|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STONY BROOK PEDIATRICS PC, FAAP**  **Dansville Office 22 Red Jacket St Dansville NY 14437 PH (585) 335 5200 Fax (585) 335 5037**  **Geneseo Office 50 E South St, Suite 400, Geneseo NY 14454 PH (585) 243 9340 Fax (585) 243 9344**  **HOJA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE**    **INFORMACIÓN DEL PACIENTE** FECHA DE HOY \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_  PACIENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  APELLIDO NOMBRE INICIAL SEGUNDO NOMBRE PREFIERE SER LLAMADO  FECHA DE NACIMIENTO\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXO: M o F  DIRECCIÓN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CUIDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL  TELÉFONO DE LA CASA (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  | | --- | --- | --- | | RAZA / ETNICIDAD   * INDIO AMERICANO/ NATIVO DE ALASKA * ASIÁTICO * NEGRO/AFROAMERICANO * BLANCO | SELECCIONA TODO LO QUE APLICA   * HAWAIANO NATIVO / ISLEÑO DEL PACÍFICO * PREFIERO NO CONTESTAR * ORIGEN HISPANO / LATINO / ESPAÑOL | EL PACIENTE VIVE PRINCIPALMENTE CON:   * AMBOS PADRES * MADRE * PADRE * GUARDIAN * ABUELO * PADRE DE FAMILIA | | IDIOMA PREFERIDO:  ¿ NECESITA UN INTERPRETE? SI / NO | | | | MÉTODO DE COMUNICACIÓN PREFERIDO PARA PADRES / GUARDIANES   |  |  | | --- | --- | | * Teléfono * Correo | * Web Habilitado * Prefiero No Contestar |   ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DE CORREO DE VOZ SOBRE LAS CITAS? SI NO  NOMBRE DE FARMACIA PREFERIDO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUIDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **PROPORCIONE CUALQUIER PEDIDO ACTUAL DE CUSTODIA (SI ES APLICABLE)** | | |   **INFORMACIÓN DE LA MADRE / GUARDIÁN LEGAL**  MADRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  APELLIDO NOMBRE INICIAL SEGUNDO NOMBRE PREFIERE SER LLAMADO  FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ # DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXO: M o F RAZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  TELÉFONO DE LA CASA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  TELÉFONO ALTERNO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  EMPLEADOR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OCUPACIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DIRECCION DE EMPLEO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CUIDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL  **ESTADO MARITAL: SOLTERO CASADO SEGUNDO ENLACE MATRIMONIAL DIVORCIADO UNION NO LEGAL**  **INFORMACIÓN DEL PADRE / GUARDIÁN LEGAL**  PADRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  APELLIDO NOMBRE MI PREFIERE SER LLAMADO    FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ # DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXO: M o F RAZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  TELÉFONO DE CASA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  TELÉFONO ALTERNO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  EMPLEADOR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OCUPACIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DIRECCION DE EMPLEO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CUIDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL    **ESTADO MARITAL: SOLTERO CASADO SEGUNDO ENLACE MATRIMONIAL DIVORCIADO UNION NO LEGAL**  **INFORMACIÓN DEL SEGURO**  COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIMARIOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA EFECTIVA\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_  # DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # DE GRUPO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASEGURADO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUMDARIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA EFECTIVA\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_  # DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # DE GRUPO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASEGURADO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\*\* EL PACIENTE CON SEGURO PRIMARIO CON COPAGOS / DEDUCIBLES APLICABLES ESTÁ OBLIGADO A PAGAR LOS COPAGOS CONTRACTUALES AL MOMENTO DEL SERVICIO\*\***  **PERSONA A LA QUE SE AVISARA EN CASO DE UNA EMERGENCIA (APARTE DE LOS PADRES)**  NOMBRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO (\_\_\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PARENTESCO CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*\*\*\*\*\* CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA \*\*\*\*\*\* | |
| **AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS AL MÉDICO**  AUTORIZACIÓN PRIVADA PARA LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y  DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN  El abajo firmante, autoriza el pago de beneficios médicos directamente a Stony Brook Pediatría por los servicios prestados por Stony Brook Pediatría. Esta asignación y transferencia irrevocable será para la recuperación de los pagos del seguro, pero no será una obligación de Stony Brook Pediatrics para ejercer dicho derecho de recuperación. **ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE CUALQUIER CANTIDAD NO CUBIERTA POR EL SEGURO.** También le autorizo a revelar a la compañía de seguros cualquier información relacionada con la atención médica, el tratamiento o los suministros proporcionados. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original.  LETRA DE MOLDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **ACUERDO DE PAGO**  Stony Brook Pediatrics y su compañía de seguros requieren cargos por los servicios prestados por nuestros médicos y nuestro personal, incluvendo los pagados contractuales y los deducibles, se pagan **EN EL MOMENTO DEL SERVICIO**, a menos que se hayan hecho otros arreglos formales con anticipación con nuestra oficina comercial.  Para su comodidad, Stony Brook Pediatrics presentará reclamos de seguros electrónicos; sin embargo, será su responsabilidad proporcionar a nuestra oficina la información necesaria y la autorización firmada para presentar el seguro. Esta información y autorización debe ser proporcionada a nuestra oficina en su primera visita, acompañada con una copia de su (s) tarjeta (s) de seguro de salud.  LETRA DE MOLDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **POLÍTICA DE PRIVACIDAD**  Se pueden solicitar copias de la Política de Privacidad de Stony Brook Pediatrics. Solicite una copia a nuestro personal en su visita inicial.  Reconozco que tengo acceso a una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Stony Brook Pediatrics PC.  LETRA DE MOLDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **CUESTIONARIO INICIAL DE HISTORIA**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre Del Paciente | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Formulario Completado por / Fecha de Finalización  Relacion con el Niño(a) |

Casa

Por favor, enumere todos los adultos y niños que viven en el hogar del niño.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Relacion con el niño(a)** | **Fecha de nacimiento** | **Notas** |
|  |  |  | ¿Hay otro adulto o hermano que no esté en la lista? Si es así, indique sus nombres, fecha de nacimiento, relación con el niño y dónde vive. |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Historia de Nacimiento

|  |  |
| --- | --- |
| Peso de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Nació el bebé a término? \_\_\_\_\_\_ ¿Prematuro ? \_\_\_\_\_\_ Tarde? \_\_\_\_ Si es prematuro, ¿cuántas semanas de gestación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Tuvo la madre alguna enfermedad o problemas con su embarazo?  SI / NO Explicar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Durante el embarazo, la madre:  Fumo SI / NO Bebió alcohol  SI / NO  Consumió drogas o medicamentos SI / NO  Para qué \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fue la entrega  Vaginal Cesárea  Si es cesárea, ¿por qué?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Tuvo su bebé algún problema justo después del nacimiento?   * SI / NO Explicar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Fue la alimentación inicial:  Lactancia materna  Alimentación formula  ¿Su bebé se fue a casa con la madre del hospital?  SI / NO Explicar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

General

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Ha tenido su hijo (a) huesos rotos, heridas graves, conmociones cerebrales? | SI / NO Explicar |  |
| Tiene su hijo (a) alguna enfermedad seria o condición médica? | SI / NO Explicar |  |
| Ha tenido su hijo (a) alguna visita a la Sala de Emergencias? | SI / NO Explicar |  |
| Tiene su hijo (a) operaciones o hospitalizado? | SI / NO Explicar |  |
| Tiene su hijo (a) medicamantos o suplementos? | SI / NO Explicar |  |
| Es su hijo (a) alérgico(a) a algun medicamento, alimento, avejas, gatos, perros? | SI / NO Explicar |  |

Desarrollo del niño

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Le preocupa el desarrollo físico de su hijo (a)? | SI / NO Explicar |  |
| ¿Le preocupa el desarrollo emocional de su hijo (a)? | SI / NO Explicar |  |
| ¿Le preocupa el período de atención de su hijo (a)? | SI / NO Explicar |  |

Si su hijo(a) está en la escuela:

¿Cómo es su comportamiento en la escuela?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Le preocupa el rendimiento escolar de su hijo(a)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha fallado o repetido un grado en la académicos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo está haciendo en temas acadmic?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está en una clase especial o de recursos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **STONY BROOK PEDIATRICS PC, FAAP** |

Historial familiar

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Usted o alguno de los parientes del niño tienen alguno de los siguientes? (Si es así, por favor identifique al pariente)** | **Madre** | **Padre** | **Hermanos** | **Abuelos paternos** | **Abuelas paternas** |
| Alergias |  |  |  |  |  |
| Asma/Weezing |  |  |  |  |  |
| Problemas cardíacos |  |  |  |  |  |
| Desmayos |  |  |  |  |  |
| Muerte súbita (antes de la edad 60) |  |  |  |  |  |
| Accidente cerebrovascular, coágulos sanguíneos |  |  |  |  |  |
| Colesterol alto |  |  |  |  |  |
| Presión arterial alta |  |  |  |  |  |
| Diabetes |  |  |  |  |  |
| Obesidad |  |  |  |  |  |
| Tendencia a sangrar |  |  |  |  |  |
| Cáncer (por favor especifique el tipo) |  |  |  |  |  |
| Escoliosis |  |  |  |  |  |
| Displasia de cadera |  |  |  |  |  |
| Eczema o Psoriasis |  |  |  |  |  |
| Artritis |  |  |  |  |  |
| Tiroides |  |  |  |  |  |
| Problemas estomacales o intestinales |  |  |  |  |  |
| Nefropatía o enfermedad renal |  |  |  |  |  |
| Migrañas |  |  |  |  |  |
| Convulsiones |  |  |  |  |  |
| Pérdida auditiva |  |  |  |  |  |
| Problemas de vision |  |  |  |  |  |
| Retraso mental |  |  |  |  |  |
| Retrasos |  |  |  |  |  |
| Autismo |  |  |  |  |  |
| Trastorno del sueño |  |  |  |  |  |
| Problemas en la escuela |  |  |  |  |  |
| Problemas de Aprendizaje |  |  |  |  |  |
| ADHD |  |  |  |  |  |
| Depresión |  |  |  |  |  |
| Ansiedad o OCD |  |  |  |  |  |
| Trastorno bipolar/ Problemas psiquiátricos |  |  |  |  |  |
| Alcoholismo, consumo de drogas, adicción |  |  |  |  |  |
| Trastorno genético (Fibrosis quística, hemophilia, Síndrome de Marfa, mutación Leiden V., neurofibromatosis etc.) |  |  |  |  |  |
| Defecto congénito |  |  |  |  |  |
| Reacción a los tintes o anestesia |  |  |  |  |  |
| Exposición química (militar o laboral) |  |  |  |  |  |
| Problemas inmunológicos, HIV or AIDS |  |  |  |  |  |

Cualquier problema médico adicional que este presente en la familia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de vivienda: Casa Apartamento Mobile Home

Sistema de calefacción: Aire forzado Agua caliente/radiador Estufa de madera/de la pelotilla Otros

Agua potable: Pueblo Pozo de agua Agua embotellada

¿Tiene floruro en su agua potable? Si No Seguro

¿Pasa su hijo(a) tiempo en una casa construida antes de 1970 o una recientemente remodelada? Si No

¿Hay armas en el hogar? Si No En caso afirmativo, ¿cómo se almacenan? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hay mascotas en su casa? Si No Si es así, por favor enumere los tipos de animales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguien fuma cigarrillos en su casa? Si No Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está experimentando algún problema familiar o financiero? Si/No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Historia del Niño

Tiene su hijo o ha tenido alguna vez:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Varicela |  Si |  No | Cuando |
| Infecciones frecuentes del oído |  Si |  No | Explicar |
| Problemas con oídos o audición |  Si |  No | Explicar |
| Alergias nasales |  Si |  No | Explicar |
| Problemas con los ojos o la vision |  Si |  No | Explicar |
| Asma, bronquitis, bronquiolitis o neumonía |  Si |  No | Explicar |
| Cualquier problema cardíaco o soplo cardíaco |  Si |  No | Explicar |
| Anemia o problema de sangrado |  Si |  No | Explicar |
| Transfusiones de sangre |  Si |  No | Explicar |
| Dolor abdominal frecuente |  Si |  No | Explicar |
| Constipación que requieren visitas médicas |  Si |  No | Explicar |
| Infecciones de la vejiga o del riñón |  Si |  No | Explicar |
| Mojar la cama (después de 5 años) |  Si |  No | Explicar |
| (Para las muchachas) ¿Ha empezado sus menstruaciones? |  Si |  No | Explicar |
| (Para las muchachas) ¿Algún problema con los períodos menstruales? |  Si |  No | Explicar |
| ¿Problemas cutáneos crónicos o recurrentes? |  Si |  No | Explicar |
| (Acné, eczema, etc..) |  |  | Explicar |
| Dolores de cabeza frecuentes |  Si |  No | Explicar |
| Convulsiones u otro problema neurológico |  Si |  No | Explicar |
| Diabetes |  Si |  No | Explicar |
| Problemas de tiroides |  Si |  No | Explicar |
| ¿Algún otro problema significativo? |  Si |  No | Explicar |
| Consumo de alcohol o drogas |  Si |  No | Explicar |