

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| PEDIATRIC PRIMARY CARE      |  |
| PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH |  |

## PEDIÁTRICA | Historial de Salud Inicial

|                 |                     |          |
|-----------------|---------------------|----------|
| NOMBRE DEL NIÑO | SEGUNDO NOMBRE      | APELLIDO |
| <hr/>           |                     |          |
| EDAD            | FECHA DE NACIMIENTO |          |
| <hr/>           |                     |          |

Si los padres no viven juntos, o si el niño no vive con sus padres, ¿cuál es el estado de custodia del niño?

---



---

### HISTORIA DE NACIMIENTO

El peso al nacer: \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ oz

Cuando nació el bebé? ☐ Al término ☐ Temprano ☐ Tarde

Si temprano, ¿cuántas semanas de gestación? \_\_\_\_\_ semanas

¿La madre tuvo alguna enfermedad o problema con su embarazo? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

Durante el embarazo, experimentó la madre lo siguiente:

Fumar? ☐ Sí ☐ No

Beber Alcohol? ☐ Sí ☐ No

Usar drogas o medicamentos? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo a las drogas o medicamentos, ¿qué y cuándo? \_\_\_\_\_

---

Fecha de adopción, (si procede): \_\_\_\_\_

¿Cómo fue entregado el bebé? ☐ Cesárea ☐ Vaginal

Si cesárea, ¿porqué? \_\_\_\_\_

¿El bebé tuvo algún problema después del nacimiento? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Cómo se dio la alimentación? ☐ De Mama ☐ Botella

¿El bebé va a casa con la madre del hospital? ☐ Sí ☐ No

Si no, por favor explique: \_\_\_\_\_

### GENERAL

¿Considera a su niño a estar en buena salud? ☐ Sí ☐ No Explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene alguna condición médica? ☐ Sí ☐ No Explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha tenido graves lesiones o accidentes? ☐ Sí ☐ No Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha sido su hijo/a hospitalizado? ☐ Sí ☐ No Explique: \_\_\_\_\_

¿Es su niño alérgico a algún medicamento o drogas? ☐ Sí ☐ No Explique: \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo/a algún medicamento con regularidad? ☐ Sí ☐ No Explique: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR** – Tiene algún miembro de la familia que tenían lo siguiente:

|                                 |                             |                             |              |                    |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|--------------------|
| Sordera                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| Alergias                        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| Asma                            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| Tuberculosis                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| Muerte Cardíaca Súbito          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| Alta presión sanguínea          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| Colesterol alto                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| Anemia                          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| Enfermedad dl Hígado/Riñón      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| Diabetes (antes 50)             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| Epilepsia/Convulsiones          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| Alcohol/Abuso de drogas         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| Enfermedades mentales/depresión | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| Retraso mental                  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| Problemas inmunológicos         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| VIH/SIDA                        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| Cancer                          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |
| Problemas Gastrointestinales    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Quien: _____ | Comentarios: _____ |

**HISTORIA PASADA** – en su caso, ¿Su hijo/a tiene o a él/ella alguna vez:

|                                                       |                             |                             |                 |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|
| Infecciones de oído frecuentes/pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique: _____ |
| Problemas con los ojos o la visión                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique: _____ |
| El asma, la bronquitis, la neumonía                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique: _____ |
| Cualquier problema de corazón o soplo cardíaco        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique: _____ |
| La anemia o un problema de sangrado                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique: _____ |
| Frecuente dolor abdominal/estreñimiento               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique: _____ |
| Infección de Vejiga o el Riñón                        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique: _____ |
| Mojar la cama (después de 5 años de edad)             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique: _____ |
| (F) ¿Ha comenzado su periodo menstrual?               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique: _____ |
| Ningún problema crónica o recurrente de la piel       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique: _____ |
| Dolores de cabeza frecuentes                          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique: _____ |
| Convulsiones o problemas neurológicos                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique: _____ |
| Diabetes                                              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique: _____ |
| Problemas de la tiroides u otro endocrinos?           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique: _____ |
| Uso de Alcohol/Drogas                                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique: _____ |

Lesiones en la cabeza, conmoción cerebral, o pérdida de la conciencia:

☐ Sí ☐ No Explique: \_\_\_\_\_

¿Cualquier otro problema significativo? ☐ Sí ☐ No Explique: \_\_\_\_\_

**EDUCACIÓN:**

¿A qué escuela asiste su hijo/a?

---

¿Qué grado de nivel?

---

¿Su hijo/a recibe educación especial?

☐ Sí      ☐ No

En caso afirmativo, por favor explique:

---

---

# Patient Consent Form for Electronic Exchange of Individual Health Information



HealthHIE Nevada is a non-profit organization dedicated to connecting the healthcare community to share information electronically and securely to improve the quality of healthcare services. To learn more about the Health Information Exchange (HIE), read the Patient Information brochure. You can ask the doctor that gave you this form for it, or go to the website [www.healthHIENevada.org](http://www.healthHIENevada.org).

## Details about patient information in HealthHIE Nevada and the consent process:

1. **How your information will be used and who can access it:** When you provide consent, only HealthHIE Nevada participants (such as doctors, hospitals, laboratories, radiology centers, and pharmacies), will have access to your health information. It can only be used to:
  - Provide you with medical treatment and related services.
  - Evaluate and improve the quality of medical care provided to all patients, using de-identified health information.
2. **Types of information included and where it comes from:** The information about you comes from organizations that have provided you with medical care, and are HealthHIE Nevada participants. These may include hospitals, physicians, pharmacies, clinical laboratories, and other healthcare organizations. Your health records may include a history of illnesses or injuries you have had (like diabetes or a broken bone), test results (like X-rays or blood tests), and lists of medications your doctor has prescribed. This may include information created before the date of this Consent Form. This information may relate to sensitive health conditions, including but not limited to:
  - Alcohol or drug use problems
  - HIV/AIDS
  - Birth control and abortion (family planning)
  - Genetic (inherited) diseases or tests
  - Mental health conditions
  - Sexually transmitted diseases
3. **Improper Access or Disclosure of your Information:** Electronic information about you may be disclosed by a participating doctor to others only to the extent permitted by Nevada State Law. If at any time you suspect that someone who should not have seen or received information about you has done so, you should notify your doctor.
4. **Effective Period:** Your consent becomes effective upon signing this form and will remain in effect until the day you revoke it or HealthHIE Nevada ceases to conduct business.
5. **Revoking your consent:** At any time, you may revoke your consent by signing a new consent form and giving it to your doctor. These forms are available at your doctor's office, or by calling 855-484-3443. Changes to your consent status may take 24-48 hours to become active in the system.

Note: Organizations that access your health information through HealthHIE Nevada while your consent is in effect may copy or include your information into their own medical records. Even if you later decide to withdraw your consent, they are not required to return it or remove it from their records.

6. **How your information is protected:** Federal and State laws and regulations protect your medical information. HIPAA, the Healthcare Insurance Portability and Accountability Act of 1996, is the federal law that protects your medical records and limits who can look at and receive your health information, including electronic health information. HIPAA's protections were further strengthened by another federal law, the HITECH Act of 2009, which may impose severe financial fines on anyone who violates your medical privacy rights. All health information made available on the HIE, including your medical information, is encrypted to federal standards and is accessible only as allowed by Nevada State law (NRS 439.590). In addition, your doctor must provide you with a Notice of Privacy Practices, which describes how he or she uses and protects your medical information.

Copy of Form: You are entitled to receive a copy of this Consent Form after you sign it.



Sólo Para Uso Interno: MRN \_\_\_\_\_

## Formulario de Consentimiento del Paciente para el Intercambio Electrónico de Información de Salud Individual

Por favor, lea el formulario de consentimiento y proporcione la siguiente información: (con letra de imprenta)

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

**NOMBRE ANTERIOR (S)** \_\_\_\_\_**GÉNERO:** M \_\_\_\_ F \_\_\_\_**DOMICILIO / P.O. BOX** \_\_\_\_\_**CIUDAD** \_\_\_\_\_**ESTADO** \_\_\_\_\_**CODIGO POSTAL** \_\_\_\_\_**NÚMERO DE TELÉFONO** \_\_\_\_\_**EMAIL** \_\_\_\_\_**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

(MM)

(DD)

(AAAA)

**Los pacientes de Nevada de Medicaid por favor lean:** La ley de Nevada exige que "una persona que es un beneficiario de Medicaid o de seguro en conformidad con el Programa de Seguro Médico para Niños no puede elegir que su información personal identificable de salud sea revelada por vía electrónica" (NRS 439.539). Cuando un paciente ya no es un beneficiario de Medicaid, es responsabilidad del paciente cambiar su elección de consentimiento, si es que decide hacerlo. Por favor firme abajo para indicar que está enterado.

**Opciones de Consentimiento: (MARQUE UNA)** Los pacientes de Nevada de Medicaid están exentos de hacer una selección.

Su decisión de dar o negar su consentimiento no puede ser base para la negación de servicios de salud.

☐ **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que todos los participantes de HIE accedan a **TODA** mi información electrónica médica (incluyendo información delicada) a fin de proveerme cualquier servicio de atención de la salud, incluida la atención de emergencia.

☐ **CONSIENTO SOLAMENTE EN CASO DE EMERGENCIA** que todos los participantes de HIE accedan a **TODA** mi información electrónica médica (incluyendo información delicada) **SÓLO** en el caso de una emergencia médica.

☐ **NO CONSIENTO** que ninguno de los participantes de HIE accedan a **NINGUNA** de mi información médica electrónica, **INCLUSO** en caso de una emergencia médica.

Firma del representante del paciente o autorizado \_\_\_\_\_

Fecha

Hora

Si firmo este formulario como representante autorizado del paciente, entiendo que todas las referencias en esta forma de "yo" o "mi" se refieren al paciente.

Nombre del representante autorizado (Impreso) \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Fecha

Hora

Dirección del representante autorizado que firma este formulario (con letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Número de teléfono del representante autorizado \_\_\_\_\_

**PARA USO INTERNO SOLAMENTE**

Nombre de la Organización: \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo: \_\_\_\_\_

Como testigo de este Consentimiento, doy fe de que conozco al que firma arriba, o que se ha identificado con un documento con foto, tarjeta de seguro, o cualquier otra prueba de identidad generalmente aceptada por el área de salud.