

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. **Habrá 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:

<p>Qué:</p> <input type="checkbox"/> Nació con un defecto cardíaco <input type="checkbox"/> Anormalidad del ritmo cardíaco <input type="checkbox"/> Muerte súbita a temprana edad <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco temprano (¿a qué edad?) <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Otro	<p>Quién/cualquier otro detalle:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

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

Comentarios, o cualquier otra cosa 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	_____	_____