

**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 podrán 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?

- |                                    |                                    |   |
|------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Madre     | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Padre adoptivo |
| <input type="checkbox"/> Padre     | <input type="checkbox"/> Abuelos   | <input type="checkbox"/> Amigo          |
| <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Tío/tía   | <input type="checkbox"/> 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 cuánto 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: ]

<p>Qué:</p> <input type="checkbox"/> Nació con defecto cardiaco <input type="checkbox"/> Anormalidad del ritmo cardiaco <input type="checkbox"/> Muerte súbita a edad joven <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Ataque al corazón (¿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> <p>_____</p>
---	---

**HISTORIAL SOCIAL**

- ¿Con quién vive el paciente (marque todo lo que corresponda)?
- |  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madre biológica             | <input type="checkbox"/> Madrastra           | <input type="checkbox"/> Amigo      |
| <input type="checkbox"/> Padre biológico             | <input type="checkbox"/> Padrastra           | <input type="checkbox"/> Tía        |
| <input type="checkbox"/> Hermano(s); ¿cuántos? _____ | <input type="checkbox"/> Abuela              | <input type="checkbox"/> Tío        |
| <input type="checkbox"/> Custodia compartida         | <input type="checkbox"/> Abuelo              | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Padre(s) adoptivo(s)        | <input type="checkbox"/> 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):

<input type="checkbox"/> No va a la escuela aun	<input type="checkbox"/> Jardín/pre-kinder
<input type="checkbox"/> Grado K-12 => Cual grado _____ Nombre de la Escuela: _____	<input type="checkbox"/> Escuela Online
<input type="checkbox"/> Estudia en casa (que grado _____)	<input type="checkbox"/> Tiene un GED
<input type="checkbox"/> Por el momento no va a la escuela	
<input type="checkbox"/> Graduado de la preparatoria	
<input type="checkbox"/> 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.

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

Comentarios, o alguna cosa que usted desea que sepamos:

---



---



---



---



---







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:

<b>Síntomas</b>	<b>Durante la enfermedad</b>	<b>Aun presentes</b>
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	_____	_____