



FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO PEDIÁTRICO

¡Bienvenido al Centro de Salud de Alcona! A continuación se enumeran nuestras ubicaciones:

Alpena Services	PO Box 857, Alpena, MI 49707	(989) 356-4049
Alpena High Health Center	3303 S Third Ave Suite D128 Alpena, MI 49707	(989)358-3935
Cheboygan Campus	740 S. Main St. Cheboygan, MI 48721	(231) 627-7118
Community Health Center of Northern Michigan	3434 M-119, Harbor Springs 49740	(231) 348-9900
Harrisville Services	205 N. State, PO Box 130, Harrisville 48740	(989) 724-5655
Indian River Campus	6135 Cressy St, Indian River, MI 49749	(231) 238-8908
Lincoln Services	177 N. Barlow Road, PO Box 279, Lincoln, MI 48742	(989) 736-8157
Long Rapids Plaza	346 Long Rapids Plaza Alpena, MI 49707	(989) 358-3500
Servicios de Oscoda	208 S. State Street, Second Floor, Oscoda, MI 48750	(989) 739-2550
OWL Health Extension, Richardson Elementary	3630 E. River Road, Oscoda, MI 48750	(989) 569-6002
Servicios de Ossineke	11745 US-23, PO Box 83 Ossineke, MI 49766	(989) 471-2156
Pellston Services	421 Stimpson Dr. Unit 102, Pellston, MI 49769	(231) 844-3051
Petoskey Child Health Associates	2390 Mitchell Park D r., Petoskey, MI 49770	(231) 487-2250
Pickford Medical Clinic	416 M-129, Pickford, MI 49774	(906) 647-2217
Tiger Health Extension, Alcona Elementary School	181 N. Barlow Road, Lincoln, MI 48742	(989) 736-8716
Wildcat Health Extension, Lincoln Elementary School	309 W. Lake St, Alpena, MI 49707	(989) 358-3998

****Tenga en cuenta que los delincuentes sexuales registrados no están permitidos en las instalaciones de las clínicas escolares.**

Ofrecemos servicios dentales en nuestras oficinas en Alpena y Oscoda. También ofrecemos limpieza y exámenes orales en nuestros sitios de Lincoln y Cheboygan.

¿Cómo me establezco en el Centro de Salud de Alcona?

Llame a una de nuestras muchas oficinas y simplemente solicite convertirse en un paciente establecido del Centro de Salud de Alcona.

Es importante que devuelva este formulario a nuestra oficina, preferiblemente al menos una semana antes de su cita.

Esta información es muy útil para nuestros proveedores cuando abordan todos sus problemas importantes de atención médica. Su cita inicial suele durar entre 30 y 45 minutos. Si descubre que **no puede** asistir a esta cita; **notifíquenos lo antes posible** para cancelar o reprogramar.

Si desea ayuda para completar este formulario, llame a nuestra oficina y un trabajador de salud comunitario puede ayudarlo.

Nombre del niño/adolescente		Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Grado	Escuela/maestro
Dirección	Dirección postal (PO Box)	Ciudad		Código postal Número	de seguro social del niño	
Raza (Opcional) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Más de una						
etnia (Opcional) <input type="checkbox"/> No -Árabe/No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Árabe						
Nombre de la madre/	padre Fecha de nacimiento de la	del Seguro Social de		Número de teléfono		
la madre/padre Nombre del padre	/padre Fecha de nacimiento del	del Seguro Social del padre/padre		Número de teléfono		
Número de teléfono preferido	¿Podemos dejar un mensaje? ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿	La mejor hora del día para ser contactado?				
Apellido del tutor (si es diferente al padre/madre)	Nombre del tutor	Número de teléfono del tutor		Relación con el niño		
Nombre del contacto de emergencia (que no sea padre/tutor)		relación		Número de teléfono de		
SEGURO MÉDICO (Complete toda la información)						
<input type="checkbox"/> Ninguno (sin seguro) Comuníquese conmigo sobre ayuda para inscribir a mi hijo en el seguro médico MI Child/Healthy Kids. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número de tarjeta del niño de Medicaid/Medicaid HMO _____						
<input type="checkbox"/> Blue Cross/Blue Shield <input type="checkbox"/> Blue Care Network <input type="checkbox"/> Priority Health <input type="checkbox"/> TriCare <input type="checkbox"/> Otro: _____		Nombre del titular de la póliza _____ Número de la póliza de seguro _____ Número del grupo de seguro _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____ ¿ Relación del titular de la póliza con el niño? _____ ¿Paga su seguro las vacunas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Por favor enumere TODOS médicos, clínicas, especialistas, etc. que hayan tratado a su hijo en el pasado:

ENUMERE LOS MEDICAMENTOS ACTUALES (Incluya medicamentos de venta libre, vitaminas, etc.)
Agregue una página, si es necesario.

Nombre del medicamento	Concentración	Dosis

ALERGIAS (Incluya medicamentos, alimentos y alergias ambientales con reacciones) Agregue una página, si es necesario POR FAVOR

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA SALUD

TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Complete esta sección para pacientes menores de 3 años o si hubo complicaciones durante el embarazo o el parto.

Atención durante el embarazo

Edad de la madre biológica: _____ Estado civil: _____

Fecha esperada de parto: _____

Vive con el padre del bebé: No Sí

Número de embarazos: _____

Número de nacimientos: _____ Número de niños vivos: _____

¿Se brindó atención prenatal? No Sí ¿Dónde?

Tipo de sangre de la madre: _____ Rh pos Rh neg

Ecografía: Normal Anormal

Prueba de detección de estreptococos del grupo B: Neg Pos

Enfermedad/complicaciones de la madre (p. ej., preeclampsia)

No Sí

Infecciones de la madre: No Sí

Medicamentos durante el embarazo: _____

marque todos los que se usan durante el embarazo :

Analgésicos Marihuana

Alcohol (si es así, ¿cuánto?) _____

Tabaco (si es así, ¿cuánto?) _____

¿Usa otras drogas? _____

Trabajo de parto y parto

Vaginal Inducido Cesárea

Hora de nacimiento: _____ Horas de trabajo de parto: _____

Edad gestacional al nacer: _____ de semana _____ Días

Prematuro (<37 semanas)

Peso al nacer: _____ lbs _____ oz Longitud: _____ de

la cabeza: _____ cm o _____ en

partos múltiples? No Sí

Curso hospitalario

Lugar de entrega: _____

Inyección de vitamina K: No Sí

Vacuna contra la hepatitis B: No Sí

Prueba de audición: Aprobado Reprobado

Tipo de sangre del bebé: _____ Rh pos Rh neg

Ictericia: No Sí Fototerapia: No Sí

Evaluación de sepsis: No Sí

Sufrimiento fetal: No Sí ¿

Requiere oxígeno? No Sí

¿Se quedó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales? No Sí ¿Se

quedó en la guardería? No Sí

Días: _____ Motivo: _____

¿Defectos de nacimiento? No Sí

Evaluación estatal realizada: No Sí ¿
 Medicación dada? No Sí ¿
 Examen de sangre del cordón umbilical? Normal
Anormal
Síndrome de Turner Síndrome de Down

Tipo de fórmula: _____
 Fecha de alta: _____
 Peso de alta: ¿ _____
 Remisión a servicios sociales? No Sí
 Varones: ¿ Fue circuncidado el paciente? No Sí

Alta
 Historial de alimentación: Pecho Biberón Ambos

ANTECEDENTES FAMILIARES Y SOCIALES

Las siguientes personas viven en el mismo hogar que su hijo: (ejemplo: Joe Jackson, 9, hermanastro materno)

NOMBRE	EDAD	RELACIÓN CON EL PACIENTE

¿Alguien en el hogar fuma? Sí No En caso afirmativo, ¿fuma esa persona adentro? Sí No

¿Alguien vapea? Sí No En caso afirmativo, ¿esa persona vapea adentro? Sí No

Para pacientes mayores de 12 años: ¿Fuma el paciente? Sí No ¿ Vapea el paciente? Sí No

cuidado infantil: Días/semana Días/semana

<input type="checkbox"/> Madre _____	<input type="checkbox"/> Guardería _____
<input type="checkbox"/> Padre _____	<input type="checkbox"/> paciente _____
<input type="checkbox"/> Abuelo _____	<input type="checkbox"/> Yo mismo _____
<input type="checkbox"/> Niñera _____	<input type="checkbox"/> Pariente _____
<input type="checkbox"/> Hermano _____	<input type="checkbox"/> Vecino de _____

Residencia principal

vive con: _____ Tiempo dedicado: _____

Residencia secundaria

El paciente vive con: _____ Tiempo dedicado: _____

Estado civil de los padres: _____

Hermanos: ¿Cuántos? _____ Orden de nacimiento _____ Relación con hermanos: _____

Coopera con familiares/amigos: No Sí

Coopera con maestros: No Sí

Tiene suficientes amigos: No Sí

Tiene amigos de todos los géneros: No Sí

Cualquier inquietud sobre la relación con familiares/amigos/otros : No Sí

Diestro Zurdo Ambidiestro

Entorno del hogar:

Barrio: urbano ciudad rural país

Situación de la vivienda:

alquiler propio vive con familiares/amigos sin hogar

Tipo de hogar: casa apartamento remolque otro

Hogar Edad: _____

El hogar tiene privacidad adecuada: No Sí

El hogar tiene seguridad adecuada: No Sí

Fuente de agua: Ciudad Pozo Botella

¿El agua está clorada? No Sí

¿El agua está fluorada? No Sí

¿Hay plomo en el hogar? No Sí Eliminado

¿Usa casco para bicicleta/patinaje? No Sí

Sujeciones para el automóvil: Asiento para el automóvil: orientado hacia atrás Elevador Ninguno

Asiento para el automóvil: orientado hacia el frente

Cinturón

de seguridad Detector de monóxido de carbono: No

Sí

Detectores de humo: No Sí

Radón en el hogar: No Sí Tratado No probado

Piscina/spa en el hogar: No Sí

Mascotas/animales en el hogar: No Sí Tipo: _____

Armas de fuego en el hogar: No Sí ¿

Están bajo llave o almacenadas? No Sí

Seguridad:

HISTORIAL MÉDICO

1. Ha tenido su hijo alguna vez sido hospitalizado? No Sí ¿Cuándo, dónde y por qué? _____

2. ¿Alguna vez su hijo ha tenido una reacción a un medicamento o vacuna? No Sí Lista: _____

3. Marque si el niño ha tenido alguna de las siguientes condiciones de salud:

<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Sopro cardíaco
<input type="checkbox"/> Infección de riñón o vejiga	<input type="checkbox"/> Infección de oído frecuente	<input type="checkbox"/> Sangrado inusual
<input type="checkbox"/> Eccema	<input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho frecuente
<input type="checkbox"/> Dificultades para dormir	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal frecuente	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Preocupaciones de comportamiento
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes (describa)	<input type="checkbox"/> Huesos rotos (Por favor enumere:)	Otro:

		<input type="checkbox"/>
--	--	--------------------------

MANTENIMIENTO DE LA SALUD La

dieta de su hijo incluye: (Marque todo lo que corresponda)

- Pecho Leche Fórmula Verduras Frutas Carne Leche Jugo Soda Pop Frijoles, huevos y productos lácteos Cereales Panes Comida chatarra "Comida rápida" Dulces

¿Ve su hijo al dentista con regularidad? No Sí

¿Tiene su hijo evacuaciones regulares? No Sí

¿Estreñimiento? No Sí ¿Heces blandas frecuentes? No Sí

¿Su hijo orina normalmente? No Sí

ANTECEDENTES FAMILIARES/RELACIÓN CON EL PACIENTE

ADD/ADHD _____

Alcoholismo _____

Alergias _____

Enfermedad de Alzheimer _____

Artritis _____

Asma _____

Cáncer (especifique el tipo y la edad diagnosticada) _____

Enfermedad cardiovascular _____

Enfermedad de las arterias coronarias _____

Depresión _____

Retraso en el desarrollo _____

Diabetes (tipo I o tipo II) _____

Eczema _____

Lípidos elevados _____

Enfermedad genética _____

Deficiencia auditiva _____

Hipertensión _____

Síndrome del intestino irritable Problemas _____

de aprendizaje Enfermedad _____

mental _____

Migrañas _____

Obesidad _____

Osteoporosis _____

Enfermedad vascular periférica _____

Enfermedad renal _____

Trastorno convulsivo _____

cerebrovascular _____

Trastorno de la tiroides _____

VIH/SIDA _____

Hepatitis A B C _____

SOLO PARA PROGRAMAS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO: ¿

Cuál es la (s) razón(es) principal(es) por las que busca apoyo¿tu niño? (Incluya cuánto tiempo ha tenido estos síntomas/inquietudes y cualquier evento reciente/pasado que contribuya a estos síntomas). _____

Cuáles son sus esperanzas con respecto a la terapia de su hijo? _____

Enumere cualquier terapia de salud conductual actual o pasada en la que haya participado su hijo/familia. ¿ _____

Ha experimentado su hijo algún factor estresante reciente o pasado? Sí No (p. ej., enfermedad, muerte, operaciones, accidentes, separaciones, divorcio de los padres, cambio de trabajo de los padres, cambio de escuela del niño, mudanza de la familia, problemas financieros familiares, nuevo matrimonio, trauma sexual, otras pérdidas) En caso afirmativo, describa : _____

Ofrecemos un **programa de tarifa variable** a pacientes calificados que reducen el costo de la atención médica en nuestras instalaciones. Solicite una aplicación a nuestro personal. Necesitaremos saber su ingreso anual para determinar la elegibilidad para este programa. ¡Puede estar seguro de que mantendremos esta información en la más estricta confidencialidad!

Le pedimos que nos proporcione su ingreso familiar aproximado. Esta información se utiliza únicamente para los datos demográficos de toda la organización, para la consideración de tarifas móviles y no para ningún otro propósito. No se comparte con nadie excepto en conjunto y nadie se menciona por su nombre en los informes. Ingreso familiar aproximado \$ _____

HOGAR MÉDICO CENTRADO EN EL PACIENTE - PCMH

ALCONA HEALTH CENTER ES UN HOGAR MÉDICO CENTRADO EN EL PACIENTE. Estamos enfocados en el bienestar de su hijo.

Hemos creado una amplia gama de servicios y recursos diseñados para:

- Realizar un seguimiento y monitorear la atención recibida de todos los proveedores de atención médica.
- Ayudar a su hijo a alcanzar metas relacionadas con la salud y convertirse en adultos saludables.
- Ofrecer a su hijo acceso extendido a nuestro equipo de atención médica.

Bienvenidos al Centro de Salud de Alcona. Nos sentimos honrados de ser parte de la gestión de la atención médica de su hijo. Estamos comprometidos a brindarle a su hijo la mejor atención posible.

Esperamos que ayude a guiar a su hijo a adoptar un estilo de vida saludable que es tan importante para el bienestar de su hijo.

Discutiremos algunos pasos importantes con los que puede ayudar a su hijo a mantener o lograr una buena salud. Su cooperación es muy importante.

Será un gran placer para nuestro personal y proveedores trabajar con usted en estos objetivos, responder preguntas, brindar educación y ofrecer referencias a otros profesionales de la salud según sea necesario. Todos los que se unen a nuestra práctica deben comenzar por hacerse un examen físico completo seguido de chequeos periódicos que pueden incluir evaluaciones de salud y educación.

Esperamos trabajar con usted como su proveedor de atención médica familiar. Comuníquese con nosotros siempre que desee hablar sobre cualquier cosa que crea que pueda estar afectando la salud de su hijo. Es nuestra esperanza que podamos tener una relación donde las líneas de comunicación estén abiertas, y la comunicación va en ambos sentidos. Lo ayudaremos a recordar cuándo le corresponde a su hijo los exámenes de bienestar y/o las vacunas.

El autocuidado es una serie de pequeños pasos que puede tomar para ayudar a su hijo a trabajar hacia las metas de atención médica. Lo apoyaremos y lo ayudaremos a identificar los pasos de acción para lograr esos objetivos.