

Children's Heart Center of Central Oregon
Registro del Paciente

Información del Paciente

Nombre: APELLIDOS _____, _____ PRIMER _____ SEGUNDO _____
Fecha de Nacimiento: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro
Pronombre: ☐ él/el ☐ ella/ella ☐ ellos/ellos ☐ otro, por favor especifique: _____
Dirección del paciente: _____
Teléfono Móvil (si corresponde): _____

Padres/Guardianes

- 1) Nombre: Apellidos _____, _____ nombres _____
Relación: ☐ Madre ☐ Padre ☐ otro (por favor especifique _____)
Teléfono Móvil: _____ Otro teléfono: _____
Dirección (si es diferente a la de arriba): _____
Email: _____
☐ Contacto principal (la persona con quien Podemos contactarnos para citas, confirmar citas, resultados de exámenes, etc.)

Nombre: Apellidos _____ Nombres _____
Relación: ☐ madre ☐ padre ☐ otro (por favor especifique _____)
Teléfono celular: _____ Otro teléfono: _____
Dirección (si es diferente al de arriba): _____
Correo electrónico: _____
☐ Contacto principal (la persona con quien Podemos contactarnos para citas, confirmar citas, resultados de exámenes, etc.)

- 2) Nombre: Apellidos _____ Nombres _____
Relación: ☐ madre ☐ padre ☐ otro (por favor especifique _____)
Teléfono celular: _____ Otro teléfono: _____
Dirección (si es diferente al de arriba): _____
Correo electrónico: _____
☐ Contacto principal (la persona con quien Podemos contactarnos para citas, confirmar citas, resultados de exámenes, etc.)

- 3) Nombre: Apellidos _____ Nombres _____
Relación: ☐ madre ☐ padre ☐ otro (por favor especifique _____)
Teléfono celular: _____ Otro teléfono: _____
Dirección (si es diferente al de arriba): _____
Correo electrónico: _____
☐ Contacto principal (la persona con quien Podemos contactarnos para citas, confirmar citas, resultados de exámenes, etc.)

Para Contacto primario:

Si no Podemos contactarle por llamada telefónica, por favor seleccione todo lo que corresponda:

- ☐ Podemos enviarle un texto
☐ Podemos enviarle un correo electrónico
☐ Podemos dejarle un mensaje en su casillero de voz
☐ Podemos dejarle un mensaje con otro padre/guardián

Parte Responsable

Nombre: APELLIDOS _____ NOMBRES _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro

Si no se ha mencionado arriba:

Dirección: _____

Celular: _____ Otro Teléfono: _____

Información de Seguro de Salud

SEGURO	Número de identificación	Nombre del Asegurado	Fecha de Nacimiento del beneficiario
Primario			
Secundario			

Contacto de Emergencia, si no se ha mencionado arriba:

Nombre: APELLIDOS _____ NOMBRES _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono celular: _____ Otro teléfono: _____

Algún otro individuo que no se ha mencionado arriba quien esté autorizado para buscar asistencia médica para mi hijo:

Nombre	Relación para con mi hijo

ACUERDO FINANCIERO

Yo, el firmante,

☐ no tengo cobertura de seguro médico☐ tengo cobertura de seguro médico y autorizo pagos directo a favor de The Children's Heart Center of Central Oregon.

Yo acepto que me haré financieramente responsable por todos los cargos ya sea que el Seguro de salud los cubra o no. **Habrà un 10% de sobrecargo anual por las facturas que no se paguen dentro de un plazo de 30 días. Las cuentas o saldos pendientes que no hayan sido canceladas dentro de un periodo de 90 días podrían ser enviadas a una agencia de cobro.** SI SE HICIERA NECESARIO USAR UNA COMPAÑIA DE COLECCIÓN, EL FIRMANTE ESTÁ DE ACUERDO EN PAGAR TODOS LOS COSTES Y GASTOS INCLUYENDO LOS PAGOS RASONABLES DE UNA ABOGADO. Además, yo autorizo a CHCCO para que tenga acceso y de acceso de información necesario para facilitar el tratamiento, pagos u otras actividades para el cuidado médico.

Entiendo que habrá un sobrecargo de \$100 por aquellas citas a las cuales no me presente ("no shows") y por las citas que no se cancelen dentro de un periodo de antelación de 24 horas.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____

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: _____

Centro Cardíaco Infantil del Centro de Oregón
Cuestionario Para Pacientes

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____
Nombre de preferencia o cómo gusta que le llamen, si es diferente al mencionado: _____ Edad: _____

¿Cuál es la principal pregunta o inquietud con la que podemos ayudarle hoy?

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?

- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Problemas con el ejercicio / actividad
- ☐ Fatiga anormal
- ☐ Desmayo
- ☐ Dolor de pecho
- ☐ Palpitaciones (latidos cardíacos rápidos o anormales)
- ☐ Mareos / aturdimiento
- ☐ Hinchazón del tobillo

¿Experimenta alguno de los siguientes síntomas?

- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Problemas con el ejercicio / actividad
- ☐ Fatiga anormal
- ☐ Desmayo
- ☐ Dolor de pecho
- ☐ Palpitaciones (latidos cardíacos rápidos o anormales)
- ☐ Mareos / aturdimiento
- ☐ Hinchazón del tobillo
- ☐ **Ningún síntoma en absoluto**

¿Tiene preguntas o inquietudes sobre lo siguiente:

- ☐ Seguro médico
- ☐ Restricciones de trabajo / actividad
- ☐ Actividad sexual
- ☐ Preocupaciones reproductivas (embarazo, problemas genéticos)
- ☐ Pronóstico a largo plazo
- ☐ Depresión / ansiedad

HISTORIA MÉDICA PASADA

Diagnóstico cardíaco, si se conoce: _____ Edad al momento del diagnóstico: _____

Procedimientos quirúrgicos cardíacos:

Fecha/Año	Procedimiento	Doctor	Lugar

Procedimientos de cateterismo cardíaco:

Fecha/Año	Procedimiento	Doctor	Lugar

Otros procedimientos quirúrgicos (no cardíacos):

Fecha/Año	Procedimiento	Doctor	Lugar

Otras hospitalizaciones:

Fecha/Año	Razón	Lugar

Nombre del (los) cardiólogo(s) anterior(es):

Nombre	#Teléfono, si se sabe	Lugar

Por favor, mencione cualquier otra afección médica crónica:

Enumere los medicamentos actuales y las razones porque los toma:

Medicamentos	Razón	Medicamentos	Razón

Alergias:

- ☐ Ninguna
☐ Alergias a medicamentos _____
☐ Otras alergias _____

- ☐ ¿Está el paciente con las vacunas al día?
☐ Sí
☐ No; razón: ☐ Poniéndose al Día ☐ Motivos Religiosos ☐ Decisión del Padre ☐ Otro

¿Le han dicho que use antibióticos antes del cuidado dental? ☐ **SÍ** ☐ **No**
 Have you been told to restrict physical activity? ☐ **SÍ** ☐ **No**
 Females only: Have you had any pregnancies? ☐ **SÍ** ☐ **No**

HISTORIAL MÉDICO DE LA FAMILIA

Marque todo lo que corresponda (padres, hermanos, tías, tíos, primos o abuelos) y proporcione los detalles en el espacio provisto:

Qué:

- ☐ Nació con un defecto cardíaco
☐ Anormalidad del ritmo cardíaco
☐ Muerte súbita a temprana edad
☐ Desmayos
☐ Soplo cardíaco
☐ Colesterol alto
☐ Ataque cardíaco temprano (¿a qué edad?)
☐ Hipertensión
☐ Asma
☐ Otro

Quién/cualquier otro detalle:

Algún otro problema medico que se presenta en su familia:

HISTORIA SOCIAL

Nivel de Educación Completado: _____

Si actualmente está en la universidad, ¿en qué escuela? _____

Carrera _____

En Qué Trabaja _____

¿Cada cuánto te ejercitas? ¿Qué tipo de ejercicio? _____

- ☐ Casi nunca
- ☐ 1-3 veces a la semana
- ☐ 4-6 veces a la semana
- ☐ Todos los días o casi cada día

¿Utiliza alguno de los siguientes:

☐ Tabaco; ¿cuánto/con qué frecuencia?

☐ Drogas recreativas; cuáles: _____

☐ ¿Cuánto alcohol/con qué frecuencia? _____

☐ Bebidas energéticas

☐ Otra cafeína (refrescos / té / café / píldoras)

☐ Vapear _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Tiene el paciente alguno de los siguientes síntomas o problemas? Marque todo lo que corresponda y explique en la sección de comentarios a continuación.

GENERAL	☐ Nada	☐ Debilidad	☐ fiebre	☐ perdida de peso	☐ subida de peso
PIEL	☐	☐ ronchas	☐ cambio de color		
VISTA	☐	☐ miopía	☐ larga distancia	otros problemas (explique abajo)	
OIDOS/NARIZ/GARGANTA	☐	☐ infecciones de oídos ☐ problemas de audición ☐ sangrado de encías	☐ sinusitis ☐ descargas nasales ☐ hemorragias nasales	☐ dientes muy juntos ☐ caries/otros problemas dentales; por favor explique abajo	
DORMIR	☐	☐ ronquidos	☐ Respiración irregular durante el dormir	☐ Dificultad para dormir	☐ mucho sueño en el día
PULMONES	☐	☐ tos	☐ silbido del pecho	☐ respiración ruidosa	☐ tose sangre
GASTROINTESTINAL	☐	☐ nausea ☐ vómitos	☐ estreñimiento ☐ diarrea	☐ dolor abdominal ☐ distensión abdominal	☐ sangre en la deposición
URINARIO	☐	☐ sangre en la orina	☐ dolor a la orina	☐ orinar frecuentemente	
CICLO MENSTRUAL (SOLAMENTE MUJERES)	☐	☐ irregularidad menstrual	☐ calambres menstruales excesivos		
OSEO-MUSCULAR	☐	☐ escoliosis ☐ dolor de espalda	☐ inflamación articular	☐ dolor a las articulaciones (por favor explique abajo)	
ENDOCRINOLOGICO	☐	☐ sed excesiva	☐ intolerancia al frío/calor	☐ cambio en el apetito (por favor explique abajo)	
HEMATOLOGICO	☐	☐ anemia o hierro bajo	☐ moretones con facilidad	☐ hemorragias anormales	☐ coágulos sanguíneos
NEUROLOGICO	☐	☐ convulsiones ☐ dolor de cabeza	☐ mala coordinación ☐ entumecimiento	☐ dificultad al caminar ☐ dificultad para hablar	☐ hormigueo
PSICOLOGICO	☐	☐ depresión ☐ ansiedad	☐ cambio del estado de ánimo	☐ déficit atencional ☐ hiperactividad	☐ estrés inusual

Comentarios, o cualquier otra cosa que le gustaría que supiéramos:
