

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 ¿Consume 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: \_\_\_\_\_

Office Use Only	
MRN #:	_____
Name:	_____
Age:	_____ Height: _____
Weight:	_____ BP: _____
If female, age of first menses:	_____

Name of person completing form: \_\_\_\_\_ Relationship (if not patient): \_\_\_\_\_

**Chief Complaint**

Reason for today's visit: \_\_\_\_\_

Symptoms/complaints and date of onset: \_\_\_\_\_

Pain severity: (Check box)

No pain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Most extreme
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Describe your pain: (Check all that apply)  Sharp  Dull  Throbbing  Burning  Tight  Tingling  Other: \_\_\_\_\_

Pain occurs: (Check all that apply)  At rest  With activity  At night

What do you do to reduce the pain? (Check all that apply)  Medicine  Ice  Heat  Rest  Elevation

The problem is:  Improving  Worsening  Stable

Describe other symptoms (if any) associated with this problem: \_\_\_\_\_

Is there a family history of this problem?  Yes  No

If this is an injury, please explain how it occurred: \_\_\_\_\_

If you have seen other doctors (including in an ER) for this problem, please fill out the below section:

Provider name: \_\_\_\_\_ Treatment given: \_\_\_\_\_

Provider name: \_\_\_\_\_ Treatment given: \_\_\_\_\_

Provider name: \_\_\_\_\_ Treatment given: \_\_\_\_\_

**Social History**

What is your child's grade in school, if applicable? \_\_\_\_\_ Does he/she attend a special needs facility?  Yes  No

If yes, please specify: \_\_\_\_\_

Languages spoken at home: (Check all that apply)  English  Spanish  Other: \_\_\_\_\_

Who lives at home? \_\_\_\_\_

Does your home have: (Check all that apply)  1 story  2 stories  3+ stories  Entrance steps  Elevator

Frequency of exercise/organized sports:  Daily  Weekly  Monthly  Gym class only  Rarely/never

Specific type of exercise/sports that your child plays: \_\_\_\_\_

Please specify if your child receives the following: *(Check all that apply)*

Is your child enrolled in Early Intervention of Birth to 3?  Yes  No

Physical therapy:  Yes  No Frequency: \_\_\_\_\_ School based:  Yes  No

Speech therapy:  Yes  No Frequency: \_\_\_\_\_ School based:  Yes  No

Occupational therapy:  Yes  No Frequency: \_\_\_\_\_ School based:  Yes  No

Describe any braces/orthotics your child uses, including pattern of use: \_\_\_\_\_

**Developmental Data**

At what age did your child first do the following?

Walk: \_\_\_\_\_ Sit: \_\_\_\_\_ Stand: \_\_\_\_\_

Please list any special concerns you have for your child's development: \_\_\_\_\_

**Provider Information**

Please fill this section out for any additional providers your child sees

Additional provider's name: \_\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Fax number: \_\_\_\_\_

Would you like a copy of today's consult note sent to this doctor?  Yes  No

Additional provider's name: \_\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Fax number: \_\_\_\_\_

Would you like a copy of today's consult note sent to this doctor?  Yes  No

**Required Information**

Did this injury happen while working?  Yes  No Does this injury relate to an auto accident?  Yes  No

Is this injury related to a pending lawsuit?  Yes  No

\_\_\_\_\_  
**Reviewed by (provider)**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**Scan Folder: Registration Form**