

Nombre:

Fecha de nacimiento:



ColumbiaDoctors

Página 1 de 4

Formulario de admisión de pacientes nuevos de pediatría

Información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Preferido (encierre en un círculo): casa / celular Correo electrónico: _____ Sexo: _____

Pediatra de cabecera: _____ Teléfono: _____

Dirección del pediatra: _____

Proveedor que remite: _____ Teléfono: _____

Dirección del proveedor que remite: _____

Farmacia preferida: _____ Teléfono: _____

Dirección de la farmacia preferida: _____

Nombre de uno de los padres (1): _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Estado civil: _____ Cónyuge: _____

Nombre de uno de los padres (2): _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Estado civil: _____ Cónyuge: _____

Las agencias de salud federales exhortan a que se recopile la siguiente información. Esta información se usa para controlar y mejorar la calidad del cuidado que se proporciona a todos los pacientes.

Origen étnico:

- Prefiero no responder
- Hispano o latino
- Ni hispano ni latino

Raza:

- Prefiero no responder
- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanco Otro
- Prefiero no responder

Idioma de preferencia:

Acuerdo de responsabilidad financiera del paciente

Entiendo que todos los copagos y deducibles aplicables se deben pagar al momento de recibir el servicio. Acepto ser financieramente responsable y hacer el pago completo de todos los cargos que no cubra mi aseguradora. Doy mi autorización para que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a ColumbiaDoctors por los servicios prestados. Autorizo a los representantes de ColumbiaDoctors para que proporcionen la información médica pertinente a mi aseguradora cuando esta la solicite o para facilitar el pago de un reclamo.

Aviso de prácticas de privacidad: Acuse de recibo

Reconozco que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de ColumbiaDoctors (Notice of Privacy Practices, NOPP).

- Recibido N/C (solo si recibió previamente el aviso de ColumbiaDoctors)

Registro en el portal para pacientes myColumbiaDoctors

Acceda al expediente personal de su hijo (o al suyo) de manera segura, las 24 horas del día, por medio de una computadora, un teléfono inteligente o una tablet. Vea el folleto para conocer los detalles.

Pacientes de 11 años y menores: Envíe una invitación al correo electrónico que se marcó arriba con un círculo para que uno de los Padres 1 ___/ Padres 2 ___ se una a myColumbiaDoctors Exclusión voluntaria

Pacientes de 12 años y mayores: Envíe una invitación al correo electrónico arriba indicado del paciente para que se una a myColumbiaDoctors Exclusión voluntaria

Esté pendiente de recibir una invitación por correo electrónico de noreply@followmyhealth.org y haga clic en el vínculo Registro.

Divulgación de información del plan médico y consentimiento

ColumbiaDoctors le proporcionará información relacionada con los planes médicos que su proveedor acepta*. Si decide que lo trate un proveedor que no acepta su plan médico, se le solicitará que firme un formulario de consentimiento en el que acepta recibir tratamiento por parte de ese proveedor.

He leído y estoy de acuerdo con todo lo que se indicó anteriormente (Acuerdo financiero, Aviso de prácticas de privacidad, Registro en el portal, Información de seguros).

Nombre del paciente o tutor legal (en letra de molde): _____

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

*Consulte nuestro sitio web, columbiadoctors.org, para obtener una lista de seguros que su proveedor acepta.

Nombre:

Fecha de nacimiento:



Antecedentes médicos y sociales

Motivo de la visita de hoy:

¿El paciente es adoptado? Sí No Si la respuesta es 'Sí', responda las siguientes preguntas según su leal saber y entender.

¿Qué número de embarazo es el paciente? _____ Peso al nacer: _____ Nació por: Cesárea Parto vaginal

¿Cuántas semanas de gestación al nacer? _____ Si fue cesárea, ¿por qué? _____

Describe cualquier problema médico que haya experimentado la madre o el paciente durante o después del embarazo, si hubo alguno: _____

¿Tiene el paciente alguna alergia a medicamentos u otras sustancias (mascotas, plantas, alimentos, etc.)?

Sí No

Si la respuesta es Sí, escriba las alergias y reacciones (incluyendo sarpullido, urticaria, inflamación de la garganta, anafilaxia):

Alergia	Reacción	Alergia	Reacción

Escriba TODOS los medicamentos que toma actualmente, incluyendo los medicamentos, suplementos y hierbas de venta libre:

Nombre del medicamento	Dosis	Nombre del medicamento	Dosis

Enumere cualquier cirugía u hospitalización anterior y la fecha aproximada en que se realizó.

Procedimiento/Hospitalización	Fecha	Razón	Complicaciones

¿ALGUNA VEZ ha tenido el paciente alguna de las siguientes afecciones?

- | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---|
| Anemia/tendencia a sangrar..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas en oídos/nariz/garganta.. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma/problemas para respirar..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Eczema/trastornos de la piel..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas conductuales..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Trastorno ocular..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Trastorno del crecimiento..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas intestinales/estomacales..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad/defecto cardíaco..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer/leucemia..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de riñón/vejiga..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Varicela/herpes zóster..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad hepática..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Trastorno del desarrollo..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Convulsiones o epilepsia..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Trastorno de la tiroides..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Escriba cualquier otra enfermedad o problema médico y proporcione detalles sobre cualquiera de las afecciones anteriores:



Indique todas las afecciones o enfermedades importantes que los familiares inmediatos del paciente hayan tenido:

Familiar	Afección y descripción	¿Vive?	Si falleció, ¿a qué edad?
Padre:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Madre:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hermano(a):		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otro:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Proporcione información acerca de los hermanos u otras personas del grupo familiar:

Nombre	Edad	Sexo	Relación con el paciente

Antecedentes sociales del paciente

¿Alguien que vive en su hogar fuma? Sí No ¿Tiene usted mascotas? Sí No

¿Fuma usted? Sí No Nunca Si la respuesta es Sí, paquetes/día _____

Si la respuesta es No, ¿fumaba antes? Sí No ¿Cuántos años fumó? _____ Paquetes/día _____

¿Usa otros productos derivados del tabaco? Sí No ¿Consumo alcohol? Sí No

Si la respuesta es Sí, bebidas/semana _____

Para mujeres: ¿Menstruación? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿A qué edad comenzó a menstruar? _____

Revisión de sistemas

Indique TODO lo que el paciente ha experimentado en los últimos 6 a 12 meses.

Constitucional

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fatiga | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aumento de peso (___lb) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas para |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escalofríos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sentirse mal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pérdida de peso (___lb) | <input type="checkbox"/> Otro: |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sudoración | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambios inexplicables en el peso | |

Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de la vista | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ojos rojos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Congestión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ronquera |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Disminución auditiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de ojos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Roncar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Zumbido en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Visión doble | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Secreción nasal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sequedad de la boca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vértigo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a la luz | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rigidez del cuello | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Síntomas similares a los de la gripe | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de oído |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Picazón en los ojos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado de la nariz | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Garganta irritada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro: |

Cardiovascular

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Extremidades frías | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ritmo cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Manos o pies fríos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro: |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Inflamación en las piernas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de piernas al caminar | |

Nombre:

Fecha de nacimiento:



Respiratorio

- Sí No Dificultad para respirar
- Sí No Tos
- Sí No Respiración rápida
- Sí No Sibilancias
- Sí No Dificultad para respirar
- Sí No Congestión en el pecho
- Sí No Tos con sangre
- Sí No Tos con esputo
- Otro:

Gastrointestinal

- Sí No Dolor abdominal
- Sí No Sangre en heces
- Sí No Vómitos
- Sí No Náuseas
- Sí No Estreñimiento
- Sí No Diarrea
- Sí No Heces negras/alquitranadas
- Sí No Disminución del apetito
- Sí No Piel amarilla
- Sí No Problema para tragar
- Sí No Cambio en las evacuaciones
- Sí No Vómitos con sangre
- Sí No Incontinencia
- Sí No Dolor rectal
- Sí No Acidez estomacal
- Sí No Dolor al tragar
- Otro:

Neurológico

- Sí No Dolor de cabeza
- Sí No Mareos
- Sí No Disminución de la fuerza
- Sí No
- Sí No Desequilibrio
- Sí No Desorientación
- Sí No Confusión
- Sí No Sensación de ardor
- Sí No Entumecimiento
- Sí No Hormigueo
- Sí No Convulsiones
- Sí No Desmayos (síncope)
- Sí No Temblores
- Sí No Pérdida/falta de memoria
- Otro:

Musculoesquelético

- Sí No Dolor de articulaciones
- Sí No Dolor de cuello
- Sí No Dolor de espalda
- Sí No Dolor en las extremidades
- Sí No Hinchazón en articulaciones
- Sí No Calambres musculares
- Sí No Dolor muscular
- Sí No Debilidad muscular
- Sí No Inflamación en las piernas
- Otro:

Genitourinario

- Sí No Micción frecuente
- Sí No Incontinencia
- Sí No Urgencia urinaria
- Sí No Dolor al orinar
- Sí No Dolor pélvico
- Sí No Nicturia
- Sí No Picazón genital
- Sí No Cambio en la libido
- Sí No Relaciones sexuales dolorosas
- Sí No Secreción vaginal
- Sí No Sangrado vaginal
- Sí No Ciclos menstruales irregulares
- Sí No Sangrado menstrual abundante
- Otro:

Integumentario

- Sí No Sarpullido
- Sí No Piel seca
- Sí No Heridas en la piel
- Sí No Cambio de un lunar
- Sí No Tumoración inusual
- Sí No Picazón
- Sí No Cáncer en la piel
- Otro:

Psiquiátrico

- Sí No Depresión
- Sí No Ansiedad
- Otro:

Hematológico/linfático

- Sí No Fácil formación de moretones
- Sí No Más propenso a sangrar
- Sí No Nódulos linfáticos inflamados
- Otro:

Endocrino

- Sí No Sed excesiva
- Sí No Intolerancia al frío
- Sí No Intolerancia al calor
- Sí No Cambios en el cabello
- Sí No Cambios en la piel
- Otro:

OFFICE USE ONLY:

Provider Signature: _____ Date: _____