

DATE: _____ FORMA DE NINO / NINA _____ TIME: _____ INITIALS: _____
 Rev9/24 Office Staff Only
 APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ SEGUNDO: _____
 (COMO APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO)
 DIRECTION DE DOMICILIO: _____ APT#: _____ CIUDAD /ESTADO: _____
 CODIGO POSTAL: _____ CONDADO: _____ PAIZ DE NACIMEINTO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ / _____ / _____
 MEZ DIA AÑO
 SEXO: HOMBRE MUJER RAZA: BLANCO / NEGRO / AMERICAN INDIAN / ALSKA NATIVA / ASIA / OTROS
 ETNICIDAD: (CÍRCULO UNO) HISPANO O LATINO / NO HISPANO O LATINO
 PRIMER NOMBRE DE MADRE: _____ APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE: _____
 NOMBRE DE PADRE: _____ TELEPHONO: _____
 RESPONSABLE PADRE O TUTOR LEGAL: _____ RELACION: _____

TIENE EL NINO/NINA PEDIATRA? SI NO

NOMBRE DE PEDIATRA: _____

SI	NO	INFORMACION MEDICA
		ESTA ENFERMO SU NINO/NINA HOY?
		DURANTES LAS ULTIMAS 4 SEMANAS, HA RECIBIDO VACUNAS?
		ES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO, ALIMENTO, A ALGUN COMPONENTE DE LAS VACUNAS O AL LATEX?
		TUVO ALGUNA VEZ REACCION SERIA A UNA VACUNA EN EL PASADO?
		ENFERMEDADES DE LOS PULMONES, DEL CORAZON, LOS RINONES, METABOLIC, ASMA, TRASTORNO DE SANGRE? ESTA EN TERAPIA A LARGO DE PLAZO?
		NINOS DE 2 A 4 ANOS: DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES, LE HAN DICHO QUE EL NINO TUVO SIBILANCIAS (WHEEZING) O ASMA?
		BEBES: A TENIDO EL NINO INTUSUSCEPCION?
		EL NINO, SUS HERMANOS O PADRES: HAN TENIDO CONVULSIONES, PROBLEMAS DEL CELEBRO O ALGUNA OTRA PROBLEMA DEL SISTEMA NERVIOSO?
		TIENE EL NINO CANCER, LEUCEMIA, SIDA, O ALGUN OTRA PROBLEMA DEL SISTEMA IMMUNOLOGICO?
		EN LOS ULTIMOS 3 MESES, HA TOMADO EL NINO CORTISONA, PREDNISONA, OTROS ESTEROIDES O MEDICAMENTOS CONTRA EL CANCER O LE HAN HECHO TRATAMIENTOS DE RADIACION?
		DURANTE EL AÑO PASADO, HA RECIBIDO SU HIJO UNA TRANSFUSION DE SANGRE, O DE LOS PRODUCTOS DE SANGRE, O LE DIERON IMMUNOGLOBULINA O GAMAGLOBULINA O ALGUN MEDICAMENTO ANTIVIRAL?
		HA TENIDO SU NINO/NINO VARICELA? SI O NO EL MES, EL DIA, Y EL AÑO DE LA ENFERMEDAD DE VARICELA: _____ / _____ / _____
		MUJERES: ESTA SU NINA EMBARAZADA O HAY POSIBILIDAD QUE SE EMBARAZE DURANTE EL PROXIMO MES? LA FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION DE SU HIJA?

FIRMA DE ENFERMERA: _____

FECHA: _____

Divulgación de Información de Salud Protegida

Nuestro compromiso aquí en CCNCPHD es servir a nuestros clientes con profesionalismo y cuidado, asegurándose en todo momento para proteger la privacidad y seguridad de información de salud protegida por todos. Durante el curso de servir a sus intereses puede ser necesario compartir información con otros profesionales de la salud o socios de negocios. Los siguientes son ejemplos de casos donde la información puede ser compartida:

- Durante tratamiento, podemos encontrarlo necesario para la adquisición de un análisis de laboratorio.
- Pago propósitos, podemos utilizar los servicios de un servicio de facturación.
- Durante las operaciones de atención médicas, puede necesitar una segunda opinión y puede consultar con un subcontratista / médico o la necesidad de compartir información entre departamentos dentro del Departamento de salud para programas futuros a su disposición para mejorar la atención al paciente / problemas de salud.

Aquí en CCNCPHD estamos comprometidos a obedecer todos los federales, estatales y locales de las leyes y reglamentos sobre prácticas de privacidad. Si se necesitan otros usos o divulgaciones que los mencionados anteriormente, información solo saldrá con la autorización por escrito de la persona en cuestión. Esta autorización será revocable en cualquier momento por el individuo, conforme a lo dispuesto por la ley. Si usted tiene alguna pregunta o comentario con respecto a su información protegida de salud, no dude en contacto con nuestro oficial de cumplimiento. He leído y entiendo el aviso anterior de prácticas de privacidad.

HE COMPLETADO Y REVISADO TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR.

FIRMA: _____

FECHA: _____

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE: _____