



Información de nuevos pacientes

Fecha: _____

DRH Health Clinics espera satisfacer sus necesidades de atención médica. Para determinar mejor cómo cumplir con ellas, necesitamos saber sobre la afección que le motivó a venir. Indique todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los de venta libre. Su proveedor de salud revisará toda esta información y luego se pondrán en contacto con usted para una cita.

**** No podremos acoger pacientes que solo tengan necesidades de tratamiento del dolor. ****

Su prestador actual: _____

Su ubicación: _____

Clínica que solicitó: _____

Una vez que haya completado esta documentación, envíela a la clínica de su elección.



Nombre completo del paciente: _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género al momento del nacimiento: _____

Idioma: _____

Raza: _____ Etnia: Hispano o no hispano

Número de celular: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del garante: _____ Fecha de nacimiento del garante: _____

Relación con el paciente: _____

Dirección, ciudad, estado, código postal del garante (si difiere de la del paciente): _____

*** Entregue una copia de su tarjeta de seguro en la recepción en su primera visita. ***

Seguro: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Al firmar a continuación, usted autoriza al proveedor y empleados designados de DRH Health a acceder a la base de datos del Oklahoma Prescription Monitoring Program (Programa de Monitoreo de Recetas Médicas de Oklahoma) para revisar su información.

Su firma

Fecha de hoy



Autorización para divulgar la historia clínica*

PARA: _____

Quien suscribe, _____, persona capaz, de dieciocho (18) años de edad o más y debidamente facultada, lo autorizo de manera intencionada y voluntaria a divulgar la historia clínica a Duncan Regional Health.

*Véase la portada de fax para obtener la dirección, número de teléfono y fax.

Sobre ___mí mismo/a___ otros _____ la historia clínica completa en su posesión relacionada con la atención médica en general, enfermedades y tratamientos proporcionados por el periodo _____ hasta _____. Lo libero de toda responsabilidad legal o civil que pueda surgir de la presente autorización.

Además, comprendo y acepto que la información autorizada para divulgarse puede incluir historias que indiquen la presencia de enfermedades transmisibles o venéreas incluidas, entre otras, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de inmunodeficiencia humana, también conocido como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Firma del paciente o tutor _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento _____ Número del Seguro Social _____

Dirección del paciente _____

Número(s) de teléfono del paciente _____

Atención: Si el paciente es menor de edad o se encuentra incapacitado de otra manera, la ley requiere que el tutor o curador facultado legalmente autorice o consienta la divulgación de dicha información médica.



Formulario de antecedentes médicos pediátricos

Las respuestas de este formulario ayudarán a su proveedor a comprender los antecedentes médicos de su hijo/a.

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO/RELACIÓN _____

FECHA DE LLENADO DEL FORMULARIO: _____

MEDICAMENTOS:

Medicamento	Prestador que lo receta	Dosis	Cantidad de veces al día
-------------	-------------------------	-------	--------------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: No Sí

En caso afirmativo, ¿a qué medicamento(s)? _____

¿Cuál fue la reacción? _____

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN (entregue una copia del historial de vacunación de su hijo/a):

A mi leal saber y entender, mi hijo/a tiene sus vacunas al día No Sí

En caso negativo, ¿por qué? _____

ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO:

Indique si tuvo algún problema médico durante el embarazo _____

Indique cualquier medicamento que haya tomado durante el embarazo _____

Uso de drogas o alcohol durante el embarazo No Sí _____

Nació vía cesárea programada cesárea de emergencia fórceps parto asistido con ventosa parto vaginal normal

Cantidad de semanas de gestación _____

Peso al nacer _____ Peso al alta _____

¿El bebé recibió la vacuna contra la hepatitis B? No Sí En caso afirmativo, indicar en qué fecha se la dio _____

Indique cualquier problema médico durante el período neonatal _____

Nombre del hospital donde nació el niño/a _____

HOSPITALIZACIONES:

¿Su hijo/a ha pasado alguna vez la noche en el hospital? No Sí

En caso afirmativo, ¿cuándo y por qué motivo? _____

ANTECEDENTES DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS/AMBULATORIOS: (por ejemplo: tubos de ventilación, amigdalectomía, etc.)

Indique cualquier cirugía o procedimientos que le hayan realizado a su hijo/a. Incluya el año en que se realizó la cirugía/procedimiento.

Formulario de antecedentes médicos pediátricos
Página 1 de 2



Formulario de antecedentes médicos pediátricos

ANTECEDENTES SOCIALES:

¿Otras personas que no son sus padres biológicos cuidan al niño/a? No Sí

En caso afirmativo, ¿quiénes y con qué frecuencia? _____

¿Alguna persona de su hogar fuma? No Sí

Hermanos (indique si son hermanastros o medio hermanos):

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> TDA/DAH | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática/Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Contusiones | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Reflujo/Enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Eccema | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca congénita | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario |
| <input type="checkbox"/> Bronquiolitis | <input type="checkbox"/> Minusvalías/Discapacidades | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |

OTROS PRESTADORES: (Indique otros especialistas que atiendan a su hijo. Por ejemplo: fisioterapia, otorrinolaringología, etc.)

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS (según corresponda):

Edad de la menarca _____ años No ha menstruado aún _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Indique si su hijo/a tiene antecedentes familiares (padres, hermanos, abuelos maternos/paternos, tías o tíos) de alguna de las siguientes enfermedades: ****Especifique la relación maternal/paternal**

Diagnóstico	Familiar	Diagnóstico	Familiar
<input type="checkbox"/> TDA/DAH	_____	<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva	_____
<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas	_____	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	_____
<input type="checkbox"/> Alergias	_____	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	_____
<input type="checkbox"/> Asma	_____	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	_____
<input type="checkbox"/> Defectos congénitos	_____	<input type="checkbox"/> Dificultades de aprendizaje	_____
<input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedades mentales	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer, tipo _____	_____	<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca (infarto, bypass, stents)	_____	<input type="checkbox"/> Migrañas	_____
<input type="checkbox"/> Sordera/Problemas auditivos _____	_____	<input type="checkbox"/> Escoliosis	_____
<input type="checkbox"/> Depresión	_____	<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo	_____
<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo	_____	<input type="checkbox"/> Dificultades del habla	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis/Enfermedad pulmonar _____	_____
<input type="checkbox"/> Trastorno genético	_____	<input checked="" type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis/Enfermedad hepática _____	_____		

Enfermedad de tiroides

Otros

Formulario de antecedentes médicos pediátricos

Página 2 de 2