

**Nevada Health Centers, Inc.**  
**DEMOGRAFÍA DEL PACIENTE DEL**  
**NEVADA CHILDREN'S HEALTH PROJECT**  
 (Toda la información es estrictamente confidencial)

**SECCIÓN A: Demografía del paciente**

Apellidos		Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento: / /	
Dirección física		Calle		Depto. #		Ciudad	
				Estado		Código postal	
Dirección postal / Casilla de correo				Depto. #		Ciudad	
				Estado		Código postal	
Teléfono de la casa ( )			Teléfono móvil ( )			Idioma principal: _____	
						Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
Dirección de E-mail:							
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Género con el que se identifica: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Heterosexual (ni lesbiana ni gay)		Pronombre(s) preferido(s):
Género en el presente: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indiferenciado		<input type="checkbox"/> Transgénero masculino / femenino a masculino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino / Masculino a femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no divulgar			<input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo diferente <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Elige no divulgar		<input type="checkbox"/> Él, su, de él <input type="checkbox"/> Ella, su, de ella <input type="checkbox"/> Ellos, sus, de ellos <input type="checkbox"/> Ze, Hir <input type="checkbox"/> Me niego a contestar <input type="checkbox"/> Otro
¿A cuál de los siguientes grupos usted siente que pertenece? <input type="checkbox"/> Indio nativo norteamericano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> De color/Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Me niego a responder							
Nombre de su médico de cabecera							

**SECCIÓN B: SÍ, tengo seguro de salud**

Información del seguro (Emisor)

Nombre del dueño del seguro tal como aparece en la tarjeta del seguro		Fecha de nacimiento del dueño del seguro	
Nombre y dirección del empleador del dueño del seguro			
Nombre del plan de seguro		ID del suscrito	Nombre del grupo / número
Dirección de la compañía de seguro			

**SECCIÓN C: NO, no tengo seguro de salud**

Un consejero financiero se pondrá en contacto con usted para proporcionarle ayuda en la atención médica de su hijo menor de edad, por favor complete la siguiente información:

Nombre		Número telefónico ( )	
--------	--	--------------------------	--

**SECCIÓN D: Información de contacto de emergencia**

Nombre					
Dirección física		Calle		Depto. #	
				Ciudad	
				Estado	
				Código postal	
Teléfono de la casa ( )		Teléfono móvil ( )		Teléfono del trabajo ( )	
				Relación con el paciente	

**Nevada Health Centers, Inc.**  
**PADRES DEL PACIENTE / NOTIFICACIÓN**  
**DEL TUTOR LEGAL DESIGNADO POR LA CORTE**

**LAS ÁREAS CON DESTACADOR DEBEN COMPLETARSE PARA HACER CITAS Y PARA EL REGISTRO**

Por favor lea cuidadosamente y complete la siguiente declaración tomando conocimiento de que su hijo/hija puede recibir servicios en el Nevada Children's Health Project Unidad Médica Móvil.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
----------------------	----------------------

**Tomo conocimiento de que mi hijo/hija/protegido, identificado anteriormente, puede recibir los siguientes servicios en el Nevada Children's Health Project Unidad Médica Móvil:**

- Solicitud examen de salud completa
- Exámenes físicos (generales, deportivos, pre-empleo)
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones menores
- Pruebas para problemas de salud particulares (examen de la vista, hipertensión, etc.)
- El cuidado de ciertas condiciones crónicas tales como asma y problemas de convulsiones
- Inmunizaciones, según se requiera (tétanos, sarampión/paperas, rubeola, etc.)
- Servicios educativos de salud y bienestar individuales
- Exámenes de rutina de laboratorio
- Medicamentos de prescripción (con receta médica)
- Atención por temas físicos comunes pediátricos o adolescentes (peso, acné, problemas menstruales, etc.)
- Test de embarazo
- Manejo de control anticonceptivo
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- Pruebas de salud mental
- Cita de seguimiento según se requiera

**Responsabilidad financiera:** Si usted tiene seguro de salud, Nevada Health Centers le enviará la cuenta a su compañía de seguros. Cualquier copago se le cobrará a usted. Si usted no tiene seguro, un consejero financiero de Nevada Health Centers le contactará para explorar las opciones posibles de ayuda.

**Resumen post visita médica:** Si su hijo o protegido recibe servicios del Nevada Children's Health Project Unidad Médica Móvil, usted o el menor recibirá un resumen post visita médica en un sobre sellado.

**Prescripciones:** Todas las prescripciones se realizarán en forma electrónica y se enviarán a su farmacia preferida identificada en el Formulario de Historial del Nevada Children's Health Project.

**Certifico que he leído esta notificación y que entiendo su contenido.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal *(el paciente puede firmar si tiene 18 años o más)*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

## Nevada Health Centers, Inc. FORMULARIO DE HISTORIAL DEL NEVADA CHILDREN'S HEALTH PROJECT

(Toda la información es estrictamente confidencial)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor marque  todas las que correspondan:

ALERGIAS	
<input type="checkbox"/> Sí, por favor marque a continuación:	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Comida:	TIENE
<input type="checkbox"/> Medicamentos:	ALERGIAS
<input type="checkbox"/> Insectos:	DE LAS
<input type="checkbox"/> De la estación:	QUE SEPA
<input type="checkbox"/> A los animales:	

HISTORIA MÉDICA PASADA	
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Enfermedad al corazón
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas neurológicos
<input type="checkbox"/> Problemas del desarrollo	<input type="checkbox"/> Problemas del comportamiento, por favor liste:
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Otro, por favor escriba:
<input type="checkbox"/> Infecciones al oído	
<input type="checkbox"/> Gastrointestinal	

MEDICINAS QUE TOMA ACTUALMENTE			
Nombre de la medicina	Dosis	Cantidad que toma	Veces al día

FARMACIA COMERCIAL PREFERIDA	
Nombre:	Teléfono:
Dirección:	

Por favor marque  todas las que correspondan:

HISTORIAL FAMILIAR	MADRE	PADRE	HERMANA	HERMANO	ABUELA MATERNA	ABUELO MATERNO	ABUELA PATERNA	ABUELO PATERNO	OTRO, POR FAVOR ESCRIBA
Alcohol / abuso de drogas	<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"/>
Alergias	<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"/>
Ansiedad	<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"/>
Artritis	<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"/>
Asma	<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"/>
Cáncer de seno	<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"/>
Cáncer, tipo: _____	<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"/>
Colesterol	<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"/>
Enfermedad pulmonar crónica obstructiva	<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"/>
Depresión	<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"/>
Problemas de desarrollo	<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"/>
Diabetes	<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"/>
Enfisema	<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"/>
Gastrointestinal	<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"/>
Corazón	<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"/>
Hipertensión	<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"/>
Osteoporosis	<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"/>
Cáncer de próstata	<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"/>
Problemas siquiátricos	<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"/>
Convulsiones	<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"/>
Derrame cerebral	<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"/>
Tiroides	<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"/>

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor legal (el paciente puede firmar si tiene 18 años o más)

\_\_\_\_\_  
Fecha