

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE RIVER

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DE CONTACTO			
Nombre (Nombre y Apellido):	Fecha de nacimiento (DD/MM/AA): 2	Edad:	Pronombres: <input type="checkbox"/> Ella/ella <input type="checkbox"/> Él/él <input type="checkbox"/> Ellos/ellos <input type="checkbox"/>
Género: <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Correo electrónico y número de teléfono:		Dirección de hogar:	
Información del padre 1/Guardián 1		Información del padre 2 /Guardián 2	
Nombre: _____		Nombre: _____	
Fecha de nacimiento: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Teléfono: _____		Teléfono: _____	
Correo electrónico: _____		Correo electrónico: _____	
DIRECCIÓN: _____		DIRECCIÓN: _____	
<input type="checkbox"/> Dirección igual que el paciente		<input type="checkbox"/> Dirección igual que el paciente	
Ocupación: _____		Ocupación: _____	
¿Contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
INFORMACIÓN DE SALUD			
Proveedor de seguro primario: <input type="checkbox"/> Kaiser <input type="checkbox"/> Blue Shield <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross <input type="checkbox"/> MediCare <input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Sin seguro			

Todos los servicios brindados en RIVER Pediatric Clinic son gratuitos; sin embargo, podemos usar esta información para ayudar a los pacientes a acceder servicios que no están disponibles en nuestra clínica.

¿El paciente tiene un pediatra o un médico de atención primaria? Sí No

Nombre del pediatra o médico de atención primaria: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Última Cita: _____ Frecuencia de visitas: Semanal/Mensual Anual Menos de anual

HISTORIAL MÉDICO

Razón por la visita:

¿El paciente ALGUNA VEZ ha tenido alguno de los siguientes?

Anemia/tendencia a sangrar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Oído/nariz/garganta ...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma/Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Eczema/Enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de conducta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad ocular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del crecimiento.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas intestinales/ de estómago....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad/defecto cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer/Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de riñón/vejiga	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Varicela/culebrilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad del desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones o epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Otro (por favor enumere):

Medicamentos/suplementos:

Alergias: _____ No se conocen alergias

¿El paciente es adoptado? Sí No Si es así, *responda lo siguiente según su conocimiento?*

Peso al nacer: ____ (lbs)/ ____ (oz) Nacido por: Cesárea Parto vaginal Edad gestacional: ____

Describa cualquier problema de salud que la madre o la paciente haya experimentado durante el embarazo o después del parto, si corresponde: _____

Historial de vacunación:

Hepatitis B #1 #2 #3

Rotavirus #1 #2 #3

DTaP #1 #2 #3 #4

- HIB. #1 #2 #3
PCV 13 o 15 #1 #2 #3 #4
IPV (vacuna contra la polio inactivada) #1 #2 #3
COVID-19 ¿Dosis de refuerzo?
 Influenza ¿Año de la última vacuna contra la gripe?
 MMR (sarampión/paperas/rubéola)
 Varicela

Las siguientes secciones son opcionales. Si es posible, permita que su adolescente responda a las preguntas por sí mismo.

Examen de salud mental:

- ¿El paciente tiene problemas con alguno de los siguientes (marque todo lo que corresponda)?
- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Problemas para comer | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido |
| <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva | <input type="checkbox"/> Ataques de ansiedad | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados | <input type="checkbox"/> Evitación |
| <input type="checkbox"/> Crisis de llanto | <input type="checkbox"/> Concentración/olvido | <input type="checkbox"/> Pérdida de interés | |
| <input type="checkbox"/> Aumento de la irritabilidad | <input type="checkbox"/> Exceso de energía | <input type="checkbox"/> Incapacidad para disfrutar de las actividades | |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos de morir | <input type="checkbox"/> Impulsividad | <input type="checkbox"/> Desempeño escolar | |
| <input type="checkbox"/> Agresión hacia sí mismo/otros/propiedad | | <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Autolesiones |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

¿El paciente ha sido tratado por algún problema psicológico o psiquiátrico en algún otro momento? En caso que sí, describa los problemas de salud mental y las intervenciones que se realizaron.

Exámenes de salud sexual y reproductiva: (omitir si no corresponde)

Edad de la primera menstruación: _____

¿La menstruación es regular? Sí No

¿El paciente experimenta alguna dificultad relacionada con los períodos menstruales? Por favor explique.

¿El paciente es sexualmente activo? Sí No

En caso afirmativo, responda lo siguiente:

En los últimos meses, ¿cuántas parejas sexuales ha tenido el paciente? _____

¿El paciente participa en lo siguiente? (seleccione todo lo que corresponda)

Sexo genital Sexo anal Sexo oral

¿El paciente se ha hecho previamente pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual? Sí No

¿El paciente utiliza actualmente algún método anticonceptivo? Sí No No aplicable

HISTORIA SOCIAL

Idioma principal que se habla en casa: Inglés Español Otro: _____

Idioma preferido: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO MÉDICO DEL MENOR

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo autorizo a RIVER Pediatric Clinic para brindarle a mi hijo servicios médicos simples, comunes y de rutina, como los que se enumeran a continuación, en la medida en que mi consentimiento sea requerido por la ley. Entiendo que, según las leyes federales y estatales, existen ciertos servicios que mi hijo puede recibir que no requieran de mi consentimiento.

Se debe dar consentimiento para los siguientes servicios:

1. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades leves y agudas	8. Exámenes de visión y audición
2. Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental.	9. Servicios de laboratorio
3. Primeros auxilios en caso de heridas leves	10. Servicios de rayos X limitados
4. Exámenes físicos	11. Artículos de venta libre/recetas
5. Asistencia con enfermedades crónicas persistentes, como: asma, diabetes y epilepsia.	12. Programas de dieta y control de peso
6. Tratamiento del acné y otros problemas de la piel.	13. Remisión para servicios de atención médica que no pueden brindarse en el Centro de Salud
7. Vacunas	14. Tratamiento de emergencia

1. Entiendo que este consentimiento solo se aplica a los servicios brindados en la Clínica Pediátrica RIVER (RPC) u otra Clínica dirigida por estudiantes que es el resultado de una derivación hecha por la Clínica Pediátrica RIVER y no permite que ninguna otra instalación pública o privada brinde servicios a mi niño.
2. Por la presente autorizo a RPC a brindarle a mi(s) aseguradora(s) la información de mi expediente médico o dental necesaria para completar los reclamos de seguro de mi hijo.
3. Entiendo que los registros médicos y/o dentales de mi hijo, incluyendo los registros de vacunación, se mantendrán confidenciales, pero que esta información puede compartirse con otros proveedores de atención médica para fines de atención y tratamiento de mi hijo. No se permite ninguna otra divulgación de la información de salud de mi hijo sin mi permiso por escrito, excepto según lo permita o exija la ley. Entiendo que la póliza de privacidad de RPC está publicada en el Aviso de prácticas de privacidad de RPC.
4. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado, restringido o revisado en cualquier momento por mi escritura, sin embargo, esto no afectará los servicios y/o tratamiento previamente proporcionados por RPC y otra confianza previa por parte de RPC en este consentimiento. Este Formulario de consentimiento permanece vigente hasta que mi hijo cumpla 18 años o hasta que sea revocado por escrito.

Firma del padre/ Guardian: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Formulario de consentimiento del paciente para el cumplimiento de HIPAA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted confirma con su firma que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos del aviso pueden cambiar; de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha. Usted tiene derecho a restringir cómo se utiliza y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, con su firma. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo. Al firmar este formulario, entiendo que: La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley. La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero no tiene que aceptar esas restricciones. El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas. La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

- La información de salud puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago, y operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la póliza de privacidad según lo permitido por la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no está obligada a aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán en ese momento.
- La práctica puede condicionar el comprobante del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o enviar un mensaje de texto para confirmar las citas?

SÍ NO

¿Podemos dejarle un mensaje en el contestador de su casa o en su celular?

SÍ NO

¿Podemos hablar de su condición médica con algún miembro de su familia?

SÍ NO

En caso afirmativo, nombre los miembros permitidos:

Este consentimiento fue firmado por: _____
(NOMBRE EN IMPRENTA POR FAVOR)

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____