fasttrack pediatrics

INFORMACION DEL PACIENTE	INFO. DEL INDIVIDUO RESPONSABLE (Padre, Madre, Guardián, Esposo, Esposa)
Nombre	Nombre
Primero Segundo Apellido	Primero Segundo Apellido
Fecha de Nacimiento _____ (mes/día/año) Sexo F ☐ M ☐	Relación con Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ (mes/día/año) Sexo F ☐ M ☐
Nombre de Madre _____ (Con propósito del Registro CAIR)	¿Vive en el mismo hogar que el paciente?: Si☐ No☐ (Se requiere la dirección al no vivir en el mismo hogar)
# De Seguro Social	# De Seguro Social
Domicilio	☐ Mismo domicilio del paciente
Ciudad Estado Código Postal	Ciudad Estado Código Postal
Dirección Postal	Dirección Postal
Ciudad Estado Cod. Postal	Ciudad Estado Código Postal
# De Teléfono en Casa Mensaje	# De Teléfono en Casa Mensaje
Nombre Del Empleador	Nombre Del Empleador
Domicilio	Domicilio
Ciudad Estado Cod. Postal	Ciudad Estado Cod. Postal
# De Teléfono Del Trabajo	# De Teléfono Del Trabajo
Correo Electronico	Correo Electronico

La siguiente información debe ser completada por el individuo responsable por el paciente

Estado Civil *(marque uno)* Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Viudo/a ☐ Otro ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a☐ Mandato Judicial ☐ (Proporcione copia)

Ingreso $ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual ☐ Número de Familiares en el Hogar

Empleado en Agricultura Sí ☐ No ☐ Si es "Sí", Es Temporal ☐ Migrante ☐

Contacto De Emergencia Parentesco(aparte de los padres) # de Teléfono ( )

Tipo de seguro ☐ Medí-Cal ☐ Medicare ☐ Seguro Médico Privado ☐ Ninguno ☐ Otro _____

Favor de darle su tarjeta de seguro medico a la recepcionista para que le tome copia

Yo certifico que la información contenida en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Además, Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo para tratamiento, pago u operaciones. Yo autorizo el pago de beneficios médicos a OHC, proveedor o proveedores de servicios. Yo, el firmante, autorizo al proveedor y quien sea designado como su asistente(s), a administrar esos tratamientos y procedimientos que en su opinión se consideren necesarias. Yo estoy de acuerdo, independientemente de la cobertura de seguro que soy responsable de todos los gastos incurridos. El pago será ***REQUERIDO*** al tiempo del servicio. Le ayudamos el cobro o factura a su seguro como una cortesía. Doy mi consentimiento para que los Centros de Salud de la Comunidad de la Costa Central (CHCCC) compartan información médica relevante con el Registro de Inmunización de California (CAIR) y sus socios.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Individuo Responsable _____ Fecha _____
(Padre, Madre, Guardián, Esposo, Esposa)

Testigo _____ Fecha _____

Para uso de la oficina:
Patient Name: _____ Medical Record # _____

Spa_pt_Intake, revised 1/14 LA

fasttrack pediatrics

(Edad: 0-18 Años)

Nombre_____ Fecha de Nacimiento _____
(mes/día/año)

I. CONTESTE LAS SIGUIENTE PREGUNTAS (Marque Sí o No y Conteste con Detalle)

#	Sí	No	Preguntas
1			¿Donde nació su hijo/a? _____
2			¿Tuvo algún problema durante su embarazo? Sí? Explique: _____
3			¿Fue su parto vaginal o cesárea? ¿Tuvo algún problema? ¿Sí? Explique: _____
4			¿Nacio prematuro su hijo/a? Sí? ¿Hubo algún problema? _____
5			¿Cuánto pesó su hijo/a al nacer?_____ Estatura al nacer: _____
6			¿Tiene su hijo/a un medico primario? Nombre: _____ Fecha de último examen: _____
7			¿Tiene su hijo/a un dentista? Nombre: _____ Fecha de último examen: _____
8			¿Toma algún medicamento su hijo/a? Anótelos: _____
9			¿Ha estado su hijo/a hospitalizado/a? Razón: _____ ¿Donde?_____
10			¿Ha tenido su hijo/a una lesión grave? Cuándo? _____ ¿Donde? _____
11			¿Ha tenido su hijo/a alguna cirugia? Cuándo? _____ ¿Donde? _____
12			¿Tiene su hijo alergias a medicamentos?_____
13			¿Tiene su hijo alergias a comidas, Asma, la urticaria, eccema o fiebre de heno? Otro: _____

II. ¿HA TENIDO O TIENE SU HIJO/A ALGUNO DE LO SIGUIENTE? (Marque Sí o No)

#	Sí	No	Preguntas	#	Sí	No	Preguntas
14			Problemas caminando	22			¿Amamantó a su hijo/a? ¿Cuánto tiempo? _____
15			Problemas aprendiendo a usar el baño	23			Problemas con la dieta/nutrición
16			Problemas con cólico	24			Come dieta especial
17			Problemas en la escuela	25			Atiende escuela o clases especiales
18			Problemas para dormir	26			Pesadillas
19			Problemas orinando la cama	27			Problemas de comportamiento o disciplina
20			Problemas mordiendo las uñas	28			Ha visto a un psicólogo
21			Problemas con peso/estatura	29			Logopeda o maestra de lenguaje

III. SOLO PARA MUJERES (Marque Sí o No)

#	Sí	No	Preguntas	#	Sí	No	Preguntas
30			¿Tiene su hija la menstruación difícil?	32			¿Usa su hija un método de control de la natalidad?
31	A qué edad empezó su hija su regla? _____			33			¿Ha tenido su hija un malparto o aborto?

Medical Record Number_____

IV. ¿HA TENIDO O TIENE SU HIJO/A ALGUN PROBLEMA CON UNO DE LO SIGUIENTE? (Marque Sí o No)

#	Sí	No	Preguntas	#	Sí	No	Preguntas
34			Cabeza	40			Riñones/vejiga
35			Ojos	41			Pulmones/asma/bronquitis/neumonia
36			Oídos/nariz/garganta	42			Huesos/muslos/articulaciones
37			Corazón/soplo/alta presión	43			Anemia
38			Estómago/estreñimiento	44			Piel/sarpullido
39			¿Usa lentes/lentes de contacto?	45			Tiene un puente, placas, o frenos dentales

V. ¿HA TENIDO O TIENE SU HIJO/A ALGUN PROBLEMA CON UNO DE LO SIGUIENTE? (Marque Sí o No)

#	Sí	No	Preguntas	#	Sí	No	Preguntas
46			Hepatitis	49			Diabetes
47			Viruela	50			Convulsiones
48			Mareo/Desmayo durante o después de hacer ejercicio	51			Estar inconsiente/tener conmoción cerebral

VI. HISTORIAL FAMILIAR (Marque Sí o No y complete con detalle)

#	Sí	No	Preguntas	#	Sí	No	Preguntas
52			Padre- Problemas de salud:	54			Cuantos Hermanos/hermanas?: _____
53			Madre – Problemas de salud:	55			Hermanos – Problemas de salud:

VII. HISTORIAL FAMILIAR (Marque Sí o No y complete con detalle)

#	Sí	No	Preguntas	#	Sí	No	Preguntas
56			Diabetes	60			Convulsiones
57			Alergias	61			Enfermedad de Corazón
58			Tuberculosis	62			Cáncer
59			VIH/SIDA	63			Hepatitis

VIII. OTRA INFORMACION (Marque Sí o No y complete con detalle)

#	Sí	No	Preguntas
64			¿Está usted o su hijo/a expuesto(a) a violencia domestica?
65			¿Tiene algúna otra enfermedad o condición médica que NO está incluida en esta forma? Favor de explicar: _____
66			Domicilio del último médico de atención primaria de su hijo(a): _____
67			¿Dónde vivio antes de venir a esta area? _____ ¿Cuándo se mudo a esta area? _____
68			¿Puede participar en actividades diarias? Si su respuesta es No, favor de explicar: _____
69			¿Algún otro comentario de su hijo/a? _____
70			¿Tiene algún factor religioso, cultural o físico que pueda afectar su cuidado de salud? Favor de explicar: _____

A lo mejor de mi conocimiento, he contestado cada pregunta completamente y con precisión. Yo le informaré a mi proveedor/doctor(a) sobre cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma de paciente o guardian (si es menor de 18 años)_____ **Fecha**_____

For office use only: Baseline evaluation (all new illnesses are documented on the ongoing problem list).

fasttrack
p e d i a t r i c s

Date (Fecha): _____

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Family Size (Tamaño de familia): _____

Annual income (Ingreso anual de familia): $ _____

	Check Here (Marque aqui)
Race (Raza)	
American Indian/Alaska Native (Indio Americano/Nativo de Alaska)	o
Asian (Asiatico)	o
Black/African American (Negro/Afroamericano)	o
Hipanic/Latino (Hispano/Latino)	o
Native Hawaiian (Nativo de Hawai)	o
Other Pacific Islander (De las Islas del Pacifico)	o
White (Blanco)	o
Refuse to Report (Se niega a reporter)	o
Migrant Worker (Trabajador Migrante)	
Not a Farmworker (No es campesino)	o
Migrant (Migrante)	o
Seasonal (Trabaja temporadas)	o
Homeless (Estado de Hogar)	
Not Homeless (Tiene hogar)	o
Doubling Up (Vive con otra familia)	o
Shelter (Vive en refugio)	o
Street (Vive en la calle/carro)	o
Transitional (Hogar de transicion/temporal)	o
Public Housing (Asistencia de Vivienda Publica)	
No	o
Tenant Based Voucher (Cupon de Renta (Seccion 8)	o
Public Housing (Programa de Vivienda Publica)	o
Other (Otro)	o
School Based Health Center (Centro Medico Escolar)	
If yes check here Si es Si, marque aqui	o
Veteran (Veterano Militar)	
If yes check here Si es Si, marque aqui	o
Language Barrier (Necesita Interprete)	
If yes check here Si es Si, marque aqui	o

++++++

fasttrack
pediatrics

Aviso de Prácticas de Privacidad

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud en el cumplimiento de la ley federal. Podemos usar o divulgar su información médica personal para estos fines.

Para tratamiento, pago, operaciones del cuidado medico, recordatorios de citas, servicios de salud relacionados y alternativas de tratamiento, las actividades de recaudación de fondos, las personas involucradas en su cuidado o pago de su atención, investigación, órganos y la donación de tejidos, como lo exige la ley, para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad militar y veteranos, compensación de trabajadores, Actividades de Salud Pública, Actividades de vigilancia, Demandas y disputas, hacer cumplir la ley, Médicos Forenses, Examinadores de Salud y Directores de Funerarias., Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia. Servicios de Protección para el Presidente y otros, y los reclusossalud.

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información personal:

Derecho a inspeccionar y solicitar una copia, derecho de modificar, Derecho a recibir un informe de divulgaciones, Derecho a solicitar restricciones, el derecho a recibir comunicaciones confidenciales, el derecho a recibir una copia impresa de este Aviso deaviso.

Cambios a este Noticia:

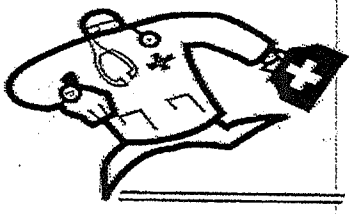
Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de hacer el aviso cambiante eficaz para toda la información de salud que mantenemos sobre usted, si se trata de información que hemos recibido con anterioridad acerca de usted o la información que podamos recibir de usted en el futuro. Nos tendrá a su disposición una copia de nuestro aviso actual en nuestras instalaciones. Nuestro aviso indicará la fecha de vigencia en la primera página, en el centro de la página. También le dará una copia de nuesto aviso actual a petición

Quejas:

Si usted cree que sus derechos han sido violaos, puede presentar una qeja ante nosotros ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted puede presentar una queja por correo nos una descripción escrita de su diciéndonos acerca de su queja en persona o por teléfono.

T. Odunlami, Office Administrator
Fasttrack Pediatrics
1133 SE 18th Pl. Ste 1
Ocala, FL 3441
(352) 433-2633

fasttrack
pediatrics



ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT PRIVACY PRACTICES NOTICE AND ADVANCE HEALTHCARE DIRECTIVES INFORMATION

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DIRECTIVAS POR ANTICIPADO SOBRE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

I, _____ have received a copy of Fasttrack Pediatrics Privacy Practices Notice and Advance Health Care Directives information

_____ _____
Patient's Signature Date

_____ _____
Signature of Parent or Patient's Representative Date

Yo, _____ reconozco que he recibido una copia del aviso de las Practicas de Privacidad Y Directivas por Anticipado sobre la Atención de la Fasttrack Pediatrics.

_____ _____
Firma del Paciente Fecha

_____ _____
Firma del padre del paciente o algun representante Fecha

Patient Name_____ DOB_____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(mes) (día) (año)

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos dar hoy a su hijo. Si contesta "sí" a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no deben vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

		Sí	No	No sabe
1.	¿Está enfermo hoy el niño?	☐	☐	☐
2.	¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	☐	☐	☐
3.	¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
4.	¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	☐	☐	☐
5.	Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿le dijo algún profesional de la salud en los últimos 12 meses que el niño tuvo sibilancias o asma?	☐	☐	☐
6.	Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción?	☐	☐	☐
7.	¿El niño, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; ha tenido el niño problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
8.	¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	☐	☐	☐
9.	En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño medicamento que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	☐	☐	☐
10.	Durante el año pasado, ¿le hicieron al niño una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o algún medicamento antiviral?	☐	☐	☐
11.	¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	☐	☐	☐
12.	¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐

Formulario llenado por: _____ Fecha: _____

Formulario revisado por: _____ Fecha: _____

¿Trajo el comprobante de vacunación de su hijo? **sí** ☐ **no** ☐

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al profesional de la salud de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de a su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo todas las veces que su hijo reciba atención médica. Su hijo necesitará este documento importante por el resto de su vida para ingresar a la guardería o a la escuela, para empleos o para viajar al extranjero.

Translation by Transcend, Davis, CA

www.immunize.org/catg.d/p4060-01.pdf • Item #P4060-01 Spanish (5/14)

Patient name: _____ Date of birth: ____/____/____ (mo.) (day) (yr.)

Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens

For parents/guardians: The following questions will help us determine which vaccines your child may be given today. If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean your child should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

	Yes	No	Don't Know
1. Is the child sick today?	☐	☐	☐
2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex?	☐	☐	☐
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?	☐	☐	☐
4. Has the child had a health problem with lung, heart, kidney or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, or a blood disorder? Is he/she on long-term aspirin therapy?	☐	☐	☐
5. If the child to be vaccinated is 2 through 4 years of age, has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months?	☐	☐	☐
6. If your child is a baby, have you ever been told he or she has had intussusception?	☐	☐	☐
7. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or other nervous system problems?	☐	☐	☐
8. Does the child have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem?	☐	☐	☐
9. In the past 3 months, has the child taken medications that weaken their immune system, such as cortisone, prednisone, other steroids, or anticancer drugs, or had radiation treatments?	☐	☐	☐
10. In the past year, has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug?	☐	☐	☐
11. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month?	☐	☐	☐
12. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?	☐	☐	☐

Form completed by: _____ Date: _____

Form reviewed by: _____ Date: _____

Did you bring your child's immunization record card with you? yes ☐ no ☐

It is important to have a personal record of your child's vaccinations. If you don't have one, ask the child's healthcare provider to give you one with all your child's vaccinations on it. Keep it in a safe place and bring it with you every time you seek medical care for your child. Your child will need this document to enter day care or school, for employment, or for international travel.

Technical content reviewed by the Centers for Disease Control and Prevention

IMMUNIZATION ACTION COALITION · Saint Paul, Minnesota · 651-647-9009 · www.immunize.org · www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/catg.d/p4060.pdf · Item #P4060 (1/15)

NEGACIÓN A ADMINISTRAR VACUNAS

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.° de registro médico: _____

Soy el padre/tutor del niño mencionado anteriormente. Mi proveedor de atención médica, _____, me ha recomendado que mi hijo se vacune contra las enfermedades que se indican a continuación. Se me ha dado una copia de la Declaración de información sobre vacunas (VIS, por sus siglas en inglés) que explica los beneficios y los riesgos de recibir cada una de las vacunas recomendadas para mi hijo. He analizado cuidadosamente toda la información que me suministraron. Sin embargo, tomé la decisión de no vacunar a mi hijo en esta oportunidad. He leído la siguiente información y dejo constancia de que tengo conocimiento de ella:

- Entiendo que algunos niños estadounidenses no vacunados se están contagiando enfermedades que pueden prevenirse mediante una vacuna (como sarampión, paperas o tos ferina). Como consecuencia, muchos tienen que ser hospitalizados y hasta llegan a morir.
- Entiendo que, aunque las vacunas han reducido significativamente la cantidad de casos de las enfermedades indicadas a continuación en los EE. UU., algunas de estas enfermedades son bastante comunes en otros países y los viajeros internacionales pueden traerlas a los EE. UU. Si no se vacuna, mi hijo podría contraer fácilmente una de estas enfermedades al viajar o contagiarse de alguien que haya viajado.
- Entiendo que mi hijo no vacunado podría contagiarle la enfermedad a otro niño que sea demasiado pequeño para vacunarse o que tenga una afección médica (como leucemia, otros tipos de cáncer, problemas del sistema inmunitario) que le impida vacunarse. Esto podría provocarle complicaciones a largo plazo e incluso la muerte al otro niño.
- Entiendo que si todos los padres se niegan a vacunar a sus hijos, estas enfermedades podrían regresar a nuestra comunidad con todo su potencial.
- Entiendo que es posible que mi hijo no esté protegido por lo que se conoce como inmunidad "colectiva" o "comunitaria" (es decir, el grado de protección que se obtiene cuando la mayoría de las personas de una población están vacunadas contra una enfermedad).
- Entiendo que algunas enfermedades que pueden prevenirse mediante una vacuna, como sarampión o tos ferina, son muy contagiosas, y se sabe que se han contagiado hasta las pocas personas no vacunadas que viven en poblaciones en las que la mayoría de las personas están vacunadas.
- Entiendo que si mi hijo no se vacuna y luego se contagia alguna de estas enfermedades, podría sufrir consecuencias graves, como amputación, neumonía, hospitalización, daño cerebral, parálisis, meningitis, convulsiones, sordera y la muerte. Muchos niños a quienes no se vacuna intencionalmente han sufrido graves consecuencias para la salud debido a la decisión de sus padres de no vacunarlos.
- Entiendo que mi hijo puede ser suspendido de su guardería o escuela, y de eventos deportivos u otras actividades organizadas durante los brotes de las enfermedades. Esto significa que yo tendría que faltar varios días al trabajo para quedarme en casa con mi hijo.
- Entiendo que la American Academy of Pediatrics (Academia Estadounidense de Pediatría), la American Academy of Family Physicians (Academia Estadounidense de Médicos de Familia) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades apoyan claramente la prevención de enfermedades a través de la vacunación.

Vacuna/enfermedad	VIS Dada (✓)	Vacuna recomendada por médico clínico o enfermero (iniciales)	Rechazo esta vacuna (iniciales del padre/tutor)
Difteria, tétanos y tos ferina (DTap)			
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)			
Hepatitis A (HepA)			
Hepatitis B (HepB)			
Virus del papiloma humano (HPV)			
Antigripal			
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)			
Otra:			

Vacuna/enfermedad	VIS Dada (✓)	Vacuna recomendada por médico clínico o enfermero (iniciales)	Rechazo esta vacuna (iniciales del padre/tutor)
Antimeningocócica (MCV)			
Varicela (Var)			
Antineumocócica conjugada (PCV)			
Antipoliomielítica inactivada (IPV)			
Rotavirus (RV)			
Tétanos y difteria (Td)			
Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap)			
Otra:			

No obstante, he decidido no darle a mi hijo la(s) vacuna(s) recomendada(s) o postergar su administración. Al firmar este formulario, dejo constancia de que me niego a vacunar a mi hijo contra una o más de las enfermedades incluidas en la lista precedente. He escrito mis iniciales en la columna "Rechazo esta vacuna" para indicar la(s) vacuna(s) que no quiero darle a mi hijo. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y vacunar a mi hijo.

Por medio del presente, libero a _____, y a sus agentes y empleados, así como a todos los demás proveedores de atención médica que participen en el cuidado del paciente, de todo reclamo, demanda o pretensión, conocidos o desconocidos en la actualidad, que se relacionen de alguna manera con la negación descrita anteriormente. Me han respondido todas las preguntas que tuve.

Dejo constancia de que he leído este documento en su totalidad y lo comprendo plenamente.

Nombre del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Parentesco con el paciente _____ Testigo _____ Fecha _____