

Clínica de Atención Primaria
Datos demográficos de pacientes de pediatría

Nombre del paciente _____ Otros nombres o apodos: _____

Sexo: Hombre Mujer Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Ciudad Estado Código postal

Raza: Blanca Negra/afroamericana Nativo americano/Nativo de Alaska Asiático Hawaiano nativo/isleño del Pacífico La desconozco No deseo reportarla

Origen étnico: Hispano o latino No hispano ni latino No sé No deseo reportarlo

PADRE/GUARDIÁN LEGAL

Nombre del padre o guardián legal: _____ RESPONSABLE DE PAGAR
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ No. de seguro social: _____ - _____ - _____

Dirección postal: _____

Ciudad Estado Código postal

No. de teléfono residencial (____) ____ - ____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

No. de celular (____) ____ - ____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Empleador: _____ Dirección del empleador: _____

No. de teléfono de su trabajo (____) ____ - ____

Nombre del padre o guardián legal: _____ RESPONSABLE DE PAGAR
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ No. de seguro social: _____ - _____ - _____

Dirección postal: _____

Ciudad Estado Código postal

No. de teléfono residencial (____) ____ - ____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

No. de celular (____) ____ - ____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Empleador: _____ Dirección del empleador: _____

No. de teléfono de su trabajo (____) ____ - ____

INFORMACIÓN DE SU SEGURO MÉDICO

Nombre de su compañía aseguradora principal: _____

Nombre del titular como aparece en la tarjeta: _____

Fecha de nacimiento del titular: ____ / ____ / ____ No. del seguro social del titular: _____ - _____ - _____

Número de póliza: _____ Nombre o número del grupo: _____

Clínica de Atención Primaria
Datos demográficos de pacientes de pediatría

Nombre de su compañía aseguradora secundaria: _____

Nombre del titular como aparece en la tarjeta: _____

Fecha de nacimiento del titular: ____ / ____ / ____ No. del seguro social del titular: ____ - ____ - ____

Número de póliza: _____ Nombre o número del grupo: _____

¿QUIÉN ESTÁ AUTORIZADO A TRAER A SU HIJO A UNA CITA EN NUESTRA OFICINA APARTE DE SU PADRE/GUARDIÁN LEGAL?
Entiendo que si el estatus de la información que se encuentra a continuación cambia, es mi responsabilidad informar a los miembros de la clínica.

Nombre: _____ Nombre: _____

Parentesco: _____ Parentesco: _____

Autorizo a dejarle un mensaje de voz a esta persona

Autorizo a dejarle un mensaje de voz a esta persona

No. de teléfono de su casa (____) ____ - ____

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

No. de teléfono de su casa (____) ____ - ____

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

No. de celular: (____) ____ - ____

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

No. de celular: (____) ____ - ____

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

CONTACTO DE EMERGENCIA/SI NO HA SIDO NOMBRADO ANTERIORMENTE

Nombre: _____ Parentesco: _____

No. de teléfono residencial (____) ____ - ____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

No. de celular (____) ____ - ____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Firma del padre o guardián legal: _____

Nombre del padre o guardián legal: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Antecedentes de salud del paciente: Niño

Sus respuestas en este formulario ayudarán a su equipo de atención a la salud a obtener antecedentes precisos sobre los problemas médicos y enfermedades de su hijo. Por favor complete las tres páginas lo mejor que pueda. Si no puede recordar detalles específicos o si tiene preguntas o inquietudes sobre la información que le solicitamos, hable con su equipo de atención a la salud.

Enfermedades anteriores y actuales: Indique con una X si su hijo ha tenido los siguientes:

ENFERMEDAD CUTÁNEA		NEUROLÓGICO	
Eccema/Psoriasis		Migraña o dolores de cabeza	
OJOS/OÍDOS		Retraso en el desarrollo	
Ceguera		Discapacidad de aprendizaje	
Pérdida de audición		Convulsión	
RESPIRATORIO		Lesión cerebral traumática/conmoción	
Asma		GASTROINTESTINAL	
Neumonía		Intestino irritable/colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn	
CARDIOVASCULAR		OSTEOMUSCULAR	
Hipertensión		Traumatismos de espalda/cervicales	
Colesterol alto		Artritis	
Cardiopatía		Urinario/Renal	
Soplo cardíaco		Infecciones frecuentes de las vías urinarias	
ENDOCRINOLOGÍA		Cálculos renales	
Diabetes tipo 1		Enfermedad renal crónica	
Diabetes tipo 2		EMOCIONAL/CONDUCTUAL	
		Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	
TRASTORNOS SANGUÍNEOS		Depresión	
Anemia		Consumo de alcohol o drogas	
Sangrado/problemas de coagulación		OTRO:	
		Problemas de tiroides	

Medicamentos actuales (incluye medicamentos de venta con receta y de venta libre, complementos, vitaminas y hierbas medicinales)

Nombre del medicamento	Dosis	Veces por día	Motivo	Recetado por

Farmacia preferida: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Alergias:

Fuente: (medicamentos, polen, alimentos, animales, otras)	Tipo de reacción:

Hospitalización y antecedentes quirúrgicos (inclusive psiquiátrica):

El niño estuvo internado en el hospital o se le hizo una cirugía porque:	Fecha	Lugar	¿Debió quedarse hasta el otro día?

Antecedentes familiares: Indique con una X si algún miembro de su familia tiene alguno de los siguientes cuadros clínicos:

Cuadro clínico	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos
Cardiopatía				
Hipertensión arterial				
Cáncer				
Diabetes				
Asma				
Enfermedad mental				
Migraña				
Eccema/Dermatitis atópica				
Muerte súbita antes de los 50 años				
Trastornos genéticos				
Otro				

Mantenimiento de la salud:

	Sí	No
¿Todas las vacunas están al día?		
¿Consulta con el dentista en el último año?		
¿Control de visión en el último año?		
¿Examen del niño sano en el último año?		

Antecedentes del parto: Completar para todos los pacientes hasta los 4 años de edad

	Sí	No
¿La madre biológica tuvo diabetes gestacional o preeclampsia? (marque una opción con un círculo)		
¿La madre biológica tuvo alguna infección/ETS/estreptococo del grupo B/anemia/tratamiento médico distinto del prenatal? (marque con un círculo todo lo que corresponda)		
¿La madre biológica consumió drogas durante el embarazo?		
¿Parto vaginal o cesárea? (marque una opción con un círculo) ¿De nalgas?		
¿Ingresó a la unidad de cuidados intensivos neonatales?		
¿El bebé tuvo que ser hospitalizado después de que la madre salió del hospital?		
Edad gestacional al momento del parto (semanas):	Edad de la madre:	
Peso al nacer:		

Antecedentes conductuales/sociales: Completar para todos los pacientes entre los 2 y los 17 años de edad

	Sí	No	No corresponde
¿Su hijo hace ejercicio con regularidad?			
¿Su hijo está satisfecho con su peso actual?			
¿A su hijo le gusta la escuela?			
¿Su hijo tiene algún problema de aprendizaje?			
¿Su hijo ha tenido alguna suspensión, expulsión o contrato de comportamiento/asistencia de la escuela este año o el año pasado?			
¿Su hijo tiene amigos íntimos con los que puede hablar cuando está agobiado?			
¿Su hijo tiene un trabajo después de la escuela?			
¿Su hijo tuvo alguna vez problemas en el hogar?			
¿Alguna persona lesionó alguna vez a su hijo física, emocional o sexualmente?			
¿Le preocupa que su hijo coma lo suficiente?			
¿Alguna vez ha tenido pistolas o armas en el hogar?			
¿Su hijo ha tenido alguna vez problemas para dormir, depresión o pensamientos suicidas?			
¿Su hijo alguna vez vivió o fue testigo de un hecho traumático?			
¿Su hijo alguna vez tuvo relación con los servicios sociales o estuvo en un hogar de acogida o cuidados fuera del hogar?			
¿Alguna vez asistió a psicoterapia de apoyo/terapia individual, grupal o familiar?			
¿Si hijo tiene poco interés o siente poco placer al hacer cosas?			
¿Su hijo se siente mal consigo mismo?			
¿Su hijo toma alcohol?			
¿Su hijo consume metanfetamina u otras drogas?			
¿Su hijo consume marihuana con fines recreativos?			
¿Su hijo está teniendo algún problema relacionado con su orientación sexual?			
¿Su hijo tiene actividad sexual?			
¿Su hijo usa preservativos u otros métodos anticonceptivos?			
¿Su hijo consume productos derivados del tabaco? (Para fumar, mascar, rapé, otros)			
¿Su hijo usa algún tratamiento holístico o alternativo? (Acupuntura, masajes, remedios naturales, marihuana para uso médico, otros)			