

Información sobre el paciente

Nombre del paciente:	
Nombre preferido:	Fecha de nacimiento:
Género del paciente: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido	No. de Seguro Social:
Si el paciente es menor de edad, nombre(s) de el/los padre(s)/tutor(es):	
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Legalmente separado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro
Domicilio:	
Ciudad, estado, código postal:	Teléfono celular: ()
Teléfono del trabajo: ()	Teléfono de casa: ()
Dirección de correo electrónico:	
Método preferido de comunicación:	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> MyChart
Estado como empleado:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Activo en la milicia <input type="checkbox"/> No empleado
Empleador:	Ocupación:

Información sobre el contacto de emergencia

Nombre:	Teléfono celular:
Relación con el paciente:	Teléfono de casa:

Información sobre el seguro médico

Compañía de seguro médico primario:	Nombre del titular:	
Relación del paciente con el titular:	Fecha de nacimiento del titular:	Género del titular: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido
Compañía de seguro médico primario:	Nombre del titular:	
Relación del paciente con el titular:	Fecha de nacimiento del titular:	Género del titular: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido

POLÍTICA DE INCUMPLIMIENTO DE CITAS

Es importante que mantenga todas sus citas. Por favor comuníquese con nosotros lo antes posible si no puede asistir a su cita. Solicitamos un aviso previo de por lo menos 24 horas si va a cancelar o cambiar su cita. Tres (3) citas perdidas dentro de seis (6) meses resultarán en que se le coloque en estado de solo citas para el mismo día. No presentarse de manera consecutiva puede resultar en que se le retire de NOAH.

Al firmar a continuación, declaro que la información en este formulario es verdadera y correcta a mi mejor entender. También se me ha informado y entiendo la Política de incumplimiento de citas de NOAH. Al firmar a continuación, reconozco y doy mi consentimiento para recibir un encuesta relacionada con mi atención médica por correo electrónico y / o mensaje de texto.

Firma del paciente/tutor

Fecha

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Como centro de salud comunitario, se nos requiere hacer las siguientes preguntas. Esta información es necesaria para recibir fondos adicionales para servirle mejor a usted y a todos los miembros de nuestra comunidad.

1. ¿Cómo se enteró de NOAH?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Paciente existente | <input type="checkbox"/> Compañía de seguro médico | <input type="checkbox"/> Redes sociales |
| <input type="checkbox"/> Sitio web de NOAH | <input type="checkbox"/> Tarjeta postal | <input type="checkbox"/> Familia o amigo |
| <input type="checkbox"/> Referencia médica | <input type="checkbox"/> Hospital2NOAH | <input type="checkbox"/> Volante o folleto |
| <input type="checkbox"/> Directorio en línea | <input type="checkbox"/> Evento | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

2. ¿Cuántas personas hay en su hogar? _____

3. ¿Cuál es el ingreso **mensual combinado del hogar?**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$500/mensual | <input type="checkbox"/> \$2,501 - \$4,000/mensual | <input type="checkbox"/> \$7,001 - \$8,500/mensual |
| <input type="checkbox"/> \$501 - \$1,000/mensual | <input type="checkbox"/> \$4,001 - \$5,500/mensual | <input type="checkbox"/> \$8,501+/mensual |
| <input type="checkbox"/> \$1,001 - \$2,500/mensual | <input type="checkbox"/> \$5,551 - \$7,000/mensual | |

4. ¿Cuál describe mejor su estado de vivienda actual?

INDIQUE LA CASILLA	SITUACIÓN DE LA VIVIENDA	ESTA COLUMNA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO: (enter this category in Epic/UDS screen)
<input type="checkbox"/>	Rento o soy dueño de mi casa. Vivo con mis padres/tutor legal. Vivo en una casa con compañeros de cuarto; todos compartimos la renta. Vivo en un dormitorio de colegio/universidad.	Not homeless
<input type="checkbox"/>	Vivo temporalmente con otra persona; por ejemplo, duermo en el sofá.	Doubling up
<input type="checkbox"/>	Me quedo en un albergue que ofrece comidas y un lugar para dormir; no puedo permanecer aquí por mucho tiempo. Por ejemplo, albergue para indigentes	Shelter
<input type="checkbox"/>	Vivo en una vivienda temporal para ayudarme a encontrar mi propio hogar. Puedo permanecer aquí hasta dos años. Por ejemplo, vivienda para el tratamiento de consumo de drogas	Transitional Housing
<input type="checkbox"/>	Vivo en una residencia pagada por asistencia de alquiler.	Permanent Supportive Housing
<input type="checkbox"/>	Actualmente vivo en la calle, en mi coche, en un campamento.	Street
<input type="checkbox"/>	¿No tuvo vivienda durante el año pasado y su situación de vivienda no es ninguna de las opciones anteriores?	Other



Neighborhood Outreach Access to Health

FORMULARIO UDS

5. Seleccione el grupo racial con el que más se identifica:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Más de una raza |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano | <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> No deseo identificarla |

6. Origen étnico

- Hispano o latino
 No hispano o latino

7. ¿Es usted un trabajador agrícola?

- Sí
 No

8. Orientación sexual

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana ni homosexual) | <input type="checkbox"/> Homosexual | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> Lesbiana | <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar |
| | <input type="checkbox"/> Otro | |

9. Identificación de género

- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Mujer transgénero | <input type="checkbox"/> Otro género |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Hombre transgénero | <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar |

Formulario de antecedentes médicos pediátricos

Nombre legal completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre preferido: _____

Alergias: _____

Nombre de la farmacia y calles principales: _____ Teléfono: _____

Medicamentos: Por favor enumere todos los medicamentos, vitaminas o medicinas sin receta médica que toma actualmente.

Nombre del medicamento	Dosis	¿Qué tan frecuente lo toma?	¿Para qué es el medicamento?

Por favor indique todas las condiciones/problemas médicos pertinentes que se le han tratado al niño:

<input type="checkbox"/> TDA/TDAH	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Problemas del habla
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Infecciones del oído	<input type="checkbox"/> Discapacidades del aprendizaje	<input type="checkbox"/> Amigdalitis estreptocócica (recurrente)
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Infecciones de las vías urinarias
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> ERGE/ reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Neumonía (recurrente)	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Escoliosis	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Pérdida de audición	<input type="checkbox"/> Convulsiones	

Antecedentes del nacimiento

Método de nacimiento: Vaginal Cesárea Edad gestacional: Término completo Prematuro ____ semanas

Hospital donde nació: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Circunferencia de la cabeza: _____

¿Alguna complicación? _____ ¿UCIN? Sí No

¿El bebé estuvo expuesto a alguna droga o medicamento durante el embarazo? _____

Antecedentes quirúrgicos: Por favor indique cualquier cirugía que se le ha realizado al niño.

<input type="checkbox"/> Extirpación de adenoides	<input type="checkbox"/> Tubos en los oídos	<input type="checkbox"/> Orquiopexia
<input type="checkbox"/> Apendectomía	<input type="checkbox"/> Cirugía del corazón	<input type="checkbox"/> Extirpación de amígdalas
<input type="checkbox"/> Circuncisión	<input type="checkbox"/> Cirugía de una hernia	<input type="checkbox"/> Otro:

Antecedentes familiares: Por favor indique cualquier diagnóstico que tengan los miembros de la familia.

Antecedentes familiares	Ataque al corazón (antes de los 50)	Presión arterial alta	Enfermedad mental	Defectos de nacimiento	Cáncer (Tipo)	Diabetes	Migrañas	Alto nivel de colesterol	Alergias	Asma	Pérdida de audición	Otro
Madre												
Padre												
Hermanos												
Abuelos												

¿Con quién vive el niño?

Mamá, nombre _____

Papá, nombre _____

¿Hermanos? (nombres)

Abuelo/a

Padrastro/madrastra

Otro miembro de la familia

Si los padres no viven juntos, existe:

Custodia compartida

Custodia exclusiva

Por favor indique si es aplicable al paciente:

Hijo adoptado

Hijo de crianza

¿Alguien fuma en casa?

Sí

No

¿Existen armas en casa?

Sí

No

¿Dónde asiste su hijo a la escuela?

¿Recibe terapias especiales o asiste a clases de educación especial?

Para niños de 13 años o mayores:

¿Toma bebidas alcohólicas?

Sí

No actualmente

Nunca

¿Alguna vez ha fumado?

Sí

No

¿Usa drogas recreacionales?

Sí

No

¿Es activo sexualmente?

Sí

No actualmente

Nunca

Con:

Hombres

Mujeres

Ambos

¿Utiliza anticonceptivos/protección/barrera?

Sí

No

Tipo de anticonceptivo/protección/barrera que utiliza:



Consentimiento para realizar el tratamiento sin la presencia del padre o tutor

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo y otorgo mi permiso a la(s) siguiente(s) persona(s) adulta(s) para que acompañen a mi hijo para el tratamiento y para que tomen las decisiones sobre cualquier tratamiento necesario. La persona que traiga al menor debe permanecer con él mientras se le atiende. Este permiso permanecerá vigente hasta que sea revocado por el padre o tutor.

Número(s) de contacto de emergencia del padre/tutor: _____

Nombre del padre/tutor en letra de molde

Firma del padre/tutor

Fecha

Nombre de la persona	Relación con el menor	Número de teléfono

ID of Authorized Individual
If Passport is used, scan a copy into the chart

Office Use Only (para uso exclusivo del personal)
ID verified by:
Date:

