



Lake County Tribal Health Pediatrics



359 Lakeport Boulevard • Lakeport, CA 95453

14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

¡Gracias por elegirnos!

Adjunto encontrará todo lo que necesita para comenzar.

A) Tenemos nueve (9) formularios que necesitamos que complete:

Por favor, complete los nueve (9) formularios y devuélvalos lo antes posible.

1. Formulario de Registro del Paciente
2. Formulario y Autorización para Confirmación de Cita
3. Formulario de Poliza Sobre Citas Perdidas
4. Treatment Authorization for Minors
5. Formulario de Responsabilidad Financiera
6. Formulario de Reconocimiento del Aviso de Normas de Confidencialidad (NPP)
7. Autorización para uso o Divulgación de Información Protegida de Salud
8. Consentimiento de Terceros para el Tratamiento
9. Cuestionario de Antecedentes de Salud Para Pacientes Pediátricos

Cuando termine, por favor devuelva este paquete a cualquiera de nuestras clínicas:

MAINSITE

925 Bevins Court
Lakeport, CA 95453

CLÍNICA DE SOUTHSORE

14440 Olympic Drive
Clearlake, CA 95422

PEDIATRICS

359 Lakeport Blvd.
Lakeport, CA 95453

O envíe los documentos por correo a:

LCTHC / Attn: New Patient Registration
P.O. Box 1950
Lakeport, CA 95453

B) Deberá proporcionar los siguientes documentos antes de programar su primera cita (copias a color de ambos lados si los envía por correo):

- 1) Tarjeta(s) de Seguro
- 2) Licencia de Conducir o Identificación con Foto
(si el paciente es menor de 18 años, proporcione la identificación del padre o tutor)
- 3) Tarjeta de Seguro Social
- 4) Verificación Tribal (si es Nativo Americano/Alaska Nativo)
- 5) Acta de Nacimiento (todos los pacientes menores de 18 años deben presentar una copia certificada)
- 6) Acta de Matrimonio (para cambio de nombre)

C) Por favor, lea y revise el Paquete Informativo de LCTHC

Háganos saber si tiene alguna pregunta.

DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Todos los Nativos Americanos/Alaska Nativos de tribus reconocidas a nivel federal en los Estados Unidos o de una tribu nativa de California son elegibles para servicios directos. Los servicios directos incluyen todos los servicios proporcionados por Lake County Tribal Health / Lake County Tribal Health Pediatrics and Obstetrics que estén disponibles en nuestras instalaciones, a menos que se indique lo contrario.

Las personas no indígenas y los miembros de tribus no reconocidas a nivel federal fuera de California pueden registrarse y son elegibles para servicios, pero se les requerirá que paguen por los servicios con seguro o pueden calificar para nuestra escala de tarifas ajustadas. Los pagos o copagos se deben realizar en el momento del servicio



Lake County Tribal Health Pediatrics



359 Lakeport Boulevard • Lakeport, CA 95453

14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

PEDIATRIC REGISTRATION FORM

MRN

Nombre del Paciente Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Domicilio Residencial _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 ¿Cuándo se mudó a esta dirección? _____ Correo Electrónico *Este no se compartirá* _____
 Domicilio Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono Casa (_____) _____ Trabajo (_____) _____ Celular Mensaje (_____) _____
 ¿Tiene acceso a internet? Sí No
 ¿Dónde? Casa Trabajo Escuela Instalación de Salud Biblioteca Centro Comunitario
 Número de Seguro Social _____ Casado Soltero Divorciado
 Sexo al Nacer Masculino Femenino Identidad de Género _____ Prefiero no decir
 Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento Ciudad _____ Estado _____
 Nombre del Empleador/Escuela _____ Dirección Completa _____
 ¿Cuándo se mudó a este condado? _____ Su farmacia: _____

RAZA Nativo Americano/Nativo de Alaska Tribu _____ Número de Registro # _____
 Blanco Hispano Asiático Filipino Isleño del Pacífico Afroamericano Otro _____
ETNIA Hispano o Latino No Hispano o Latino Desconocido ¿Cuál es su idioma principal? _____
 Nombre Completo del Padre _____ Nombre de Soltera de la Madre _____

CONTACTO(S) DE EMERGENCIA

Nombre _____ Teléfono (_____) _____
 Dirección Completa _____ Relación con el Paciente _____
 Nombre _____ Teléfono (_____) _____
 Dirección Completa _____ Relación con el Paciente _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Elija cuál(es) tiene Seguro Médico Seguro Dental Medicare Medi-Cal
 ¿Es usted veterano de los EE. UU.? Sí No ¿Tiene beneficios médicos del VA? Sí No Rama _____ / _____
 Fecha separada

INFORMACIÓN DE INGRESOS *Esta información confidencial se utiliza para buscar recursos disponibles para nuestros pacientes.*
 ¿Cuántos miembros hay en su familia? _____ Ingreso Mensual _____ Ingreso Anual _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS

Nombre del Guardian Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Dirección de Casa Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono Casa (_____) _____ Trabajo (_____) _____ Celular Mensaje (_____) _____

Autorización para Liberación de Información / Asignación de Beneficios: Lake County Tribal Health tiene mi permiso para liberar información según sea necesario para el procesamiento de seguros y para que mi seguro libere el pago a Lake County Tribal Health.

AUTORIZO EL TRATAMIENTO

_____/_____/_____
 Firma del paciente o tutor Imprima su nombre aquí Fecha

PRESENTAR PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN, VERIFICACIÓN TRIBAL, TARJETAS DE SEGURO

INITIALS OF SCREENER



Lake County Tribal Health Pediatrics



359 Lakeport Boulevard • Lakeport, CA 95453

14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

AUTORIZACIÓN PARA CONFIRMACION DE CITAS

PROPÓSITO DEL FORMULARIO

Este formulario autoriza a LCTHC a enviar confirmaciones de citas, recordatorios y otras comunicaciones relacionadas con mi atención médica utilizando la información de contacto que proporciono a continuación. Esto puede incluir detalles de la cita, como el tipo de servicio, ubicación, hora de la cita, información del proveedor o avisos de reprogramación.

Entiendo que mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés), como el tipo de servicio médico que tengo programado, puede ser comunicada a través de mi método de contacto preferido. Reconozco que soy responsable de mantener la privacidad de mi propio teléfono, correo electrónico y cuentas de mensajería. Entiendo que puedo cambiar o retirar mi consentimiento para estas comunicaciones por escrito en cualquier momento.

MÉTODO(S) PREFERIDO(S) DE CONTACTO

Por favor, indique los métodos por los cuales le gustaría recibir información relacionada a sus citas:

Llamada Telefónica

Número Preferido _____

Mensaje de Texto (SMS)

Número Preferido _____

Nota: Pueden aplicarse tarifas de mensajes de texto según su operador móvil.

Correo Electrónico

Correo Electrónico Preferido _____

RECONOCIMIENTO Y FIRMA

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir recordatorios y notificaciones de citas según mis preferencias indicadas en este formulario.

Nombre del Paciente en Letra de Imprenta _____

Firma _____

Paciente/Padre/Madre

Fecha



Lake County Tribal Health Pediatrics



359 Lakeport Boulevard • Lakeport, CA 95453

14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

POLÍZA SOBRE CITAS PERDIDAS

Queremos agradecerle por elegir Lake County Tribal Health Consortium, Inc. (LCTHC) como su proveedor de salud. Para ofrecerle a usted y a otros pacientes la mejor atención posible, requerimos que siga nuestras directrices con respecto a las citas perdidas. Por favor recuerde, hemos reservado un horario especialmente para usted. LCTHC realiza llamadas de recordatorio como cortesía para su cita. Consideramos que estas citas son su responsabilidad para asistir o cancelar. Sabemos que pueden surgir circunstancias imprevistas; por eso, le pedimos que nos avise con al menos 24 horas de anticipación para reprogramar su cita. De esta manera le podremos ofrecer el horario de su cita a otro paciente que tenga necesidad de cuidado médico. Cuando cancela su cita en el último momento, todos pierden: usted, la clínica y otros pacientes que hubieran podido usar el horario de su cita.

LCTHC no permite citas perdidas. Sin embargo, toleraremos tres (3) citas perdidas en un período de seis meses. Se considera que una cita ha sido perdida si ocurre alguno de los siguientes casos:

1. El paciente no se presenta a la cita programada.
2. El paciente llega más de siete (7) minutos tarde a una cita programada.
3. El paciente llama para cancelar una cita con menos de veinticuatro (24) horas de anticipación.
4. Cualquier paciente que programe una cita para el mismo día y no se presente, después de 3 ausencias de este tipo, no podrá programar más citas, pero deberá llamar a la clínica para consultar sobre disponibilidad para el mismo día en el horario. Si no, deberá llamar para verificar disponibilidad al día siguiente.

Los pacientes que acumulen tres citas perdidas en un período de seis (6) meses no podrán programar citas futuras para atención de rutina por un período de cuatro (4) meses después de la tercera cita perdida. El paciente solo podrá ser atendido como visita del mismo día. Se permitirá tratamiento crítico solo si el paciente viene a la clínica y pasa por un proceso de triage. (El paciente debe presentarse en la clínica para ser evaluado). Además, no se ofrecerán servicios de transporte a ningún paciente que haya sido restringido para hacer citas.

Firma _____
Paciente/Padre

_____ *Fecha*



Lake County Tribal Health Pediatrics



359 Lakeport Boulevard • Lakeport, CA 95453

14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MENORES

Yo / Nosotros, el (los) suscrito(s) padre(s) / persona(s) con la custodia legal o tutela de

Nombre del menor: _____

Fecha de nacimiento (del menor): _____

Autorizo/autorizamos al Lake County Tribal Health Consortium (LCTHC) / Lake County Tribal Health Pediatrics a proporcionar tratamiento médico al menor mencionado anteriormente. Esta autorización incluye el consentimiento para exámenes, tratamientos, diagnóstico médico y/o quirúrgico, prescripción de medicamentos y/o inmunizaciones (según lo requerido por la ley estatal o federal); además, se reconoce que el consentimiento informado para la aplicación de inmunizaciones por parte del LCTHC puede ser revocado por el(los) padre(s) o persona(s) con la custodia legal o tutela, bajo la Ley del Estado de California, en cualquier momento. Sin embargo, dicha revocación debe hacerse por escrito y debe ser recibida y reconocida por LCTHC.

Esta Autorización de Tratamiento permanecerá vigente por un año a partir de esta fecha: _____ hasta que se reciba una notificación escrita de cancelación por parte del(los) abajo firmante(s); hasta que el menor cumpla 18 años de edad; y/o el paciente sea dado de alta del tratamiento en el LCTHC, lo que ocurra primero.

Firma: _____
Padre/madre o tutor legal *Fecha*



Lake County Tribal Health Pediatrics



359 Lakeport Boulevard • Lakeport, CA 95453

14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Lake County Tribal Health sigue las leyes y regulaciones establecidas por el Indian Health Service y el Estado de California. Dependiendo de su estado de facturación, puedes ser financieramente responsable por todo, parte o ninguno de los servicios realizados.

Pacientes Menores de Edad: El padre/madre o guardian de un menor es responsable de pagar el saldo de la cuenta del menor. El pago por el tratamiento de niños menores, incluyendo copagos, deducibles, coseguro o cualquier cargo adicional, debe hacerse al momento del servicio, sin importar qué padre o guardian sea responsable de los gastos médicos. Nuestra polica es cobrar el pago en el momento del servicio a quien traiga al menor a la cita (sea padre, guardian o cuidador). No somos parte de su acuerdo de divorcio o separación. Si un acuerdo de divorcio u orden judicial requiere que el otro padre o guardian pague total o parcialmente los costos del tratamiento, es responsabilidad del padre cobrar al otro padre. Si los conflictos entre padres/guardianes interfieren con los servicios de Lake County Tribal Health, nos reservamos el derecho de negar servicios al paciente y ser dado de alta en la clínica.

Un programa de tarifas ajustadas está disponible si se entrega una solicitud completa con la documentación requerida y el paciente es elegible según las directrices indicadas en la solicitud. Si tiene un saldo pendiente con nuestra clínica, se le pedirá que pague toda su factura antes de proveer más servicios. LCTHC enviará la factura a su compañía de seguro medico como un servicio de cortesía.

Si usted es nativo americano o nativo de Alaska, debe tener verificación de tribal válida y actual en su expediente; de lo contrario, será responsable financieramente por los servicios que se le provean.

POR FAVOR MARCA lo que aplique:

No tengo seguro medico y usaré la escala de tarifas ajustadas si entrego la documentación actual requerida (lleva su declaración de impuestos actual para determinar el descuento).

No tengo seguro medico y pagaré el total de mis servicios.

Soy de ascendencia nativa americana y he presentado prueba legal al departamento de PRC.

Si tienes seguro, completa lo siguiente::

Nombre del seguro _____

Dirección _____

Grupo # _____ Póliza # _____

Nombre del titular de la póliza _____ SS# _____

Fecha de nacimiento del titular _____ Relación con el titular _____

Entiendo completamente que es mi responsabilidad proporcionar a LCTHC la información más actualizada de mi seguro medico antes de cada cita.

Nombre en letra de molde: _____
Paciente/Padre/Tutor *Fecha*

Firma: _____
Paciente/Padre/Tutor *Fecha*

Si estás firmando este documento pero no eres el titular de la póliza, proporciona la siguiente información:

Número de licencia de conducir de California _____ Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____



Lake County Tribal Health Pediatrics



359 Lakeport Boulevard • Lakeport, CA 95453

14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

AVISO DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

Nuestro Aviso de Normas de Confidencialidad le provee información sobre cómo podemos usar y revelar información sobre su salud.

Al firmar esta hoja, reconoce que usted ha recibido una copia de nuestro Aviso de Normas de Confidencialidad.

Nombre de Paciente _____

Firma de Paciente/Padre/Madre/Guardián: _____

Fecha: _____



Lake County Tribal Health Pediatrics



359 Lakeport Boulevard • Lakeport, CA 95453

14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

LCTH USE ONLY	PATIENT ID	NAME (Last, First, MI)	DATE OF BIRTH	RECORD NO.
	ADDRESS	CITY / STATE		

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Complete todas las secciones, fecha y firme.

I. Yo, _____, autorizo voluntariamente la divulgación de información de mi expediente médico.
Nombre del paciente

II. La información será divulgada por:

Y será proporcionada a:

Nombre de la instalación / Solicitar registros de

Nombre de la persona / organización / instalación / Proveer registros a

Dirección

Dirección

Ciudad / Estado

Ciudad / Estado

Teléfono

Teléfono

III. El propósito o la necesidad de esta divulgación es:

Atención médica adicional

Uso personal

Otro: *Especificar* _____

IV. La información a divulgar de mi expediente médico: *Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)*

Todo el expediente (no incluye información confidencial no marcada abajo)

Solo información relacionada con: *Especificar* _____

Solo el período de eventos desde: _____ hasta: _____

Otro: *Especificar – Facturación, CHS, etc.* _____

Si desea que se divulgue cualquiera de la siguiente información confidencial, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) a continuación:

Tratamiento/referencia por abuso de alcohol/drogas

Tratamiento relacionado con VIH/SIDA

Enfermedades de transmisión sexual

Salud mental (que no sean notas de psicoterapia)

Solo notas de psicoterapia (*al marcar esta casilla, renuncio a cualquier privilegio psicoterapeuta-paciente.*)

V. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito, enviada en cualquier momento al Departamento de Gestión de Información de Salud, excepto en la medida en que se haya actuado en base a esta autorización. Si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro o una póliza de seguro, otras leyes pueden otorgar al asegurador el derecho de impugnar un reclamo bajo la póliza. Si esta autorización no ha sido revocada, terminará un año después de la fecha de mi firma, a menos que se indique una fecha de vencimiento o evento diferente.

Especificar nueva fecha: _____

Entiendo que Lake County Tribal Health no condicionará el tratamiento o la elegibilidad para la atención médica a que yo proporcione esta autorización, excepto si dicha atención es: (1) Relacionada con investigación. (2) Proporcionada únicamente con el propósito de crear Información de Salud Protegida para su divulgación a un tercero.

Entiendo que la información divulgada por esta autorización, excepto la de Abuso de Alcohol y Drogas como se define en 42 CFR Parte 2, puede estar sujeta a redistribución por el destinatario y puede ya no estar protegida por la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA) [45 CFR Parte 164] y la Ley de Privacidad de 1974 [5 USC 552a].

Firma del paciente o representante personal Relación con el paciente

Fecha

Firma del testigo (Si la firma del paciente es una huella dactilar o marca)

Fecha

Esta información debe ser divulgada para el propósito indicado anteriormente y no puede ser utilizada por el destinatario para ningún otro propósito. Cualquier persona que, a sabiendas y deliberadamente, solicite u obtenga cualquier registro relacionado con un individuo de una agencia federal bajo falsos pretextos será culpable de un delito menor (5 USC 552a(i)(3)).

SOLO PARA USO DEL PERSONAL Método de Entrega:

Recogida por el paciente (_____)

Correo certificado (_____)

Fecha Recibido

Fecha de envío



Lake County Tribal Health Pediatrics



359 Lakeport Boulevard • Lakeport, CA 95453

14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

CONSENTIMIENTO DE TERCEROS

Propósito de este formulario: *Permite que un paciente autorice a otra persona a acceder a su información médica o actuar en su nombre en asuntos relacionados a la atención médica.*

I. Información del Paciente

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

II. Información del Padre/Guardian (completar solo si el paciente es menor de edad)

Nombre completo del padre/guardian legal: _____

Relación con el menor: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

III. Información del Tercero Autorizado

Nombre completo del tercero autorizado: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

IV. Autorización para la Toma de Decisiones Médicas y Acceso

Yo, _____ autorizo a _____ a:

*Full Name of Parent/Guardian if patient is a minor,
or Full Name of Patient if an adult*

Full Name of Third Party

SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN:

Tomar decisiones médicas/dar consentimiento para tratamientos médicos, incluyendo vacunas, en nombre del paciente.

Programar/Cancelar citas médicas para el paciente.

Solicitar/Recoger los expedientes médicos e información del paciente.

Comunicarse con los proveedores de atención médica sobre el cuidado del paciente.

Otra (especifique): _____

V. Duración del Consentimiento

Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de firma.

VI. Revocación

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito al proveedor de atención médica o institución. La revocación no afectará las acciones realizadas basadas en esta autorización antes de recibir el aviso por escrito de la revocación.

VII. Firma del Padre/Tutor/Paciente

Al firmar a continuación, afirmo que tengo la autoridad legal para autorizar a la persona nombrada en este formulario a actuar en nombre del paciente, y consiento voluntariamente.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____



Lake County Tribal Health Pediatrics



359 Lakeport Boulevard • Lakeport, CA 95453

14440 Olympic Drive • Clearlake, CA 95422

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DE SALUD PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

Por favor complete esta forma en su totalidad de la manera más precisa posible. Si tiene alguna incertidumbre de cómo contestar alguna pregunta, por favor márkela y con gusto podemos repasarla con usted. Toda información será tratada como confidencial.

Nombre del menor _____ M F

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Nombre de Madre _____

Número de teléfono de casa _____ Número de teléfono del trabajo _____

Nombre de Padre _____

Número de teléfono de casa _____ Número de teléfono del trabajo _____

Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal) _____

Escuela del menor _____ Grado _____

Médico anterior _____ Ciudad _____ Estado _____

Razón de su visita _____

Alergias

Sustancia	Reacción
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Comentario _____	_____
_____	_____

Medicamento Actuales

Nombre de Medicamento	Dosis
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Antecedentes de salud de cuidado prenatal e infantil

Lugar de nacimi _____ Obstetra _____ Edad de la mama cuando dio a luz _____

DURANTE EL EMBARAZO, ¿TUVO LA MAMÁ ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES?

- Sí No Abuso del alcohol
- Sí No Diabetes
- Sí No Uso de medicamentos recetados *Tipo* _____
- Sí No Uso de medicamentos sin receta *Tipo* _____
- Sí No Edema (hinchazón)
- Sí No Hipertensión
- Sí No Uso de tabaco
- Sí No Otra enfermedad/infección _____

SALUD INFANTIL DE NACIMIENTO

Peso al nacer _____
 Estatura _____
 Peso infantil cuando fue dado de alta del hospital _____
 Edad (días) cuando fue dado de alta del hospital _____

LACTANCIA MATERNA

- Sí No Alguna vez amamantó
- Sí No Amamantó a 6 meses
- Sí No Amamantó a 12 meses
- Sí No Usó fórmula a _____ meses

Historial de Salud Prenatal e Infantil

Por favor marque si el menor ha tenido cualquiera de lo siguiente

GENERAL

Anemia
Asma
Bronquitis
Viruelas
Hepatitis
Neumonía
Tos ferina
Escalofríos
Depresión
Mareos
Desmayos
Dolores de cabeza
Pérdida de sueño
Cambios de carácter
Nerviosismo
Entumecimiento
Sudores
Fatiga
Cambio de peso

GASTROINTESTINAL

Falta de apetito
Heces negras/con sangre
Estreñimiento
Diarrea
Hambre en exceso
Sed excesiva
Sangrado rectal
Dolor de estómago
Vómito
Parásitos/lombrices

GENITOURINARIO

Orina la cama
Sangre en la orina
Rozadura de pañal, persistente
Secreción vaginal/del pene
Orina frecuentemente
Dolor al orinar
Olor anormal de orina

CARDIOVASCULAR

Problemas de respiración
Dolor en el pecho
Ritmo cardíaco irregular

OJOS

Irritación ocular
Dolores de cabeza
Problemas de visión

AUDICION/LENGUAJE

Pérdida auditiva
Dolor de oído
Infección en el oído
Problemas de lenguaje

DENTAL

Sangrado en las encías
Rechina los dientes
Sensibilidad a lo caliente/frío
Chupa el dedo
Cepilla los dientes -
¿Qué tan seguido?

Fecha de última cita
al dentista

DOLOR EN LOS HUESOS/ COYUNTURAS

Torsión/quebrantamiento
de huesos
Falta de coordinación
Problemas de postura

NARIZ/GARGANTA/PECHO

Dificultad respiratoria
Dificultad de tragar
Resfriados frecuentes
Ronquera
Respira por la boca
Tos persistente
Problemas sinusales
Dolor de garganta
Faringitis estreptocócica
Infección en las amígdalas
Respiración sibilante

PIEL

Moretones con facilidad
Cambio en lunares
Ronchas en la piel
Comezón
Sarpullido
Cicatrices
Vejigas que no sanan

OTRO *por favor describa*

Hospitalizaciones

Razón	Fecha	Hospital	Ciudad	Estado
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Inventario de Artículos de Seguridad Infantil

Sí	No	Detectores de humo en la casa	Sí	No	Líquidos de limpieza de casa fuera del alcance
Sí	No	Asiento de coche de niño – uso de cinturón de seguridad	Sí	No	Medicamentos fuera del alcance
Sí	No	Puerta protectora en los escalones	Sí	No	Sabe nadar el niño
Sí	No	Armas aseguradas con candado en un gabinete en la casa	Sí	No	Conoce los números de emergencia
Sí	No	Jarabe de ipecacuana en casa	Sí	No	Calefactor de agua a menos de 120 grados
Sí	No	Conoce el peligro de pelar la pintura de la casa	Sí	No	Uso de casco de bicicleta
Sí	No	Conoce el peligro de tener plagas en la casa (ratones/ratas)	Sí	No	Calcomanías de Mister Yuk usadas en casa

Historial De Salud De Familia

Por favor indique el estado de salud de la familia inmediata del menor.

PARIENTE	EDAD	SALUD GENERAL <i>SELECCIONE UNO</i>				
Padre	Edad _____	Excelente	Buena	Adecuada	Deficiente	Otro _____
Madre	Edad _____	Excelente	Buena	Adecuada	Deficiente	Otro _____
Hermano/a	Edad _____	Excelente	Buena	Adecuada	Deficiente	Otro _____
Hermano/a	Edad _____	Excelente	Buena	Adecuada	Deficiente	Otro _____
Hermano/a	Edad _____	Excelente	Buena	Adecuada	Deficiente	Otro _____

Por favor marque las condiciones que hayan tenido cualquiera de los parientes consanguíneos del menor.
Incluya padres y hermanos.

CONDICIÓN	RELACIÓN	CONDICIÓN	RELACIÓN
Alcoholismo	_____	Pérdida auditiva/ceguera	_____
Alergias	_____	VIH/Sida	_____
Anemia	_____	Enfermedad renal	_____
Artritis	_____	Enfermedad pulmonar	_____
Asma/Enfisema	_____	Trastorno mental	_____
Defecto congénito	_____	Enfermedad muscular	_____
Trastorno en los huesos/coyunturas	_____	Convulsiones/ crisis epiléptica	_____
Cáncer	_____	Anemia falciforme	_____
Cardiovascular	_____	Síndrome de muerte súbita	_____
Diabetes	_____	Enfermedad cutánea	_____
Anomalía genética	_____	Derrame cerebral	_____
Hemofilia	_____	Enfermedad tiroidea	_____
Hipertensión	_____	Tuberculosis	_____

OTRO *Por favor describa*

Firma _____ / _____
Padre / Guardián
Fecha