

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: _____

**CLÍNICA DE CARDIOLOGÍA FETAL
CUESTIONARIO PARA PACIENTES NUEVOS**

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Razón por la que fue derivado: _____

Respecto a este embarazo:

¿Quién es tu obstetra? _____
¿Cuál es su edad gestacional al momento de la cita con nosotros? _____ semanas
¿Cuál es su fecha prevista de parto? _____
¿Cuál será su lugar de parto previsto? St. Charles – Bend
 Otro _____
¿Ha tenido alguna complicación durante este embarazo?

¿Quién será el proveedor de atención primaria de su bebé?

Historial De Embarazos Anteriores:

Incluyendo esta vez, ¿cuántas veces ha estado embarazada? _____
¿Cuántos hijos vivos tiene? _____
¿Ha tenido abortos espontáneos o mortinatos? Si No
Si es así, ¿a las cuántas semanas? _____
¿Ha tenido otras complicaciones en el embarazo en el pasado? Si No
En caso afirmativo, explíquelo por favor:

Historia Médica Pasada:

¿Tiene antecedentes personales de enfermedades cardíacas? Si No
En caso afirmativo, explíquelo por favor:

¿Está tomando vitaminas prenatales? Si No
¿Está tomando otros medicamentos? Si No
En caso afirmativo, indique:

¿Tiene alguna condición médica crónica? Si No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

¿Ha tenido alguna hospitalización anterior? Si No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

Historia familiar (responda por la familia de la madre del bebé y la familia del padre del bebé):

¿Algún miembro de la familia ha tenido lo siguiente:

- Nació con un defecto cardíaco congénito
- Muerte repentina en un bebé, niño o adulto joven
- Anormalidades del ritmo cardíaco
- Síndromes genéticos

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

Historia Social:

Estado Civil: Casada Soltera Divorciada Viuda

Enumere los niños que viven con usted y sus edades:

Mayor Nivel de Educación Completado: _____

Ocupación: _____

¿Participará el padre del bebé en el cuidado del bebé? Si No

Ocupación del padre del bebé, si aplica: _____

Si es un embarazo subrogado, ubicación de los padres del bebé: _____

Historial de tabaquismo: Nunca No durante este embarazo

Sí; lista cantidad/frecuencia _____

Uso de drogas recreativas: Nunca No durante este embarazo

Sí; lista cantidad / frecuencia: _____

Consumo de alcohol: Nunca No durante este embarazo

Sí; lista cantidad / frecuencia: _____

¿Hay algo más que le gustaría hacernos saber?

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 | _____ | _____ |