



Paquete de Bienvenida para Nuevos Pacientes
Pediatría 6-17 años

Saludos,

¡Bienvenido a Orchid Health! Nuestras Clínicas de Salud se crearon con la convicción de que las comunidades rurales de nuestro estado merecen tener una asistencia médica de altísima calidad que sea local, integral y dedique tiempo a atender los aspectos más importantes de cada persona.

Hemos reunido a los siguientes profesionales para proporcionar una atención individualizada e integral:

Proveedor de atención primaria (PCP): Su PCP le ayudará a tomar decisiones importantes sobre su salud y puede ponerle en contacto con otro miembro del equipo asistencial para asegurarse de que recibe la mejor atención.

Asistente médico (MA): Su asistente médico será a menudo la primera persona con la que hable cuando tenga un problema de salud y colaborará estrechamente con su PCP para ayudar a apoyar cualquier necesidad de atención médica habitual que exista.

Coordinador de cuidados de enfermería (RN): En Orchid, contamos con enfermeras/os que le ayudan a diseñar un Plan de cuidados personalizado, que incluye la identificación de sus objetivos personales de salud y la planificación de los próximos elementos de salud preventiva.

Proveedor de salud mental (BH): Nuestros profesionales de salud mental están a su disposición para ayudarle con cualquier problema de salud mental, emocional o conductual que pueda tener. Esto puede incluir hacer cambios en el estilo de vida, tratar la tristeza o la soledad o problemas en casa o en la escuela.

Adjuntamos nuestros formularios de registro de nuevos pacientes. Por favor, complete estos formularios lo mejor que pueda. Se incluye un *Formulario de Divulgación de Registros Médicos*, que nos permite solicitar sus registros médicos anteriores antes de su primera visita. Por favor, llene este formulario y entréguelo en nuestra clínica lo antes posible. Además, los proveedores de Orchid Health deben firmar un Acuerdo sobre Sustancias Controladas antes de prescribir sustancias controladas.

Para que podamos atenderle mejor:

1. Por favor, preséntese en la clínica 15 minutos antes de la hora de su cita.
2. Por favor, traiga su tarjeta de seguro y su identificación a su visita.
3. Traiga los frascos de los medicamentos que esté tomando.
4. Si necesita cancelar o reprogramar su visita, le rogamos que nos avise con 24 horas de antelación.

¡Estamos listos para servirle en uno de estos lugares! ¡Bienvenido a la familia de Orchid Health!

Oakridge: Teléfono de la clínica 541-782-8304

- Estamos ubicados en la Carretera 58, junto a la farmacia.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes, martes y miércoles de 8am a 7pm y jueves y viernes de 8am a 5pm. Para asistencia fuera de horario, llame al teléfono principal de nuestra clínica.

Estacada: Teléfono de la clínica 503-630-8550

- Estamos ubicados en el Campus de la Preparatoria (High School), a la derecha de Estacada High School.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes y martes de 8am a 7pm y miércoles, jueves y viernes de 8am a 5pm. Para asistencia fuera de horario, llame al teléfono principal de nuestra clínica.

McKenzie River: Teléfono de la clínica 541-822-3341

- Estamos ubicados en 51730 Dexter St., Blue River justo al lado de McKenzie River Hwy
- Nuestro horario de atención al público es: lunes a jueves de 8am a 5pm. Para asistencia fuera de horario, llame al teléfono principal de nuestra clínica.

Fern Ridge: Teléfono de la clínica 541-234-3255

- Estamos ubicados en 24924 Fir Grove Lane, Elmira, en el estacionamiento de la Preparatoria.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes a viernes de 8am a 5pm. Para asistencia fuera de horario, llame al teléfono principal de nuestra clínica.

Sandy: Teléfono de la clínica 971-220-2701

- Estamos ubicados en 37400 Bell Street, Sandy, en el Centro de Salud Estudiantil del campus.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes a viernes de 8am a 5pm. Para asistencia fuera de horario, llame al teléfono principal de nuestra clínica.

FAQ - Preguntas frecuentes

¿Cómo puedo concertar una cita?

- La mayoría de la gente llama a nuestra clínica para concertar una cita.
- También puede solicitar una cita a través de nuestro Portal del Paciente.

¿Qué es el Portal del Paciente?

- El Portal le permite enviar mensajes directamente a su Proveedor, en lugar de llamar. También le permite ver cualquier resultado de laboratorio y de imagen tan pronto como los recibamos.
- Encontrará el enlace al portal en nuestra página web: www.orchidhealth.org (esquina superior derecha). - Pida ayuda a cualquiera de nuestros empleados. Podemos enviarle un enlace por correo electrónico o configurarlo cuando venga.

¿Qué días y horas está abierto?

- *Oakridge*: lunes, martes y miércoles de 8 a 7, jueves y viernes de 8 a 5
- *Estacada*: lunes y martes de 8:30 a 7, miércoles de 9:30 a 5, jueves y viernes de 8 a 5
- *McKenzie River*: lunes a jueves de 8.30 am a 5 pm, cerrado los viernes.
- *Fern Ridge*: lunes-martes de 8 a 7, miércoles-viernes de 8 a 5
- *Sandy*: lunes a viernes 8-5

¿Y si necesito hablar con alguien después de que la oficina esté cerrada?

- Es muy fácil. Utilice el mismo número de teléfono al que llama normalmente y busque la opción de contactar con nuestro Servicio de Enfermería fuera de horario.

¿Cómo puedo volver a surtir mi receta?

- El mejor PRIMER paso es llamar a su farmacia y pedirles que le vuelvan a surtir el medicamento; ellos se comunicarán directamente con nosotros si es necesario.
- Si tiene alguna dificultad, llámenos para que podamos resolverla. (¡O utilice el Portal del Paciente!) - Es necesario que cualquier "receta de medicación controlada" se entregue durante una cita. (Esto incluiría cosas como analgésicos, ciertos medicamentos para la ansiedad o el sueño, etc.).

¿Puedo hacerme análisis de sangre en Orchid?

- Sí, realizamos análisis para los pacientes que *se han establecido* con nosotros (incluso si han sido solicitados por otras personas).

¿Hacen radiografías en Orchid?

- No, lo sentimos, en este momento, no contamos con rayos X en ninguno de nuestros centros - pero podemos darle una orden para realizar su radiografía en otro lugar.

¿Cómo puedo obtener los resultados de mis análisis o radiografías?

- Si tiene una cita de seguimiento programada, es probable que su médico tenga previsto revisar sus resultados de laboratorio en ese momento, pero le llamaremos para comunicarle cualquier cosa realmente importante para que no se le olvide nada.

¿Y si tengo problemas para pagar la visita o los análisis?

- No queremos que el dinero interfiera en el cuidado de su salud, así que por favor hable con nosotros acerca de cualquier dificultad que tenga.
- Pregunte también por nuestro Descuento por Tarifa Móvil.

¿Atienden a niños, bebés y personas mayores?

- ¡Sí, sí y sí!

FORMULARIO DE REGISTRO ORCHID HEALTH – MENORES DE EDAD

(Escriba en letra de molde)

Nombre legal del paciente: _____ Fecha de hoy: _____
Nombre - Segundo nombre - Apellido

Nombre preferido/nombre por el que se le conoce: _____

Sexo legal: Masc/Fem/Otro Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): _____ No. de Seguro Social : _____

Nombre del padre/madre/tutor legal # 1 : _____ Teléfono: _____ Vive con el menor: Sí No

Nombre del padre/madre/tutor legal # 2 : _____ Teléfono: _____ Vive con el menor: Sí No

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P. _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ ¿Permiso para enviar mensajes de texto? Sí No

Correo electrónico: _____ Método de comunicación preferido: _____

Idioma preferido: _____

Raza: (Puede elegir más de una si procede) Blanco Negro o afroamericano Asiático Indígena americano o

nativo de Alaska Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Origen hispano o latino Etnia: No hispano/latino

Hispano/latino Otro _____ Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Número de Teléfono: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

(por favor presente su tarjeta de seguro a nuestra recepcionista)

Indique el nombre del seguro principal: _____ Número de seguro: _____

Número de grupo: _____ Nombre del SUSCRITO: _____

No. de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación del
paciente con el suscrito: Yo Cónyuge Hijo Otro

Nombre del seguro secundario (si procede): _____ No. de ID del Seguro: _____

Número de grupo: _____ Nombre del SUSCRITO: _____

No. de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación del
paciente con el suscrito: Yo Cónyuge Hijo Otro

PERSONA RESPONSABLE FINANCIERAMENTE DE LAS FACTURAS Y DEL PAGO:

Relación con el paciente: _____ Nombre: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Domicilio: _____

C.P. _____ Ciudad: _____ Estado _____ Mejor número de teléfono: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - MENORES

La ley estatal de Oregón exige el consentimiento de los padres o tutores legales para proporcionar tratamiento médico a una persona menor de 15 años, con la excepción de los menores de 14 años para los servicios de salud sexual y mental. *ORS 109.610, ORS 109.640, ORS 109.675.

Entiendo que Orchid Health ofrece los siguientes tipos de servicios:

- Exámenes físicos de rutina, incluidos los exámenes físicos deportivos
- Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y tratamiento de lesiones leves
- Gestión de enfermedades crónicas
- Salud reproductiva adecuada a la edad
- Exámenes de laboratorio rutinarios, Vacunas
- Medicamentos recetados
- Servicios de salud mental
- Derivación a servicios sanitarios no proporcionados por Orchid Health

He leído y entiendo perfectamente la información anterior y he preguntado cualquier cosa que no me haya quedado clara. Entiendo que puedo revocar este consentimiento cuando lo desee.

Yo (padre/madre o tutor legal) _____ doy mi permiso para que mi hijo/a, _____, reciba atención médica/mental en Orchid Health.

Autorización de pago:

Padre o Tutor: Asigno y autorizo el pago directo a Orchid Health de todos los beneficios del seguro y del plan que se deban pagar por el servicio(s) que recibo y autorizo la divulgación de cualquier registro médico necesario para facilitar el tratamiento de mi hijo/a para tramitar reclamaciones y según lo permitido o requerido en el Aviso de Privacidad. Entiendo plenamente que en el caso de que mi compañía de seguros o la parte financieramente responsable no pague por los servicios que recibo, seré financieramente responsable del pago.** Los estudiantes de SBHC (Clínicas de Salud Escolares) reciben atención sin costo alguno para Orchid Health Services.

Aviso de Privacidad: Acuso recibo del Aviso de Privacidad de Orchid Health. Este aviso se puede encontrar en nuestro sitio web en los formularios del paciente, y también está disponible en la recepción de la clínica y en cualquier otro momento que lo solicite.

Derechos y responsabilidades del paciente: Acuso recibo de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de Orchid Health. Estos se pueden encontrar en nuestro sitio web en los formularios del paciente, y también están disponibles en la recepción de la clínica y en cualquier otro momento que los solicite.

Consentimiento para acceder a los historiales de recetas/farmacia, y para comunicarse con las redes hospitalarias locales a fin de acceder a la información de los historiales médicos: Autorizo la divulgación de los antecedentes médicos de mi hijo/a, ya que es necesario contar con información precisa para brindar una atención médica exacta y de calidad.

Consentimiento para recibir llamadas: Doy mi consentimiento para recibir llamadas de Orchid Health para la atención médica protegida de mi hijo/a y otros servicios en el número(s) de teléfono proporcionado(s) a la clínica, incluyendo mi número de celular. Entiendo que mi compañía de telefonía móvil puede cobrarme por dichas llamadas y que éstas pueden ser generadas por un sistema de marcación automática.

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Firma del padre/madre o tutor legal _____ Relación con el Paciente _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorización para divulgar información a otros:

Sin un permiso específico, **no** divulgaremos ninguna información médica a nadie más que a usted. En algunos casos, es posible que desee que otra persona tenga acceso a su información médica. Identifique a esas personas y su relación con usted (es decir, cónyuge, padre, hijo, hija, pareja, etc.).

Doy permiso para divulgar la siguiente información a las personas que se enumeran a continuación:

- Toda la información de salud sobre mí creada o recibida por Orchid Health, que incluye registros médicos, gestión médica o de casos, facturación, pagos, reclamos e inscripción, salud mental, discapacidades del desarrollo, información o resultados de pruebas de SIDA/VIH, tratamiento de abuso de sustancias y alcohol, y pruebas genéticas.

- Toda la información de salud, **excepto**: salud mental, discapacidades del desarrollo, información o resultados de pruebas de SIDA/VIH, tratamiento por abuso de sustancias y alcohol, y pruebas genéticas.

Nombre	Relación	Número telefónico

Permiso para que una persona que no sea el tutor dé su consentimiento para el tratamiento médico del menor (si el paciente es menor de 15 años):

- Doy permiso para que las personas mencionadas anteriormente brinden su consentimiento para el tratamiento en mi nombre y acompañen a mi hijo a sus citas médicas.

Métodos de comunicación personal:

Como paciente nuestro, es posible que necesitemos comunicarnos con usted fuera de nuestra clínica. Para garantizar su privacidad, nos gustaría que nos indique si está bien o no dejar información médica (como resultados normales de laboratorio) en un correo de voz si no podemos comunicarnos con usted.

No. Telefónico de casa _____

___ NO dejar mensajes

___ Puede dejar sólo números para devolver llamadas

___ Puede dejar mensajes con detalles

No. Teléfono celular _____

___ NO dejar mensajes

___ Puede dejar sólo números para devolver llamadas

___ Puede dejar mensajes con detalles

PLAZO: Esta autorización permanecerá vigente por un período de **un año**. Puedo revocar esta autorización por escrito (en cualquier momento) como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad de Orchid Health.

Firma _____ Fecha _____

Relación con el paciente: _____



Designación de Otra Persona para Autorizar la Atención Médica de Menores

Si yo, (padre/madre/tutor legal) _____, no puedo acompañar a mi hijo/a,
(nombre del menor) _____, a la Clínica Orchid Health, doy
permiso a (nombre de la persona) _____ de la siguiente manera (marque una opción):

Doy permiso para que esta persona busque tratamiento médico para mi hijo(a) (incluyendo cualquier tipo de procedimiento) y dé su autorización para dicho tratamiento sin que tengan que ponerse en contacto conmigo.

Doy permiso para que esta persona busque tratamiento médico para mi hijo/a (incluyendo cualquier tipo de procedimiento) y dé su autorización para dicho tratamiento en caso de que no puedan ponerse en contacto conmigo.

Expiración del permiso (marque una opción):

Este formulario permanecerá vigente hasta que sea revocado (llenando un " Formulario de revocación del consentimiento ")

Este formulario es VÁLIDO ÚNICAMENTE durante el siguiente periodo de tiempo:

Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de expiración: _____

X _____
(Firma del padre/madre o tutor)

(Fecha requerida)

Domicilio _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____



Divulgación de Expediente Médico

Nombre del paciente _____ Nombre anterior (si lo hay) _____
 FEC. NAC.: _____ Teléfono: _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

<p>Autorizo a que se divulgue la información DE:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad, Estado, CP: _____</p> <p>Teléfono: _____</p>	<p>Autorizo a que se divulgue la información A:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad, Estado, CP: _____</p> <p>Teléfono: _____</p>
--	---

El propósito de esta solicitud es:

Atención médica referida Atención transferida Personal Legal Otro _____

Tipo de información a ser divulgada:

Expediente médico completo *(Consta de los 2 últimos años de tratamiento, salvo que se especifique lo contrario)*

Otro (Especifique por favor): _____

DEBE ESTAR RUBRICADO para que se incluya en los registros

___ Registros relacionados con VIH/SIDA ___ Registros relacionados con la salud mental ___ Información de

pruebas genéticas _____ Drogas/Alcohol** **LA REDIVULGACIÓN ESTÁ PROHIBIDA: Esta información le ha sido divulgada a partir de registros protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin.

Todos los Registros serán enviados a través de fax a menos que se indique lo contrario. Doy mi consentimiento para el envío por fax de mi expediente médico. Todos los documentos enviados por fax contienen una declaración de confidencialidad, sin embargo, entiendo que no se puede garantizar la confidencialidad en el extremo de recepción.. **SÍ** **NO**

Mi firma indica que autorizo la divulgación de la información anterior y entiendo lo siguiente:
 Entiendo que puedo elegir no firmar esta autorización y que mi elección de no firmar no será una base para afectar mi capacidad de recibir tratamiento.
 Entiendo que puedo cancelar la autorización para utilizar y divulgar mi información en cualquier momento por escrito. A menos que se revoque antes, este consentimiento caducará a los 180 días de la fecha de la firma o permanecerá en vigor durante el periodo razonablemente necesario para completar la solicitud. Entiendo que este cambio no afectará la información que ya ha sido compartida.
 Entiendo que las leyes federales y estatales protegen mi información médica. Sin embargo, mi información podría ser compartida con agencias o empresas que pueden no estar cubiertas por esta ley. Ellos podrían entonces compartir mi información con otros. Entiendo que no pueden compartir información relativa al VIH/SIDA, tratamiento de salud mental, tratamiento de alcoholismo y drogadicción o pruebas genéticas a menos que yo les dé permiso rubricando este permiso más arriba o según lo permita la ley. Entiendo que se me permite recibir una copia de esta Autorización..

Firma del paciente/Persona legalmente responsable Relación con el paciente Fecha

Wade Creek Clinic
 535 NE 6th Ave • Estacada, OR 97023
 F: (866) 669-3334 Tel: (503) 630-8550

Oakridge Clinic
 47815 Hwy 58 • Oakridge, OR 97463
 F: (855) 313-2095 Tel: (541) 782-8304

Fern Ridge Clinic
 24934 Fir Grove Ln • Elmira, OR 97437
 F: (833) 673-0252 Tel: (541) 234-3255

McKenzie River Clinic
 54771 McKenzie Hwy • Blue River, OR 97413
 F: (833) 905-2303 Tel: (541) 822-3341

Sandy Clinic
 37400 Bell St • Sandy, OR 97055
 F: (833) 903-3607 Tel: (971)220-2701

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MARKETING DE ORCHID HEALTH

¿Cómo supo de nosotros? (Marque una opción o proporcione los detalles si no aparece en la lista):

- Búsqueda en línea
- De boca en boca
- Redes sociales
- Anuncio impreso
- Vio un cartel
- Otro: _____

Yo, _____, doy mi consentimiento a Orchid Health para que me envíe comunicaciones de marketing por correo electrónico. Entiendo que tengo derecho a "cancelar" la recepción de dichas comunicaciones aunque haya firmado la opción de suscripción.

Entiendo y reconozco lo siguiente:

- 1. Propósito:** Las comunicaciones que lo animan a utilizar nuestros servicios se consideran marketing. Debemos obtener su autorización. Las comunicaciones de marketing pueden incluir información sobre los servicios de Orchid Health, promociones, eventos, boletines y otros materiales de atención médica relacionados.
- 2. Participación voluntaria:** Tengo derecho a elegir si deseo o no recibir comunicaciones de marketing de Orchid Health. La participación es totalmente voluntaria.
- 3. Privacidad:** Orchid Health tratará mi información personal de acuerdo con su política de privacidad y las leyes y reglamentos aplicables.

Opciones de consentimiento:

Indique su preferencia marcando la casilla correspondiente a continuación:

- Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de marketing de Orchid Health por correo electrónico.
- NO** deseo recibir comunicaciones de marketing de Orchid Health.

Nombre del paciente o representante autorizado (en letra de molde): _____

Fecha de nacimiento _____

Si es un representante autorizado, indique su relación con el paciente _____

Firma _____ Fecha _____

Historial médico de paciente nuevo - Pediatría 6-17 años

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Problemas médicos actuales (de lo que le gustaría hablar hoy):

Indique si usted es alérgico a algún medicamento:

Nombre del medicamento. Reacción

Por favor, indique cualquier medicación que usted esté tomando actualmente, incluyendo medicamentos sin receta, suplementos de hierbas o vitaminas:

Nombre del medicamento. Dosis. Indicaciones (con qué frecuencia se le debe dar)

Vacunas

¿Sigue las fechas de vacunación recomendadas por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC)? No Sí

Explique si cambia las fechas recomendadas: _____

¿Ha estado usted hospitalizado alguna vez? No Sí En caso afirmativo, explique a continuación:

Por favor, marque con un círculo las cirugías a las que usted se haya sometido: Corazón Conductos auditivos

Amígdalas/Adenoides Apéndice Circuncisión Frenulotomía (recorte lingual) Cirugía ocular

Reparación de hernia, tipo: _____ Otros: _____

Sólo para jóvenes de 12 a 17 años ¿Quién llena esta parte del formulario?

_____ ¿Eres sexualmente activo? No Sí En caso afirmativo, número

total de parejas (pasadas y presentes): _____ En caso afirmativo, ¿siempre utilizas condón? No Sí

¿Utilizas algún otro método anticonceptivo? No Sí

Los periodos menstruales comenzaron a la edad de _____ Fecha del último período menstrual _____

_____ ¿Algún embarazo anterior? No Sí

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

¿Eres adoptado/a? No Sí (Si la respuesta es NO, llena la siguiente sección) P=Paterno M=Materno Padre Madre
Abuela Abuelo Hermano Hermana Tía Tío

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)								
Enfermedad de Alzheimer								
Alcoholismo/Abuso de sustancias								
Aneurisma								
Ansiedad y/o depresión								
Artritis								
Asma								
Bipolar o esquizofrenia								
Trastornos sanguíneos								
Cáncer								
Trastorno del desarrollo								
Diabetes								
Enfisema/ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)								
Infarto de miocardio								
Trastorno hereditario								
Colesterol alto								
Hipertensión arterial								
Enfermedad renal								
Enfermedades hepáticas								
Migrañas								
Osteoporosis								
Convulsiones/Epilepsia								
Cáncer de piel								
Ictus								
Muerte súbita cardiaca								
Trastorno tiroideo								

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA)	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de oído o audición	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Alergias/Fiebre del heno	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Eczema	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Anemia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	VIH	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Complicaciones de la anestesia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas cardiacos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Trastorno de ansiedad o ansiedad recurrente	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de riñón o vejiga	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Asma	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Enfermedades hepáticas	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Trastorno del espectro autista	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Migrañas	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Defectos congénitos o enfermedades hereditarias	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas musculares, articulares u óseos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Transfusión sanguínea	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Reflujo/Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Cáncer	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Convulsiones/Epilepsia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Varicela	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas cutáneos (erupciones/ lunares cambiantes)	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Problemas de coagulación/sangrado excesivo	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Úlceras de estómago o problemas para tragar	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Trastornos del desarrollo o del comportamiento	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Tuberculosis o prueba de la tuberculosis positiva	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Violencia doméstica	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de visión u oculares	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Infecciones crónicas de oído	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Otros:	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>

HISTORIAL SOCIOSANITARIO

Por favor, responda a las siguientes preguntas para ayudarnos a entender mejor cómo podemos apoyarle mejor a usted y a su familia. La información que nos proporcione será utilizada por su equipo médico para elaborar un plan que le ayude a mantener o mejorar su salud y bienestar y el de su familia en las áreas que usted elija.

¿Estado civil de los padres? _____

Situación de vida actual Casa Departamento Acogimiento familiar

Alojado temporalmente en un albergue o sin hogar Otro _____

¿Con quién vives/vive su hijo/a (marque todas las opciones que correspondan)? Madre Padre Padrastro o madrastra Abuelo o abuela Tío o tía Familia de acogida Hermano(s) Otro _____

Tiene problemas de plagas, moho o falta de calefacción, agua u otros servicios donde vive? Sí No

En los últimos 12 meses, a mi familia o a mí nos preocupaba que se nos acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más. Con frecuencia A veces Nunca

En los últimos 12 meses, la falta de transporte me ha impedido acudir a citas médicas o hacer cosas necesarias para la vida diaria. Con frecuencia A veces Nunca

¿Alguna necesidad dietética especial (por ejemplo, sin gluten)? Sí No En caso afirmativo, especifique: _____

¿Le interesa recibir ayuda para mejorar sus habilidades como padre/madre? Sí No

Seguridad

¿Hay algún lugar en el que usted o su hijo se sientan inseguros? Sí No En caso afirmativo, especifique: _____

¿Su casa es "segura para los niños"? Sí No

¿Hay alguien en casa que consuma drogas recreativas? Sí No

¿Fuma alguien en casa (dentro o fuera)? Sí No

Educación y actividades

Grado escolar _____ Nombre de la escuela _____

Desempeño escolar: En el promedio escolar Por encima del promedio escolar Necesita ayuda

¿Haces algún deporte? Sí No _____ ¿Alguna afición o hobby? Sí No

_____ ¿Tienes problemas de acoso escolar (bullying)? Sí No

¿Cuánto tiempo pasas frente a la pantalla (TV/computadora/teléfono) al día (en promedio)? Nada Menos de 1 hora

1-2 horas 3 horas o más ¿Cuánto tiempo pasa al aire libre al día (en promedio)? Nada Unos minutos Una hora Más de una hora

Sólo para jóvenes de 12 a 17 años ¿Quién llena esta parte del formulario? _____

Condición de fumador: Nunca he fumado Antes fumaba Actualmente fumo todos los días

Actualmente fumo algunos días Años consumiendo tabaco: _____ Cuántas cajetillas/día: _____

¿Consumes alguna otra forma de tabaco? Sí No ¿Utilizas cigarrillos electrónicos? Sí No

¿Hay algo más que hayamos pasado por alto y que creas que deberíamos saber?

Gracias.