

Cuestionario de Control Para el Paciente

Nombre: _____

¿Quién acompaña al paciente? _____ Parentesco: _____

¿Cuál preocupación tiene usted hoy, si es que hay alguna?

¿Ha tenido el paciente desde la última cita algunos de los siguientes síntomas?

Bebés/infantes solamente:

- Mala alimentación
- Suda cuando se alimenta
- Bajo peso/subida de peso Irritabilidad inusual

- Cianosis (se vuelve azul)

- Ninguno de los anteriores

Todos los pacientes: ¿Tiene alguna inquietud sobre lo siguiente?

- Habilidades motoras
- Habilidades lingüísticas
- Desarrollo social / emocional
- Aprendizaje / habilidades académicas
- Sin preocupaciones de desarrollo

Todos los pacientes: desde su última visita, ¿ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

Dificultad para respirar

- Problemas con el ejercicio
- Fatiga anormal
- Desmayo
- Dolor de pecho
- Palpitaciones (frecuencia cardíaca rápida o irregular)
- Aturdimiento
- Ningún síntoma en absoluto

Medicamentos que se toman actualmente para el corazón del paciente:

Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis
-------------	-------	-------------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Otros Medicamentos:

_____	_____
-------	-------

_____	_____
-------	-------

¿Algún nuevo antecedente familiar relacionado con el corazón que informar?

Sí - explique: _____

No

Grado de escuela actual, si aplica: _____ Escuela: _____

¿Es el paciente físicamente activo?

No activo en absoluto

Juego activo (niños pequeños)

Deportes recreativos (amigos, parques y recreación, etc.)

Deportes competitivos (cuáles: _____)

Entrenamientos individuales

¿El paciente usa alguno de los siguientes:

Tabaco

Vapeo / nicotina

Alcohol

Drogas recreativas (cuáles: _____)

Bebidas energéticas

Otras con cafeína

¿Algo más que le gustaría que supiéramos?

Nombre: _____ Fecha: _____

Cuestionario COVID-19

Debido a la infección con COVID-19 y la vacuna podrían tener efectos en el corazón, para nosotros es de mucha utilidad conocer su historia relacionada al COVID-19. Por favor, conteste las siguientes preguntas de la mejor manera posible.

1. ¿Ha recibido el paciente la vacuna contra el COVID-19?

No

Si: ___ Pfizer ___ Moderna ___ J&J

 ___ Una dosis ___ Dos dosis ___ Dos dosis más refuerzo

Fecha aproximada de la última vacuna: _____

2. ¿Se ha contagiado el paciente de COVID-19?

No

Si

3. Si su respuesta es afirmativa:

Fecha aproximada de infección: _____

¿Presentó síntomas durante la infección?

No

Si

¿Requirió hospitalización?

No

Si

¿Tuvo fiebre?

No

Si

¿Cuántos días con fiebre? _____

Si el paciente tuvo síntomas, por favor marque los que correspondan:

Síntomas	Durante la enfermedad	Aun presentes
Tos	_____	_____
Congestión/secreción nasal	_____	_____
Dolor de pecho	_____	_____
Dificultad para respirar	_____	_____
Dolor muscular	_____	_____
Perdida del olfato/gusto	_____	_____
Dolor de garganta	_____	_____
Nausea/Vomito	_____	_____
Diarrea	_____	_____
Fatiga	_____	_____
Dolor de cabeza	_____	_____

Patient Name: _____ DOB: _____



POLÍTICA DE CITAS PERDIDAS (NO PRESENTARSE)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lea atentamente y ponga sus iniciales a continuación:

En CHCCO, nuestro objetivo es brindar un excelente servicio de manera oportuna por lo tanto, necesitamos su ayuda.

Las citas canceladas, las citas perdidas y llegar atrasado a una cita afectan nuestra capacidad de permanecer abiertos, según lo programado, dar citas oportunas a los pacientes que las necesitan y brindar un excelente nivel de atención. Hacemos un esfuerzo por acomodarnos en nuestra programación, de modo que se puedan satisfacer las necesidades de nuestros pacientes. Aunque siempre les hemos pedido a nuestros pacientes y sus familias que nos notifiquen si no pueden asistir a su cita, las circunstancias han hecho necesario que implementemos una Política de citas perdidas. Queremos asegurarnos de que las citas estén disponibles para aquellos pacientes que las necesiten y deseen.

_____ (iniciales) Si no puedo asistir a mi cita, notificaré a la CHCCO lo antes posible y a más tardar 24 horas antes de la cita.

_____ (iniciales) Si no me presento a una cita, o si reprogramo dentro de las 24 horas posteriores a mi cita, se me cobrará una multa de \$100, y esto no será cubierto por mi plan de seguro médico.

_____ (iniciales) Si llego más de 15 minutos tarde a una cita, es posible que deba reprogramar la cita.

_____ (inicial) Los pacientes con múltiples ausencias no serán reprogramados, por lo que los horarios de las citas pueden estar disponibles para aquellos que los necesiten y deseen.

Yo, (en letra de imprenta) _____ (paciente o parte responsable), reconozco que he leído y comprendido las declaraciones anteriores y que soy responsable de los cargos a mi cuenta.

Firma

Date

Children's Heart Center of Central Oregon
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE HIPAA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

La Ley de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud (HIPAA) de 1996 entró en vigor para proteger su Información de Salud Personal (PHI) de ser revelada a personas no autorizadas.

El Aviso de HIPAA disponible en nuestro sitio web (copias impresas disponibles en la ubicación de nuestra clínica) es nuestra política de privacidad y explica cómo se puede usar o divulgar su PHI, así como sus derechos de acceso y control de su PHI. Este Aviso entrará en vigor en el futuro. Se volverá a emitir un nuevo formulario de reconocimiento si hay cambios significativos en esta política.

Firme este formulario para reconocer que ha recibido y leído una copia de nuestra política de privacidad, o que se ha negado a leer una copia. Si tiene alguna pregunta sobre la política de privacidad, consulte a un miembro de nuestro personal.

Formulario completado por (letra de imprenta) _____ para el paciente previamente mencionado.

Firma: _____ Fecha: _____