ Si usted tiene otro Seguro médico, este Seguro tiene que pagar primero por servicios cubiertos antes que pague Medicaid”. Aun si usted no declara otro Seguro, Medicaid puede descubrir si su niño tiene otro Seguro. En este caso, Medicaid no pagara hasta que el otro Seguro sea cobrado y/ o quitara pagos para visitas pasadas hasta que el otro Seguro sea cobrado. Si usted falla en declarar otro Seguro usted será responsable por la cuenta de su hijo/a.

**C1. SEGURO PRIVADO (Si no hay otro Seguro, seguir a la parte D)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del Seguro privado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Subscriber #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona Inscrita

(persona que se inscribió en el plan) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (de persona inscrita)\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ SSN del inscrito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del Seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de Otro Seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Subscriber #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona Inscrita

(persona que se inscribió en el plan) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (de persona inscrita)\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ SSN del inscrito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del Seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. FARMACIA PREFERIDA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Farmacia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de la Farmacia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad/Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. CONSENTIMIENTO Y CONTRATO VINCULANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

He aquí doy consentimiento para el uso y la revelación de la Información de Salud Pública (ISP) y la Información de Salud Individualmente Identificable (ISII) de mi hijo/hija para pagos, tratamiento y otras operaciones de cuidados de salud, de acuerdo al Acta de Contabilidad y Portabilidad de Seguro Médico de 1996, efectivo el 13 de abril de 2003. YO ENTIENDO QUE SOY REPONSABLE POR CUALQUIER CARGO NO CUBIERTO O DECLARADO “RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE” POR MI SEGURO MEDICO Y ACEPTO PAGAR EL BALANCE QUE YO DEBO.

Firma del Padre/Guardián\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardian\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**POLIZA FINANCIERA**

Su salud es extremamente importante para nosotros. Estamos dedicados a proveerle la mejor calidad de cuidado médico posible en una manera rentable. Estamos dispuestos a discutir alguna pregunta que usted tenga acerca de su cuenta financiera.

**PAGO A LA HORA DE SERVICIO**

* Su pago (co-pagos, coseguro, y deducibles, etc.) completo se debe a la hora de servicio. Si usted no tiene seguro, por favor venga preparado para pagar su cita en completo.
* Como una cortesía hacia nuestros pacientes, aceptamos dinero en efectivo, *Visa, MasterCard, American Express, money order, y cheques personales*.
* No aceptamos cheques más de $20.
* Fallo en pagar su cuenta puede resultar en despido del consultorio.

**DEJENOS SABER DE CUALQUIER CAMBIO**

* Traiga su tarjeta de seguro más vigente a cada cita médica.
* Por favor déjenos saber de cualquier cambio en su seguro médico, dirección, número de teléfono, farmacia preferida, etc.
* Si el seguro médico que usted indica es incorrecto, usted es responsable por su balance.

**MEDICAID**

* Si usted tiene Medicaid y no indica que también está cubierto por otro seguro médico, Medicaid rehusará pagar por servicios. En este caso, usted es responsable por la visita(s).
* Si su hijo/a esta cubierto por cualquier otro seguro médico, por ley federal, esa póliza es considerada la póliza primaria y tiene que ser cobrada antes de cobrar a Medicaid. Medicaid es considerado seguro secundario y solo será cobrado después que su seguro primario haya procesado el cobro.

**SEGURO SECUNDARIO** *Seguro adicional que puede cubrir algunos cargos no cubiertos por seguro primario*

* “Regla de Cumpleaños” – En casos cuando un menor de edad está cubierto por dos pólizas privadas, la póliza del padre o guardián cual cumple años primero en el calendario de cada año es indicado el seguro primario, de acuerdo a la Asociación Nacional de Comisionados de Seguro.

**COBROS \****No se aplica a Medicaid*

* Si su cheque es regresado por fondos insuficientes, usted es responsable por cargos de cheques regresados.
* Habrá un cobro de $35 por cada cheque regresado.
* Si usted no se ha presentado 15 minutos después del tiempo de su cita, su cita será marcada *No Presentó*. Fallo en llegar a tiempo de su cita resultara en un cargo de $25.\*
* Se requieren 24 horas de aviso para cancelar o cambiar su cita. Fallar en dar 24 horas de aviso resultara in un cargo de $25.\*
* Todos co-pagos se deben a la hora de servicio. Un cargo adicional de $10 será aplicado a co-pagos no recibidos a la hora de servicio. Si el co-pago es recibido por nuestra oficina antes de 5 pm en el día de servicio, el cargo de $10 no será aplicado.
* Habrá un cargo de $5 por cada formulario escolar u otro formulario similar. Habrá un cargo de $15 para copias de historiales medicos.\*
* Se requieren 2 días de negocio para completar formularios. Se requieren 2 semanas por copias de historiales médicos.

**PACIENTES MENORES DE EDAD**

* Para cumplir con reglamentos de privacidad, no podemos discutir detalles de servicios proveídos ni cuentas detalladas con partes que no son el paciente u otro adulto autorizado.
* Padres/guardianes legales son responsables por pago de servicios proveídos al paciente menor de edad.

**COLECCIONES Y CUENTAS PENDIENTES**

* Cualquier cuenta pendiente más de 60 días del día de servicio podrá ser referida a una agencia de colecciones externa. Cuentas referidas a una agencia de colecciones podrán ser sujetas a un cargo de 25% añadido a la cuenta original.

**PLAN DE PAGOS**

* Estamos dispuestos a colaborar con usted para coordinar pagos hacia cualquier cuenta que usted tenga con nuestra oficina.
* Por favor contactar nuestro departamento de facturación para coordinar un plan de pagos.
* Por favor dar 7 días de negocio para que su pago enviado por correo sea recibido y aplicado a su cuenta.

Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guardián \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARK PEDIATRICS**

**INFORMACION SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**.

Yo entiendo que, bajo la Health Insurance Portability Act of 1996 (HIPPA), Yo tengo ciertos derechos sobre la privacidad de mi Informacion de Salud Individual reconocible (IIHI siglas en Ingles)

Yo entiendo que esta informacion puede ser usada para:

* Tratamiento
* Pago por tratamiento o servicios.
* Operaciones de cuidados de Salud.
* Citas/ Llamadas de seguimiento.
* Coordinacion de cuidados de salud con profesionales involucrados en el cuidado de su hijo/os.

Yo entiendo que la informacion personal de salud de mis hijos o mia puede ser compartida con otras personas si:

* Requerido por una orden de corte, requerido por ley o organizaciones de salud publica.
* Asistir en la prevencion o control de enfermedades, discapacidades o lesiones de importancia en salud publica.
* Asistir en amenazas de salud o seguridad de usted, o cualquier otra persona o el publico.
* Asisitir en donacion de tejidos/organos si su hijo es un donador de organos.
* Para propositos de investigaciones aprobadas; informacion de pacientes solamente sera liberada con su permiso.
* Requerido por oficiales federales en situaciones de seguridad publica.
* Recomendacion de posibles tratamientos alternativos.
* Cumpliendo para casos de Compensacion de Trabajadores.

Yo entiendo que tengo derecho a:

* Solicitar una restriccion en el uso y revelacion de los records medicos de mi hijo/a.
* Solicitar una inspeccion u obtener una copia de los records medicos de mi hijo/a.
* Solicitar corregir informacion en los records medicos de mi hijo/a.
* Solicitar comunicación confidencial.
* Recibir una copia de esta informacion.

Park Pediatrics no recibira ningun pago u otra compensacion de una tercera persona/organizacion por el intercambio de uso o revelar la Informacion de Practicas de Privacidad.

Yo no tengo que firmar esta autorizacion en orden de recibir tratamiento en Park Pediatrics. Conozco que tengo derecho a rehusar firmar esta autorizacion. He leido y entendido la version completa de Informacion sobre Practica de Privacidad. Cuando mi información se usa o divulga de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estara protegida por el Reglamento Federal de Privacidad HIPPA. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito excepto en la medida en que Park Pediatrics haya actuado basándose en esta autorización. Mi revocación escrita debe ser sometida a Park Pediatrics a: Park Pediatrics, 7610 Carroll Avenue, Suite 400, Takoma Park, MD, 20912.

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

Relacion con el paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Para uso de la Oficina:

Yo intente obtener la firma para reconocimiento de esta Informacion sobre Practica de Privacidad pero no fue posible por lo tanto, lo documento.

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iniciales:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Motivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARK PEDIATRICS**

**Single Consent to View, Request and Share Medical Information with Children’s IQ Network Providers and Other Providers Treating my Child.**

**INTRODUCTION**

**TAKOMA PARK PEDIATRICS,** has elected to participate in the Children’s National Medical Center’s IQ Network as part of our commimtment to improve the quality and the coordination of medical care for the children we serve. This innovative program is the first in the country to provide real-time coordination of care via an electronic medical record between your child’s primary care pediatrician at Takoma Park Pediatrics and one of the country’s leading children’s hospitals.

Additionally, we need your permission to request any medical information from any medical facility or provider that has treated your child to ensure continuity of care at Takoma Park Pediatrics. For example, if you bring your child to our office for follow-up for an emergency room visit, we can quickly send a request to the hospital’s emergency department for those records with your signature on file.

This SINGLE CONSENT will allow us to quickly access critical information about your child from his/her medical record before beginning treatment. This should dramatically reduce the chance of medical errors including adverse drug interactions or allergic reactions.

Any of your child’s protected health information that is shared or received with CIQN providers is encrypted (encoded) **an can be accessed only by health care proviers who are caring for your child and have a need to know.**

As TAKOMA PARK PEDIATRICS is a pat of the Children’s IQ Network, this written SINGLE CONSENT will allow the sharing of information with any provider withing the IQ Network and will allow TAKOMA PARK PEDIATRICS to request necessary medical records from other providers whom you have elected to be involved in the tratment of your child. You do have the option to opt out of SINGLE CONSENT. If you choose to opt out, you will need to sign a separate consent form each and every time your child needs to be seen by another member of the Children’s IQ Network other than those at TAKOMA PARK PEDIATRICS or anytime any medical records from another provider are needed to treat your child.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**PATIENT RIGHTS:** I have received a copy of the Children’s IQ Network (CIQN) Information Sheet. I understand that patient information will still be store electronically for my provider’s records, and that an electronic health summary will be available to other providers through the CIQN. I understand that any medical records needed for the care and treatment of my child will be requested as needed from other providers that have treated my child. I also understand that I have the right to not share (opt out) health information with other providers within the CIQN.

**PROTECTED DISCLOSURE OF INFORMATION:** I understand that Children’s and Takoma Park Pediatrics comply will all federal and local regulations including the Health Insurance Portability and Accountability Act; and that this Consent includes my agreement that Children’s and Takoma Park Pediatrics can use private health information for treatment of my child as defined in the Notice of Private Practices. I agree to Children’s use of de-identified health information about my child for appropriately reviewed and approved research and quality improvement activities.

Patient Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date of Birth\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature of Parent/Legal Guardian/Patient 18 years or age or older\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Póliza de servicios en horas extendidas para seguros comerciales.**

**Estimados Padres/Guardianes:**

Park Pediatrics está comprometido a proveer cuidados de calidad. Orgullosamente hemos estado ofreciendo nuestros servicios en horas extendidas de oficina, durante la mañana, la tarde y fines de semana como cortesía para nuestros pacientes. Debido al costo agregado de mantener nuestra oficina abierta por horas extendidas, hemos confiado en las compañías de seguro para cubrir los costos del servicio, lo cual ofrece conveniencia a los pacientes y ahorra a las compañías de seguro de pagar por las costosas visitas a la sala de emergencia. Sin embargo, algunas compañías de seguro están rechazando pagar por este servicio o están aplicando estos cargos a la responsabilidad del paciente.

Nosotros en Park Pediatrics queremos continuar ofreciendo cuidados de calidad a nuestros pacientes, siendo capaces de proveer estos servicios en horas extendidas. En un esfuerzo para continuar brindando estos servicios, y evitar el costo-cambio de un grupo de pacientes a otros, estamos implementando un cobro fijo de $15.00 por este servicio. Este cobro solo será aplicado si su seguro niega o no paga por este servicio. El cobro es separado y extra de cualquier co pay, co insurance o deducibles de los cuales usted puede ser responsable según su seguro.

Si a usted le gustaría ser visto en nuestras oficinas durante las horas extendidas de las mañanas, tardes y fines de semana, por favor firme esta póliza. Si usted escoge no ser cargado por estos servicios, por favor realice su visita durante nuestras horas regulares de oficina Lunes a Viernes de 9 am a 5 pm, chequeando disponibilidad.

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

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

Yo, (Padres/Guardian) he leído y entendido la póliza de Park Pediatrics en los cobros de horas extendidas. Autorizo a Park Pediatrics para atender a mi hijo/a para cuidados durante sus horas extendidas. Entiendo y reconozco que seré cobrado $15.00 por esos servicios en el caso que mi seguro niegue o no cubra esos servicios. También entiendo que esos cargos son separados y extras a cualquier co –pay, co-insurance, o deducibles de los cuales yo pueda ser responsable.

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

 Firma del Padre o Guardian

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

 Nombre del Padre o Guardian

\*Gracias por escoger Park Pediatrics como el Proveedor Primario de Salud para su hijo\*