

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 del paciente, o cómo gusta que le llamen, si es diferente al mencionado: _____

Edad: _____

¿Quién acompaña al paciente hoy?

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---|
| ☐ Madre | ☐ Padrastro | ☐ Padre adoptivo |
| ☐ Padre | ☐ Abuelos | ☐ Amigo |
| ☐ Madrastra | ☐ Tío/tía | ☐ Otro _____ |

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

¿Cuál de los siguientes síntomas experimenta el paciente?

Solo bebés/niños pequeños

- ☐ Mala alimentación
- ☐ Suda cuando se le alimenta
- ☐ Poco aumento de peso
- ☐ Irritabilidad inusual

Todos los pacientes, incluyendo
bebés/niños pequeños:

- ☐ Se torna azul
- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Problemas con el ejercicio / actividad
- ☐ Fatiga anormal
- ☐ Desmayo
- ☐ Dolor de pecho
- ☐ Palpitaciones (latidos cardíacos rápidos o anormales)
- ☐ Mareos / aturdimiento
- ☐ Ningún síntoma

Desarrollo (todos los pacientes):

¿Tiene inquietudes sobre lo siguiente:

- ☐ Habilidades motoras o lingüísticas
- ☐ Desarrollo social o emocional
- ☐ Aprendizaje / habilidades académicas
- ☐ Comportamiento

EMBARAZO/HISTORIAL MÉDICO

- ☐ desconozco detalles sobre el embarazo o el parto. (Si no lo sabe, continúe con hospitalizaciones a continuación).

Paciente nació ☐ a tiempo ☐ prematuramente (¿a las cuantas semanas? _____)

Peso al nacer: _____ libras _____ onzas.

Complicaciones en el embarazo (marque todo lo que aplique, y de cualquier detalle que venga al caso en los espacios provistos):

- ☐ Enfermedad de la madre
- ☐ Uso de tabaco por parte de la madre
- ☐ Uso de drogas por parte de la madre
- ☐ Uso de alcohol por parte de la madre
- ☐ Uso de medicamentos además de las prenatales
- ☐ Otras complicaciones

¿Hubo complicaciones en el parto? ☐ No ☐ Si (por favor explique:)

Complicaciones con el neonato (marque todo lo que corresponda, y dé cualquier detalle que venga al caso en el espacio correspondiente):

- ☐ El Bebé necesitó oxígeno (por cuanto tiempo _____)
- ☐ El bebé necesitó respirador (por cuánto tiempo _____)
- ☐ Diagnóstico de síndrome genético
- ☐ Diagnóstico de defecto cardíaco
- ☐ Otras complicaciones de recién nacidos

Hospitalizaciones. No incluyendo visitas a la sala de emergencia o cuidado de urgencia ¿ha estado el paciente hospitalizado? ☐ No ☐ Sí

Si sí, por favor provea detalles (por favor incluya procedimientos quirúrgicos)

Por favor, escriba una lista de los medicamentos que toma y las razones de por qué los toma:

¿Cuándo?

¿Dónde?

Razón

Medicamento	Razón	Medicamento	Razón

Alergias: ☐ Ninguna
☐ Alergias a medicamentos. _____
☐ Otras alergias _____

¿Está el paciente con las vacunas al día?

☐ Sí
☐ No; razón: ☐ Poniéndose al día ☐ Razón Religiosa ☐ Decisión del padre ☐ Otra

HISTORIAL DE LA FAMILIA

Marque todo lo que corresponda (padres, hermanos, tías, tíos, primos, o abuelos), y denos detalles en los espacios correspondiente:]

Qué:

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

Quién/cualquier otro detalle:

HISTORIAL SOCIAL

¿Con quién vive el paciente (marque todo lo que corresponda)?

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| ☐ Madre biológica | ☐ Madrastra | ☐ Amigo |
| ☐ Padre biológico | ☐ Padrastro | ☐ Tía |
| ☐ Hermano(s); ¿cuántos? _____ | ☐ Abuela | ☐ Tío |
| ☐ Custodia compartida | ☐ Abuelo | ☐ Otro _____ |
| ☐ Padre(s) adoptivo(s) | ☐ Padres Transitorios | |

¿Alguien fuma en la casa? ☐ No ☐ Sí

Ocupación de la madre:

Ocupación de otro cuidador primario:

Ocupación del padre:

Ocupación de otro cuidador primario:

Escuela (Marque todo lo que corresponda):

- | | |
|--|--|
| ☐ No va a la escuela aun | ☐ Jardín/pre-kinder |
| ☐ Grado K-12 ⇒ Cual grado _____ Nombre de la Escuela: _____ | ☐ Escuela Online |
| ☐ Estudia en casa (que grado _____) | ☐ Tiene un GED |
| ☐ Por el momento no va a la escuela | |
| ☐ Graduado de la preparatoria | |
| ☐ Universidad ⇒ Título _____ Nombre de la escuela: _____ | |

Actividades Físicas: ¿Participa en deportes el paciente? (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Nada de activo
- ☐ Activo en los juegos (niños pequeños)
- ☐ Deportes Recreacionales (entre amigos, parques y recreaciones, etc.)(cuales deportes) _____)
- ☐ Deportes Competitivos a través de la escuela (cuáles _____)
- ☐ Deportes Competitivos en los clubes de deportes (cuales _____)
- ☐ Deportes Individuales/ejercicios (qué tipo _____)
- ☐ Otros _____

¿Algún problema de mantener el ritmo con los demás? ☐ Sí ☐ No

¿Usa el paciente cualquier de lo que sigue:

- ☐ Tabaco
☐ Drogas Recreativas; cuáles: _____
☐ Alcohol
☐ Bebidas Energéticas
☐ Otros: cafeína (sodas/te/café/pastillas)
☐ Vaping (cigarrillos eléctricos)

☐ Suplementos; cuales: _____

☐ Medicamentos; cuales: _____

☐ Expuesto a tabaquismo pasivo

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

¿Está el paciente experimentando cualquier de los siguientes síntomas o problemas? Por favor marque todo lo que corresponda, y explique con un comentario en la sección de abajo.

GENERAL	☐ Nada	☐ debilidad	☐ fiebre	☐ baja de peso	☐ subida de peso
PIEL	☐	☐ ronchas	☐ cambio en el color		
VISTA	☐	☐ miopía	☐ ver a la distancia	otros problemas a la visión (explique abajo)	
OIDO/GARGANTA/NARIZ	☐	☐ infecciones a los oídos ☐ problemas para oír ☐ sangrado de encías	☐ sinusitis ☐ descargas nasales ☐ sangramiento nasal	☐ dientes muy juntos ☐ caries/otros problemas dentales; por favor explique abajo	
DORMIR	☐	☐ ronquidos	☐ respiración irregular mientras duerme	☐ dificultad para dormir	☐ con sueño en el día
PULMONES	☐	☐ tos	☐ silbidos	☐ respiración ruidosa	☐ tos con sangre
GASTROINTESTINAL	☐	☐ nausea ☐ vómitos	☐ estreñimiento ☐ diarrea	☐ dolor abdominal ☐ hinchazón abdominal	☐ sangre en la deposición
URINARIO	☐	☐ sangre en la orina	☐ dolor al orinar	☐ orina con frecuencia	
MENSTRUAL (solamente mujeres)	☐	☐ irregularidad menstrual	☐ calambres menstruales excesivos		
OSEOMUSCULAR	☐	☐ escoliosis ☐ dolor de espalda	☐ inflamación en las articulaciones	☐ dolor en las articulaciones (por favor explique abajo)	
ENDOCRINO	☐	☐ sed excesiva	☐ intolerancia al calor/frío	☐ cambio en el apetito (por favor explique abajo)	
HEMATOLÓGICO	☐	☐ anemia o hierro bajo	☐ se da moretones con facilidad	☐ sangra anormalmente	☐ coágulos de sangre
NEUROLÓGICO	☐	☐ convulsiones ☐ dolor de cabeza	☐ mala coordinación ☐ entumecimiento	☐ dificultad al caminar ☐ dificultad al hablar	☐ cosquilleos
PSICOLÓGICO	☐	☐ depresión ☐ ansiedad	☐ cambios en el estado de animo	☐ déficit atencional ☐ hiperactividad	☐ estrés inusual

Comentarios, o alguna cosa que usted desea que sepamos:

Diario de Alimentación De 3 Días

Diario de alimentos para (nombre): _____

Complete este diario para todos los alimentos y bebidas consumidos durante 3 días seguidos. Por favor, no cambie su dieta solo porque la esté detallando.

[illegible]

[illegible]