



109 WARREN ST STE 4
BEAVER DAM, WI 53916-3082
(920)885-3305 PHONE (920)885-5506 FAX
608 W BROWN ST STE 2
WAUPUN, WI 53963-1702
(920)239-2200 PHONE (920)324-2024 FAX

GRACIAS POR SU INTERÉS EN COMMUNITY PEDIATRICS, SC!

ADJUNTA POR FAVOR ENCUENTRE UNA HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE, UNA AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA SU LIBERACIÓN, UN FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR, NUESTRA POLÍTICA SOBRE VACUNAS, UN FOLLETO Y UN IMÁN CON NUESTRA INFORMACIÓN DE CONTACTO.

POR FAVOR COMPLETE CADA FORMULARIO PARA CADA PACIENTE Y REGRESE A NUESTRA OFICINA LO ANTES POSIBLE.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA CON RESPECTO A ESTOS FORMULARIOS O NECESITA FORMULARIOS ADICIONALES, NO DUDE EN PONERSE EN CONTACTO CON NUESTRA OFICINA AL (920) 885-3305 EN BEAVER DAM Y (920) 239-2200 EN WAUPUN.

ESPERAMOS PODER TRABAJAR CON USTED Y SU FAMILIA.

GRACIAS!

EL PERSONAL DE COMMUNITY PEDIATRICS.

NUEVOS PACIENTES QUE NO PRESENTEN SU PRIMERA CITA SIN NOTIFICACIÓN LAS 24 HORAS NO PODRÁN REPROGRAMARSE.



DECLARACIÓN DE POLÍTICA DE VACUNACIÓN

Comunidad de Pediatras, SC

Nosotros creemos en la vacunación.

Creemos en la efectividad de las vacunas para prevenir enfermedades graves, para promover una buena salud y para salvar vidas.

Nosotros creemos...

- ◊ En la inocuidad de la vacunación.
- ◊ En que los niños y jóvenes deben recibir todas las vacunas recomendadas y publicadas por el Centro para el Control de Enfermedades y la Academia Americana de Pediatras.
- ◊ En que, con base en todos los datos disponibles, la documentación científica y la medicina empírica, las vacunas no causan autismo u otra discapacidad de desarrollo.
- ◊ En que el timerosal, un conservante que ha formado parte de las vacunas por décadas, y que sólo se encuentra en algunas pocas actualmente, no causa autismo u otra discapacidad para el desarrollo.
- ◊ Nosotros creemos que vacunar a los niños y jóvenes es la intervención en materia de salud más importante que realizamos como una entidad prestadora de salud, y que usted(es) realiza(n) como padre(s)/guardián(es).

Nosotros sabemos, y queremos que ustedes sepan

Que las vacunas recomendadas y su programación son el resultado de años de estudios e investigaciones científicas, a partir de datos obtenidos de millones de niños por miles de nuestros más brillantes médicos y científicos.

Si usted decide no vacunar a su hijo o hija a pesar de nuestros esfuerzos y recomendaciones, le pedimos que busque otra entidad prestadora de salud que comparta su opiniones.

Nos complace siempre responder cualquier pregunta o discutir cualquier preocupación que usted pueda tener en relación a las vacunas.

Nosotros entendemos que siempre ha habido una controversia en relación con la vacunación, y siempre la habrá; sin embargo, ello no cambia los hechos, la ciencia o evidencia que se tiene sobre las vacunas. La campaña sobre la vacunación no es más que una víctima de su propio éxito. Precisamente se debe a que las vacunas son tan efectivas para prevenir enfermedades que nosotros podemos discutir si las ofrecemos o no. Debido a la inocuidad y efectividad de las vacunas, pocas personas han visto a niños con polio, tétanos, tos ferina, meningitis o hasta varicela. Y eso es maravilloso.

No hemos redactado esto para asustarle u obligarle a vacunarse, sino para sensibilizarle sobre los hechos y enfatizar la importancia de la vacunación de su hijo o hija. Nosotros reconocemos que tomar una decisión puede ser algo emocional para algunos padres, por lo que nosotros haremos lo que podamos para apoyarles y ayudarles a entender que la vacunación es algo de debemos hacer.

Por favor, deben comprender que el retraso o "ruptura" de las vacunas dadas una o dos veces a la vez en dos o más visitas van en contra de las recomendaciones profesionales y pueden poner a su hijo o hija en riesgo de una enfermedad grave o hasta la muerte. Esta acción va en contra de nuestro consejo médico y de nuestros principios en la Comunidad de Pediatras. Si elige estas opciones, usted debe firmar una confirmación de "Rechazo de vacunación" en caso de que ocurra un retraso largo.

Date _____

INFORMACION del PACIENTE (imprima por favor)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ El sexo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ código postal _____

Teléfono () _____ Lenguaje: _____

Raza: (circule uno)

- Indio Americano ó Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro
- Nativo de Hawaii o de las Islas Pacíficas
- No contesta

Y

Etnicidad (circule uno)

- Desconocida
- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino
- No contesta

INFORMACION de los PADRES

Madre _____ Email _____ SS# _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ código postal _____

Teléfono () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

Ocupación _____ El empleador (la compañía) _____

Padre _____ Email _____ SS# _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ código postal _____

Teléfono () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

Ocupación _____ El empleador (la compañía) _____

Paso de los padres _____ Email _____ SS# _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ código postal _____

Teléfono () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

Ocupación _____ El empleador (la compañía) _____

Contacto de emergencia si no podemos alcanzarle directamente (diferente que padres)

Nombre _____ La relación al Paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ código postal _____

Teléfono () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

Número de contacto de preferencia para: Información médica: _____

Recordatorios: _____

Consiento al tratamiento de mi mismo/mi niño para el cuidado médico rutinario, incluyendo examen físico, consulta de niño sano y las vacunaciones. (Comprendo que tengo el derecho de negarme tratamiento).

Yo, por la presente autorizo a Community Pediatrics, SC a entregar a mi corredor de seguro cualquier información incluyendo el diagnóstico y el registro de cualquier tratamiento o examen. Yo también autorizo y solicito que Community Pediatrics, SC sea pagado directamente por servicios rendidos. Comprendo y concuerdo que soy financieramente responsable de todas los cargos sean pagados o no por la aseguranza.

La firma de Paciente/Guardián _____ la Fecha _____

Razon para la Firma de Guardián _____

(For office use only)
 Copy of Insurance Card _____ Immunization Record _____ Patient History _____ HIPPA _____
 Medical Records _____ Requested From _____ Date Received _____
 Advanced Directive ___ yes ___ no

La AUTORIZACION PACIENTE SOLTAR la SALUD PROTEGIDA INFORMACION
(Complete en lleno. Vea lado inverso para la información importante).

I. INFORMACION PACIENTE

(Nombre del Paciente) _____ (Fecha de Nacimiento)

(Dirección de calle) _____ (Ciudad, Estado, código postal)

II. AUTORICE:

(El nombre de Médico, facilidad de asistencia médica, otro) _____ (Número de teléfono/fax)

(Dirección de calle) _____ (Ciudad, Estado, código postal)

III. Para SOLTAR la SALUD PROTEGIDA INFORMACION A:

Community Pediatrics, SC 920-885-3305/920-885-5506
(El nombre de Médico, facilidad de asistencia médica, otro) (Número de teléfono/fax)
109 Warren Street, Suite 4 Beaver Dam, WI 53916
(Dirección de calle) (Ciudad, Estado, código postal)

IV. La INFORMACION de la SALUD para SER SOLTADA:

___ Todos los Historiales médicos de ___ Las Películas de la radiografía – Especifica
___ Las inmunizaciones y Gráfico de Crecimiento ___ Facturar Registros – Especifica
___ el laboratorio reportea ___ Otro

A. En conformidad con Estatutos de Wisconsin que requieren permiso especial soltar de otro modo privilegio información, por favor registros de liberación que pertenece a:

___ Salud Mental ___ Incapacidades de desarrollo
___ Alcoholismo ___ Dopaje
___ VIH (SIDA) ___ Otro _____

V. EL PROPOSITO O NECESITA PARA Otro la REVELACION: (marque categorías aplicables)

___ Cuidado Médico adicional ___ En petición de Paciente ___ evaluación de vocacional de
___ Elegibilidad/Beneficia de seguro ___ Investigación legal rehabilitacion
___ Determinación de incapacidad ___ Otro _____

VI. VENCIMIENTO

Esta autorización expirará en _____ (DD/MM/YYYY). Si yo no indico una fecha, esto expirará uno (1) año de la fecha de mi firma abajo.

VII. FIRMA

He tenido oportunidad para leer y considerar el contenido de esta Autorización que el proveedor de asistencia médica mi uso y/o revelar a las personas y/o organizaciones denominó en esta forma que la información protegida de la salud describió en esta forma.

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta Autorización es firmada por un representante a favor de este paciente, complete el siguiente:

El Nombre de representante: _____

La relación al Paciente: _____

TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACION DESPUES DE QUE USTED LO FIRME

VEA LADO INVERSO PARA la INFORMACION IMPORTANTE.

Cuestionario inicial de la historia clínica

Formulario completado por:	Nombre:		
Fecha inicial que se completó:	Número de documento:		
Fecha(s) de actualización:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F

GENERAL

¿Cree que su hijo está en buen estado de salud? Sí No No sé Explicar: _____

¿Su hijo presenta alguna necesidad médica especial? Sí No No sé Explicar: _____

¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez? Sí No No sé Explicar: _____

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento o fármacos? Sí No No sé Explicar: _____

HISTORIAL SOCIAL

Favor enumerar todas las personas que viven en el hogar con el niño.

Nombre	Parentesco con el niño	Fecha de nacimiento / edad

Favor enumerar los otros hermanos que no viven en la casa.

Nombre	Fecha de nacimiento / edad	¿Dónde están viviendo?

¿El niño vive con ambos padres biológicos? Sí No

En caso que haya contestado no, ¿cuál es la condición de vida actual del niño?

Custodia monoparental Custodia compartida Familia adoptiva

Otros miembros de la familia: _____ Hogar de acogida

¿Con qué frecuencia el niño visita a los padres que no viven con él?

HISTORIAL DE NACIMIENTO

Peso al nacer: _____

Parto a término Parto pretérmino _____ semanas

Parto posttérmino _____ semanas

Parto: Vaginal Cesárea Razón: _____

¿Alguna complicación durante o después del parto? No Sí

Explicar: _____

¿Fue necesario llevar al bebé a la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales)?

No Sí Explicar: _____

Durante el embarazo, la madre:

¿tomó vitaminas prenatales? Sí No No sé

¿fumó o utilizó cigarrillos electrónicos? Sí No No sé

¿bebió alcohol? Sí No No sé

¿consumió marihuana? Sí No No sé

¿consumió drogas ilegales? Sí No No sé

¿tomó algún otro medicamento? Sí No No sé

Si contestó que sí, favor enumerar:

Tipo de sangre:

Madre: _____ No sé

Bebé: _____ No sé

Resultados de laboratorio de la madre:

Hepatitis B Pos Neg No sé

VIH Pos Neg No sé

Streptococos Grupo B (GBS) Pos Neg No sé

Después del parto, el bebé:

¿recibió una inyección de vitamina K? Sí No No sé

¿recibió una pomada de eritromicina para los ojos? Sí No No sé

¿recibió una inyección para la hepatitis B? Sí No No sé

¿Cómo se alimentaba el bebé? Leche maternizada en biberón

Leche materna en biberón

Lactancia ¿Por cuánto tiempo se amamantó al bebé? _____

¿La madre biológica llevó al bebé consigo a su casa después del nacimiento en el hospital? Sí No Explicar: _____

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDRENSM



Las recomendaciones en este cuestionario no pretenden ser un tratamiento exclusivo ni una consulta de atención médica estándar. Puede haber variaciones en función de las circunstancias particulares de cada individuo. Cuestionario original incluido como parte de *Bright Futures Tool and Resource Kit*, 2nd Edition. La American Academy of Pediatrics (AAP) no revisa ni respalda ninguna modificación realizada en este cuestionario y en ningún caso será la AAP responsable de dichos cambios.

© 2019 American Academy of Pediatrics. Todos los derechos reservados.

Cuestionario inicial de la historia clínica

Nombre: _____

HISTORIA CLÍNICA PASADA

¿Sufrió su hijo alguno de los siguientes problemas? NS: No sé

Afección	NS	No	Sí	Detalles
Problemas oculares, cataratas o retinoblastoma				
Deterioro o incapacidad oculares				
Alergias nasales (por el polvo, las mascotas, o ambiente)				
Infecciones frecuentes del oído				
Pérdida o incapacidad de audición				
Muchas caries o problemas con los dientes				
Resfríos frecuentes o dolores de garganta				
Asma, sibilancias o problemas respiratorios				
Bronquitis, bronquiolitis o neumonía				
Soplo cardíaco u otros problemas cardíacos				
Presión sanguínea alta				
Dolor de estómago frecuente				
Estreñimiento que requiere tratamiento médico				
Alergias o intolerancia alimentarias (por ejemplo, a la leche o el gluten)				
Problemas de alimentación o bajo peso				
Sobrepeso u obesidad				
Infecciones en el tracto urinario				
Orinarse en la cama (después de los 5 años)				
Problemas en el riñón, el uréter o la vejiga				
Lesiones o fracturas graves				
Problemas óseos, articulares o musculares				
Dolores de cabeza o mareos frecuentes				
Conmoción o lesión cerebral				
Convulsiones, ataques de epilepsia o trastornos neurológicos				
Trastorno en el sueño o ronquidos				
Erupciones en la piel, eczema o urticaria				
Acné				
Tiroides u otros problemas endocrinos				
Diabetes				
Trastornos metabólicos o genéticos				
Anemia o problemas hemorrágicos				
Cáncer o quimioterapia				
Trasplante de médula ósea o de órgano				

Cuestionario inicial de la historia clínica

Nombre: _____

ANTECEDENTES PERSONALES (continuación)

¿Sufrió su hijo alguno de los siguientes problemas? NS: No sé

Afección	NS	No	Sí	Detalles
Transfusión de sangre				
VIH o SIDA				
Varicela o zóster (culebrilla)				
Retrasos en el desarrollo (del habla o motrices)				
Problemas escolares o dificultades de aprendizaje				
TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad) o preocupaciones por el comportamiento				
Ansiedad, depresión o problemas con el estado de ánimo				
Consumo de tabaco, alcohol o drogas				
Exposición a violencia familiar				
Embarazo o aborto involuntario				
Infecciones de transmisión sexual				
Mujeres: problemas con los períodos menstruales				
Edad del primer período menstrual:				

Otros problemas de salud (favor enumerar).

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

¿A su hijo/a se le ha hecho una cirugía alguna vez? No Sí En caso de contestar sí, complete lo siguiente.

Cirugía/Procedimiento	Fecha de la cirugía / edad del niño	Lugar donde se llevó a cabo	Detalles

Otros problemas en la cirugía / procedimiento (favor enumerar).

Cuestionario inicial de la historia clínica

Nombre: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Alguno de los padres, abuelos, tías, tíos, hermanos o hermanas del niño ha tenido alguna de las siguientes afecciones? NS: No sé

Afección	NS	No	Sí	¿Quién?	Detalles
Anemia o problemas hemorrágicos					
Asma					
Alergias					
Problemas con el consumo de alcohol					
Orinarse en la cama (después de los 10 años)					
Cáncer (antes de los 55 años)					
Pérdida de audición en la infancia					
Deterioro dental o muchas caries					
Depresión o ansiedad					
Anomalía en el desarrollo					
Diabetes					
Ataque cardíaco (infarto de miocardio)					
Enfermedad del corazón (antes de los 55 años)					
Presión sanguínea alta					
Nivel de colesterol alto					
VIH o SIDA					
Enfermedad del riñón					
Enfermedad del hígado					
Enfermedad de salud mental					
Obesidad					
Convulsiones o epilepsia.					
Derrame cerebrovascular					
Problemas con el consumo de sustancias					
Muerte súbita (antes de los 50 años)					
Tiroides u otras enfermedades endocrinas.					
Problemas con el consumo de tabaco					
Tuberculosis					
Problemas oculares					

Otros problemas de salud (favor enumerar).

NOMBRE EN IMPRENTA	FIRMA
Proveedor 1	
Proveedor 2	

De acuerdo con *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, 4th Edition