Neighborhood Health Centers of the Lehigh Valley

En NHCLV nuestro objetivo es ayudar a los pacientes aprender a navegar el complicado mundo de la salud, fortalecer las conexiones con sus médicos y establecer y lograr metas que mejoren su calidad de vida, y como un centro de salud federalmente calificado (FQHC en inglés) y una atención médica Inicio, nos esforzamos para proporcionar una atención de calidad en un entorno seguro, independientemente de la capacidad de pago.

www.nhclv.org

NHCLV - Allentown
Casa Guadalupe
218 N 2nd St
Allentown PA 18102
Tel: 610-841-8400 Fax: 610-841-8401

Horas
Lunes 8 AM – 8 PM
Martes 8 AM – 8 PM
Miércoles 8 AM – 4:30 PM
Jueves 8 AM – 8 PM
Viernes 8 AM – 4:30 PM
Dos sábados al mes 8 AM – 1 PM

Lanta autobuses 220 y 324 parada cerca

NHCLV – Bethlehem
Fowler Family Center en Donegan
1210 E 4th St
Bethlehem PA 18015
Tel: 484-408-0755 Fax: 484-408-0756

Horas
Lunes 8 AM – 4:30 PM
Martes 8 AM – 8 PM
Miércoles 8 AM – 4:30 PM
Jueves 8 AM – 8 PM
Viernes 8 AM – 4:30 PM
Un sábado al mes 8 AM – 1 PM

Lanta autobús 105 se detiene justo en frente

NHCLV - Easton
Two Rivers Health and Wellness
1101 Northampton St
Easton PA 18042
Tel: 484-544-3113 Fax: 484-544-3114

Horas
Lunes 8:30 AM – 4:30 PM
Martes 8 AM – 8 PM
Miércoles 8 AM – 8 PM
Jueves 8 AM – 4:30 PM
Viernes 8 AM – 4:30 PM
Un sábado al mes 8 AM – 1 PM

Lanta autobús 220 y 106 se detienen justo en frente

Nuestros Servicios

- Exámenes físicos (niños y adultos)
- Administración de cuidados para pacientes con enfermedades crónicas
- Mujer Saludable- prueba de Papanicolaou, métodos anticonceptivos
- Pruebas de embarazo y Cuidado Prenatal
- Vacunas y exámenes preventivos
- Pruebas de enfermedades de transmisión sexual y tratamiento
- Coordinación de cuidados
- Consejería de salud mental
- Psiquiatría
- Clínica Dental
- Ayuda para aplicar para beneficios de seguro y públicos (seguro social, SNAP/cupones, vivienda)
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes, utilizando guías de atención basadas en evidencia
- Clases de salud en grupo
- Centro de excelencia

Si usted necesita ayuda cuando las oficinas estén cerradas:

- Si es una emergencia médica, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana.
- Si no es una emergencia médica, llame al número principal y hablar con los servicios de contestación. Asegúrese de proporcionar un número telefónico donde podamos llamar.
- Si su necesidad es urgente, el médico de guardia le llamará. Por favor de quedarse acerca de su teléfono. Si no es un asunto urgente, el médico de guardia nos darán el mensaje y le llamaremos dentro de 2 días hábiles.
- Si eres una mujer en parto, los servicios de contestadora le pondrá en contacto con uno de los médicos de la atención prenatal, y alguien devolverá su llamada tan pronto como sea posible.

Neighborhood Health Centers of the Lehigh Valley (NHCLV) sirve a todos los pacientes independientemente de la capacidad de pago. Descuentos para servicios esenciales se ofrecen dependiendo de ingresos y tamaño de su familia. Para aplicar para un descuento, por favor complete página 4.

Nuestra meta es ofrecer la mejor atención posible a nuestros pacientes, por lo que nos preocupa cuando usted pierde una cita. Le pedimos que nos avise si usted no puede asistir a su cita programada lo más antes posible. De esta manera podemos atender a otros pacientes.

Nuestra póliza de citas perdidas es la siguiente:

1ra Cita Perdida: Sabemos que cosas suceden.

2da Cita Perdida: ¿Hay algo que lo está impidiendo a faltar su cita? Una carta se le enviará a usted comunicándole que esta es su segunda falta y usted tendrá que hablar con nuestra coordinadora de la oficina para programar su cita.

3ra Cita Perdida: Lo sentimos pero ahora tenemos que hacer otros arreglos. Usted recibirá una carta comunicándole que esta es su tercera cita perdida y tenemos que hacer los arreglos necesarios para su siguiente cita. Su cita será reservada doble para todas las citas, que significa que será exprimido en nuestro horario y será visto cuando su proveedor esté disponible, o usted puede ser ofrecido una cita del mismo día si está disponible.

Declaración de derechos y responsabilidades de los pacientes

Derechos de los pacientes

- Recibir un trato digno y respetuoso y ser reconocido como una persona con necesidades únicas de atención médica.
- Recibir un trato justo sin distinción de raza, color, origen nacional, religión, discapacidad, género, edad, estatus de ciudadanía, orientación sexual, identificación de género o fuente de pago.
- Recibir atención en un ambiente limpio y cómodo.
- Que sus creencias culturales, étnicas, psicológicas, espirituales y personales, valores y preferencias, necesidades de aprendizaje y preferencias de idioma se reconozcan y respeten.
- Conocer el nombre, educación y cargo del personal que lo atiende.
- Consentir o rechazar cualquier atención o tratamiento.
- Recibir una explicación comprensible sobre su estado o condición de salud.
- Recibir información en su idioma y de forma gratuita.
- Que su información médica y personal se traten de manera confidencial.
- Involucrar a los miembros de la familia o compañeros sentimentales en las decisiones de atención médica que usted solicite y según corresponda.
- Participar activamente y tomar decisiones compartidas en su plan de tratamiento.
- Sentirse animado a compartir preguntas y preocupaciones.
- Recibir servicios sin importar la capacidad de pago y con base en una escala móvil.

Responsabilidades de los pacientes

- Tratar al personal de Neighborhood Health Centers of the Lehigh Valley (NHCLV) con cortesía y respeto y mostrar aprecio por sus valores culturales, étnicos, psicosociales, espirituales y personales.
- Ser honesto sobre su historial médico, dental, sexual y de salud mental.
- Hacer preguntas hasta entender lo que necesita saber sobre su atención médica.
- Seguir los consejos de salud y las instrucciones médicas y expresar cualquier inquietud sobre su capacidad para seguir el plan de atención propuesto.
- Aceptar las consecuencias y resultados si no sigue el plan de atención, tratamiento y servicio.
- Informar cualquier cambio en su estado de salud a su proveedor médico.
- Brindar retroalimentación sobre sus necesidades y expectativas de servicio.
- Respetar al personal e instalaciones de la clínica y cumplir sus normas y regulaciones.
- Cumplir con las citas o cancelarlas, por lo menos con 24 horas de anticipación.
- Presentar e informar con precisión su verdadera situación financiera y sus ingresos.
- Pagar los honorarios del paciente cuando se prestan los servicios o asumir la responsabilidad de realizar acuerdos de pago.

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información.

Sus derechos

- Obtener una copia de sus registros de salud y reclamos- le daremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa por la copia de sus registros.
- Corregir sus registros de salud y reclamos- nos puede solicitar que corrijamos sus registros de salud y reclamos si cree que están incorrectos o incompletos. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el porqué por escrito en un plazo de 60 días.
- Solicitar comunicación confidencial- puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (como llamar a su casa y no a su teléfono celular) o que le enviemos correo a una dirección diferente. Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que correría peligro en caso de no hacerlo.
- Solicitar que limitemos la información que compartimos sobre usted- puede solicitar que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir "no" si ello afectaría su atención.
- Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información- puede solicitar una lista de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que hizo la solicitud, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las veces que compartimos su información, excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya solicitado que hagamos). Puede obtener una lista gratuita una vez al año. Si solicita otra lista dentro de los 12 meses posteriores a la emisión de la última lista, podemos cobrarle una tarifa.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad- usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre- si le otorgó a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones con respecto a su información médica. Tenemos que cerciorarnos de que la persona sí esté autorizada y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad- puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos, comunicándose con nuestro Programa de Gestión de Calidad al 610-820-7605. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando el sitio web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
- Nunca compartiremos ningún registro de tratamiento de abuso de sustancias sin su permiso por escrito.

Sus opciones

- Tiene el derecho y la opción de decirnos que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención y que compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre.
- Si usted no está en capacidad de indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.
- Nunca podremos compartir su información para propósitos de mercadeo o venta de la misma, a menos que nos otorgue un permiso por escrito.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información ya que: nos ayuda a administrar el tratamiento de salud que usted recibe, administramos nuestra organización, pagamos sus servicios de salud, administramos su plan de salud, nos ayuda en cuestiones de salud pública y seguridad, hacemos investigación, cumplimos con la ley, respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director de funeraria, abordamos la compensación a los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno; respondemos a demandas y acciones legales.

Responsabilidades de NHCLV

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Le avisaremos con prontitud si ocurre una violación que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información. Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia de la misma. No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la que se describe aquí, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.
- Para más información visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.
- Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correo.
- Si tuviera alguna pregunta, llame al Quality Program al 610-820-7605.

En vigor desde 2003.

Neighborhood Health Centers of the Lehigh Valley

Información del paciente Fecha de hoy: _____ MRN:_____

Nombre legal: _____ Sexo: ____Masculino _____Femenino

Fecha de nacimiento: _____ # de seguro social: _____

Dirección de domicilio: _____

Teléfono (casa): _____Teléfono (celular): _____

Correo electrónico: _____

¿Quiere registrarse para nuestro portal para pacientes? ___ Sí ___No
Portal para pacientes es un sitio web seguro para su información de salud personal donde puedes hacer citas, resultados, recetas y facturación.

¿Cómo quiere que le recordemos de sus citas? _____ Llamada _____Texto _____ Mensaje por correo electrónico

Mi farmacia preferida es _____

¿En caso de una emergencia a quien llamamos?

Nombre:_____ Teléfono:_____ Relación:_____

Nombre:_____ Teléfono:_____ Relación:_____

Por favor presente su tarjeta de identificación con fotografía y su tarjeta de seguro a la recepcionista.

¿Tiene seguro médico? _____Sí _____ No

Si tiene seguro médico ¿cuál es?: ____Seguro Privado _____ Asistencia médica (Medicaid)? _____ Medicare

Nombre de seguro (Ejemplo: Gateway, AmeriHealth, Blue Cross): _____

Nombre de la empresa del titular de la póliza de seguro, dirección y teléfono:

Empresa: _____

Dirección postal: _____

Teléfono: _____

Nombre de compañía de seguros: _____

Numero de póliza: _____Numero de grupo: _____

Seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____Dirección postal: _____

Neighborhood Health Centers of the Lehigh Valley

Nombre del paciente: _____MRN:_____

Como un Centro de Salud cualificada de Federalmente (FQHC por sus siglas en inglés), NHCLV es requerido por ley Federal a recoger la siguiente información para propósitos estadísticos solamente. Esta información se reporta anualmente sobre una base total del paciente. Información del paciente individual no es revelada. La recopilación de esta información también ayuda a NHCLV para solicitar fondos adicionales para apoyar y ampliar sus servicios. Gracias por su cooperación.

¿Cuántas personas, incluyéndose a si mismo, viven en su casa? _____ ¿Es usted el jefe del hogar? __Sí ___No

¿Cuál es el ingreso total combinado de todos los que viven en su hogar? $ _____semana-mensual-anual

Mi idioma preferido es: _____español _____ingles _____Otro idioma (especificar): _____

¿Es Hispano/Latino? _____Sí _____ No País de origen: _____

Mi raza es:

___Asiático ___ Blanco ___Indígena de Alaska/EEUU

___Indígena hawaiano/pacífico isleño ___ Negro ___ Escojo no a revelar

___ Otro:_____

Por favor compruebe la afirmación que mejor describe su situación de vivienda:

___ Yo vivo en mi casa, que yo o mi familia alquila, arrendamos, o es propiedad propia

___ Me quedo con una serie de amigos o miembros de la familia de forma temporal.

___ Me quedo en una casa/programa de apoyo o de transición (por ejemplo, un sobrio centro o un hogar de recuperación)

___ Vivo en un centro público o privado que proporciona refugios temporales (como un refugio, misión, facilidad de uso de habitación individual o motel)

___ He salido de una institución (como la cárcel o el hospital) sin vivienda estable para volver

___ Vivo en las calles, en coche, parque, vereda, en un edificio abandonado, o en cualquier situación no permanente o inestable

___ Yo vivo en un ambiente de cuidado de crianza temporal (foster care)

Neighborhood Health Centers of the Lehigh Valley

Nombre del paciente: _____MRN:_____

Si desea solicitar un descuento, por favor complete la siguiente información: **Elegibilidad de 45 días - He recibido información que identifica los documentos necesarios para la aplicación de escala móvil.** Entiendo que debo regresar a la clínica con los documentos que faltan los más antes posibles. Esta elegibilidad es por 45 días solamente y expira el _____.

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social

Ingreso del hogar

Nombre	Cantidad	Frecuencia (círculo uno)	Empleador:
Paciente	$	Semanal Mensual Anual	
Cónyuge/pareja	$	Semanal Mensual Anual	
Niños	$	Semanal Mensual Anual	
Otros	$	Semanal Mensual Anual	
TOTAL	$	Semanal Mensual Anual	

Otros ingresos	Ud.	Pareja	Niños	Otros	Subtotal
Seguridad social					
Asistencia pública					
Pensión de jubilación					
Cupones de alimentos					
Manutención infantil, pensión alimenticia					
Ingresos por intereses					
Otros					
				TOTAL	

Yo por el presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento y creencia. Estoy de acuerdo que cualquier falsa o falsificada información, u omisiones me pueden descalificar de consideración para el programa de tarifa deslizante y me someterá a sanciones bajo las leyes federales que pueden incluir multas y encarcelamiento. Además, acepto informar a NHCLV si hay un cambio importante en mis ingresos. Si la aceptación al programa de tasa deslizamiento se obtiene bajo esta aplicación, cumpliré con todas las reglas y regulaciones del NHCLV. Por la presente reconozco que leer la anterior información y entenderla.

Fecha: _____ Nombre (imprimir):_____

Firma: _____

Neighborhood Health Centers of the Lehigh Valley

PREFERENCIA DE INFORMACIÓN MÉDICA

Paciente:_____ Fecha de Nacimiento _____
MR# _____

Como nuestro paciente, nosotros quizás necesitaremos comunicarnos con usted cuando no este disponible. Para proteger su privacidad, nos gustaría que usted indique su método de preferencia para poder comunicarle información sobre su salud a usted y a los que estén envueltos en su caso. Por favor mantenga en mente que un "recordatorio de su cite" no es clasificado como información de salud.

POR FAVOR INDIQUE SU PREFERENCIA DE COMUNICACIÓN

_____ Yo doy permiso para que dejan información de salud relacionado a mi persona, a mi dependiente o hijo(a) a los siguiente números de teléfono

Método	Si	No	Código de área, numero y extensión
Casa			
Grabadora de Mensajes			
Teléfono del Trabajo			
Celular			
E-mail			

Sin un permiso en específico, nosotros no le daremos información a nadie sobre su salud a menos que sea a usted. En algunos casos usted puede permitir que otra persona obtenga acceso a su información de salud. Por favor identifique a esto individuos y su relación con ellos (por Ej. esposa(o), padres, hijos, compañero(a), etc.).

****

_____ No le permito a nadie obtener información de mi salud a menos que sea a mi persona.

_____ Doy permiso para que las siguientes personas en esta lista obtengan información sobre mi salud.

Nombre	Relación	Código de área, numero y extensión
Comentarios:		

Asumo la responsabilidad de informarle a la oficina de cualquier cambio con mi numero de teléfono, mis preferencias, o en cualquier momento revocar esta autorización en especifica sobre la información de mi salud..

_____ _____
Firma Fecha

_____
(Imprimir su nombre)

Neighborhood Health Centers of the Lehigh Valley

NHCLV Authorization to Provide Medical Care

Autorización parental para tratar menores de edad
cuando no acompañados por padres o tutor legal

Esta autorización es para pacientes menores de 18 años de edad. Hay que tener permiso de un padre o tutor legal del paciente, antes de proporcionar servicios médicos cuando alguien acompaña al paciente que no sea el padre o tutor legal. Si usted (padre/tutor legal) cree que puede haber una ocasión cuando su hijo (paciente) puede ser traído por un familiar, niñera, cuidador, etc., por favor llene la siguiente información para que podamos incluir en el expediente de su hijo. Este documento constituye su (padre/tutor legal) autorización y consentimiento a buscar cualquier atención médica que los médicos del NHCLV crean apropiado o necesario a su hijo (paciente) – incluyendo pero no limitado a las vacunas. Esta autorización estará vigente de:

☐ Autorización para un día: fecha: _____

☐ Autorización por un año: Comenzando: _____ hasta _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento_____

Alergias del paciente:_____

Medicamentos actual del niño(a):_____

_____

Condiciones médicas del niño(a):_____

_____

El paciente mencionado arriba puede presentar y ser tratado cuando esta acompañado por un adulto que se enumeran a continuación. Las siguientes personas tienen mi permiso para autorizar atención médica para mi hijo (paciente) y firmar cualesquiera renuncias necesarias en mi nombre.

Nombre de adulto autorizado	Relación al paciente
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

_____ _____
Firma del padre/tutor legal fecha Nombre del padre/tutor legal fecha

_____ _____
Firma del testigo 1 fecha Nombre del testigo 1 fecha

_____ _____
Firma del testigo 2 fecha Nombre del testigo 2 fecha

Neighborhood Health Centers of the Lehigh Valley

Nombre del paciente: _____Edad: _____ MRN:_____

Formulario completado por _____

Nombre y relación con el paciente Fecha

Familia

Nombre	Edad	Relación	Problemas de salud

¿Hay hermanos que no estén mencionados? En caso afirmativo, indique sus nombres, edades y lugar de residencia:

¿Cuál es la situación de vivienda del niño en caso de no vivir con sus dos padres biológicos?
___Vive con padres adoptivos ___Custodia compartida ___Custodia monoparental ____Vive con familia de acogida

En caso de que uno o ambos padres no vivan en la casa del niño, ¿con qué frecuencia los ve? _____

Antecedentes del nacimiento

Peso al nacer _____

¿En qué hospital nació?_____

Tipo de bebé: __A término __Prematuro ___ Postérmino
Si fue un bebé prematuro, ¿cuántas semanas de gestación llevaba? _____

Tipo de parto: __ Vaginal __ Cesárea Si nació por cesárea, especifique el motivo:_____

¿El bebé tuvo algún problema inmediatamente después del nacimiento? __ Sí __ No Explicar:_____
_____

¿El bebé pasó la prueba de audición realizada después del nacimiento? __ Sí __ No

¿De qué tipo fue la alimentación inicial y por cuánto tiempo?
__Biberón __ Lactancia materna _____

¿El bebé partió del hospital hacia a su casa con la madre? __ Sí
__No En caso negativo, explique _____

¿La madre tuvo alguna enfermedad o problema con su embarazo? __Sí __No Explicar: _____

Durante el embarazo, ¿la madre consumió algo de lo siguiente? Tabaco __ Sí __ No Alcohol __ Sí __No
Drogas o medicamentos __ Sí __ No Cuáles _____Cuándo _____

General

¿Considera que su hijo goza de un buen estado de salud? __Sí __ No Explique _____
¿Su hijo tiene enfermedades o afecciones médicas graves? __Sí __ No Explique _____
¿Su hijo sufrió lesiones o accidentes graves? __Sí __ No Explique _____
¿Su hijo tuvo alguna cirugía? __Sí __ No Explique _____
¿Su hijo alguna vez fue hospitalizado/a? __Sí __ No Explique _____
¿Su hijo es alérgico a algún medicamento o fármaco? __Sí __ No Explique _____
¿Alguna vez su hijo tuvo alguna reacción a una vacuna? __Sí __ No Explique _____
¿A dónde acudía su hijo para recibir atención médica hasta este momento?_____
¿Cuándo fue el último chequeo general?_____

Desarrollo

¿Le preocupa el desarrollo físico de su hijo? __Sí __ No Explique _____
¿Le preocupa el desarrollo mental/emocional de su hijo? __Sí __ No Explique _____
¿Le preocupa la capacidad de concentración de su hijo? __Sí __ No Explique _____
Si su hijo va a la escuela: ¿Repitió un grado en la escuela? __Sí __ No Explique _____
¿Cómo es su conducta en la escuela? _____
¿Cómo le va en las materias? _____
Tiene un plan de educación individualizada (IEP)? ___ Sí ___ No Tiene clases o recursos especiales? ___ Sí ___ No

Neighborhood Health Centers of the Lehigh Valley

Historia clínica: ¿Su hijo presenta actualmente o ha presentado alguna vez alguna de las siguientes cuestiones?

Acné, eccema	__Sí __ No	Cuándo _____
(niñas) Problemas con los períodos menstruales	__Sí __ No	Cuándo _____
(niñas) Inicio de los períodos menstruales	__Sí __ No	Cuándo _____
Anemia o problemas hemorrágicos	__Sí __ No	Cuándo _____
Problemas crónicos o recurrentes en la piel	__Sí __ No	Cuándo _____
Problemas cardíacos o soplo cardíaco	__Sí __ No	Cuándo _____
Otro problema significativo	__Sí __ No	Cuándo _____
Asma	__Sí __ No	Cuándo _____
Mojar la cama (después de los 5 años)	__Sí __ No	Cuándo _____
Infección urinaria	__Sí __ No	Cuándo _____
Transfusión de sangre	__Sí __ No	Cuándo _____
Bronquitis, bronquiolitis o neumonía	__Sí __ No	Cuándo _____
Cáncer	__Sí __ No	Cuándo _____
Varicela	__Sí __ No	Cuándo _____
Estreñimiento que generó la necesidad de consultas médicas	__Sí __ No	Cuándo _____
Convulsiones u otros problemas neurológicos	__Sí __ No	Cuándo _____
Diabetes	__Sí __ No	Cuándo _____
Dolor abdominal frecuente	__Sí __ No	Cuándo _____
Infecciones en los oídos frecuentes	__Sí __ No	Cuándo _____
Dolores de cabeza frecuentes	__Sí __ No	Cuándo _____
Alergias nasales	__Sí __ No	Cuándo _____
Problemas en los oídos o auditivos	__Sí __ No	Cuándo _____
Problemas en los ojos o de la visión	__Sí __ No	Cuándo _____
Problemas en la tiroides u otros problemas endócrinos	__Sí __ No	Cuándo _____
Consumo de alcohol o drogas	__Sí __ No	Cuándo _____

Antecedentes familiares

¿Se observó alguna de las siguientes cuestiones en algún familiar?

Abuso de alcohol	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Anemia	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Asma	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Mojar la cama (después de los 10 años)	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Trastornos de sangrado	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Cáncer	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Sordera	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Diabetes (antes de los 50 años)	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Epilepsia o convulsiones	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Enfermedad cardíaca (antes de los 50 años)	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Muerte cardíaca súbita	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Hipertensión (antes de los 50 años)	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Niveles elevados de colesterol	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Problemas inmunológicos, VIH o SIDA	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Enfermedad renal	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Enfermedad hepática	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Enfermedades mentales	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Retraso mental	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Alergias nasales	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____
Tuberculosis	__Sí __ No	Quién _____	Comentarios _____

Antecedentes familiares adicionales _____

Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario.