

REGISTRO DE PACIENTES NUEVOS – NIÑO

INFORMACIÓN PARA NIÑOS

Nombre _____

Apellido _____

Sexo: Masculino ☐ Hembra ☐ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social del Niño _____

INFORMACIÓN PRIMARIA *(Dónde y con quién vive el niño)*

Nombre del padre/tutor _____ Seguridad Social # _____

El niño vive con: Ambos padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Padres adoptivos ☐ Abuelos ☐ Tutor Legal ☐ Menor emancipado ☐ Other _____

Dirección del domicilio del niño _____

Dirección postal (si es diferente al anterior) _____

Email Address _____ Teléfono de contacto # _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de contacto _____

Teléfono de contacto # _____ Relación _____

ASISTENCIA

¿El paciente requiere interpretación de idiomas para las citas? ☐ Sí ☐ No

¿El paciente requiere interpretación de lenguaje de señas para las citas? ☐ Sí ☐ No

¿El paciente necesita ayuda con el transporte hacia/desde sus citas? ☐ Sí ☐ No

POR FAVOR, COMPLETE EL OTRO LADO



NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

TARIFAS Y FACTURACIÓN

A ningún paciente se le negará el servicio debido a la incapacidad de pagar. Ofrecemos un programa de descuento de tarifa móvil que puede proporcionar tarifas de descuento por servicios. Para ver si califica, complete la información a continuación.

Ingreso mensual bruto del hogar\$ _____

Número de miembros de la familia en su hogar _____

Me niego a ver si califico para el descuento de tarifa móvil ☐

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Tiene seguro médico? Sí ☐ No ☐

Si no, ¿desea información sobre cómo inscribirse en un seguro de salud? Sí ☐ No ☐

Nombre del seguro _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Relación del suscriptor con el paciente _____ Suscriptor último 4 de SS # _____

Empleador del suscriptor _____

Dirección del empleador _____

¿Tienes un seguro secundario? Sí ☐ No ☐

Nombre del seguro _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Relación del suscriptor con el paciente _____ Suscriptor último 4 de SS # _____

Empleador del suscriptor _____

Dirección del empleador _____

NORTH OLYMPIC HEALTHCARE NETWORK
CUESTIONARIO DE SALUD PEDIÁTRICA

FECHA: _____ NOMBRE (EN LETRA DE IMPRESIÓN): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: ☐ M ☐ F

HISTORIA DE NACIMIENTO

1. Lugar de Nacimiento: (país, ciudad) _____
2. Embarazo Normal ☐ Sí ☐ No
3. Parto normal ☐ Sí ☐ No
4. ¿El bebé llegó a término? ☐ Sí ☐ No

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1. ¿Alguna preocupación por el desarrollo?

2. Número de años en la escuela: _____
3. ¿Asiste a una escuela o clases especiales? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Problemas de disciplina o de conducta? ☐ Sí ☐ No
En caso de que respondas "sí", por favor explique: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

1. Marque cualquiera de los principales problemas médicos que tiene su hijo: ☐ Asma ☐ Alergias ☐ Depresión ☐
Ansiedad ☐ Diabetes ☐ Convulsiones ☐ Otros: _____
2. Enumere cualquier lesión/herida grave que haya tenido su hijo:

3. ¿Su hijo ha tenido varicela (la viruela de gallina)? ☐ Sí ☐ No En caso que si, ¿a qué edad? _____
4. ¿Su hijo ha tenido alguna otra enfermedad contagiosa (es decir, sarampión, paperas, etc.)? ☐ Sí ☐ No
En caso que si, indique aquí: _____
5. Vacunas:

*** Adjunte un historial de vacunas si está disponible ***

MEDICAMENTOS

1. Haga una lista de todos los medicamentos que su hijo está tomando actualmente: _____

HOSPITALIZACIONES

1. Enumere las hospitalizaciones que ha tenido su hijo (cuándo, dónde y por qué): _____

REACCIONES ALÉRGICAS

1. ¿Su hijo sufre de alguna reacción alérgica (Medicamentos, Asma, Urticaria, Eczema, Fiebre del Heno, etc)?

HISTORIA SOCIAL

- Edad del Padre: _____ Salud: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Pobre ☐ El padre ha fallecido
- Edad de la madre: _____ Salud: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Pobre ☐ La madre ha fallecido
- Número de Hermanos(as): _____ Edades: _____
- ¿Quién tiene la custodia legal del niño? _____

POR FAVOR, DÉ LA VUELTA Y COMPLETE



ANTECEDENTES FAMILIARES

1. Marque cualquier historia de enfermedades en la familia: ☐ Diabetes ☐ Enfermedad cardíaca ☐ Cáncer ☐ Tuberculosis
☐ Convulsiones ☐ Derrame/Ataque Cerebral ☐ Alergias ☐ Otros: _____

GENERAL

1. ¿Su hijo tiene actualmente algún problema o problema específico? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, por favor indíquelo aquí:

CUALQUIER COMENTARIO ESPECIAL SOBRE SU HIJO

EL ÚLTIMO MÉDICO DEL NIÑO

Indique el último médico de su hijo: _____

¿Quién llenó este formulario? _____

¿Relación con el niño? _____

Firma: _____

Fecha: _____

CUESTIONARIO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE

Gracias por completar/revisar este formulario. Su participación (voluntaria) nos ayuda a comprender mejor a nuestros pacientes y a cumplir nuestra misión como centro de salud

Fecha:

INFORMACIÓN GENERAL (Rellene para usted mismo/paciente)

<u>Primer Nombre legal del paciente:</u>	<u>Apellido:</u>	<u>Nombre preferido:</u>	<u>Fecha de nacimiento (paciente):</u>
1a. ¿Cuál es su (paciente) idioma preferido?		1b. ¿Necesita usted (paciente) un intérprete? ☐ Sí ☐ No	

VIVIENDA / INGRESOS (Completar en base a la información del hogar)

2. ¿Cuántas personas hay en su hogar, incluyéndolo a usted?	3. ¿Cuál es el ingreso anual de su hogar (total combinado para usted y su hogar)? <i>Dependiendo de sus ingresos, puede ser elegible para recibir asistencia. \$</i>		
	☐ \$0-15,500	☐ \$26,001-31,000	☐ \$55,001-64,000
	☐ \$15,501-20,000	☐ \$31,001-39,000	☐ \$64,001-85,000
	☐ \$20,001-26,000	☐ \$39,001-55,000	☐ \$85,001+
4. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy? <i>Tengo una vivienda estable:</i> ☐ Dueño(a) ☐ Alquilar			
<i>No tengo una vivienda estable:</i>			
☐ Alojamiento (viviendo con otra familia) ☐ Refugio ☐ Calle / Parque / Auto			
☐ Vivienda de Apoyo Permanente ☐ Transición (Hogar de Recuperación) ☐ Otro			
5. En los últimos 2 años, ¿el trabajo agrícola estacional/migratorio ha sido su principal fuente de ingresos o la de su familia? ☐ Sí ☐ No			
6. ¿Es usted (paciente) un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No			

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (Rellene para usted mismo/paciente)

7. ¿Cuál es el sexo (del paciente)?
8. ¿Es usted (paciente) hispano y/o latino? ☐ Mexicano, Mexicano Americano, Chicanx ☐ No soy de origen Hispana, Latina o Española ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otra origen Hispana, Latina o Española
9. Describa su origen racial (paciente). <i>(Indios Americanos, Afro-Americanos, Chinos, Filipinos, Japoneses, Mam, Blancos, etc.)</i> _____

*****Para uso en el futuro: Ponga sus iniciales y la fecha a continuación una vez que haya revisado este formulario en cada revisión anual.*****

_____ | _____ | _____ | _____ | _____

<u>SOLO PARA USO EN LA OFICINA</u>	<u>Completado por:</u>	<u>MRN:</u>
------------------------------------	------------------------	-------------

Demográfico del Paciente

Quizás se pregunte por qué necesitamos esta información. North Olympic Healthcare Network es un **Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC, por sus siglas en inglés)**, un tipo especial de centro de salud comunitario. Ofrecemos atención a todos, independientemente de su edad, sexo, etnicidad o si un paciente tiene seguro o puede pagar.

Sus respuestas en este formulario nos ayudan a:

- Comprender las necesidades emocionales, financieras, y otro de nuestros pacientes
- Identificar quién puede beneficiarse de la asistencia
- Brindar atención personalizada y de alta calidad
- Cumplir nuestra misión como centro de salud comunitario
- Cumplir con nuestros requisitos de presentación de informes como FQHC

Sus respuestas son seguras

Mantenemos sus respuestas privadas y seguras. Solo los reportamos de una manera que no identifica a las personas.

Cómo llenar el PDQ

Por favor, lea atentamente cada pregunta y responda lo mejor que pueda.

Si está llenando el formulario en nombre de otra persona (esposo(a), hijo(a), etc.):

- Complete las secciones **de Información General e Información Demográfica** según la información del paciente.
- Complete la sección **Vivienda/Ingresos** según la información del hogar del paciente.

Revisión del PDQ Cada Año

Una vez al año le pediremos que revise la información de este formulario.

Si no hay cambios, escriba sus iniciales y ponga la fecha en el espacio en la parte inferior del formulario.

Si necesita hacer cambios, escriba una línea en la respuesta anterior y complete la casilla de verificación de la nueva respuesta corregida. A continuación, ponga sus iniciales y la fecha en el espacio de la parte inferior del formulario.

¡Gracias por elegir North Olympic Healthcare Network para sus necesidades de atención médica!