

Información del paciente

Patient Information

Información legal (de su tarjeta de identificación)		Legal Information (as shown on ID)	
Nombre legal completo (de su tarjeta de identificación): <i>Full Legal Name: (As shown on ID)</i>		Género legalmente (de su tarjeta de identificación) ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ X <i>Female Male X</i>	Fecha de nacimiento: <i>Date of Birth:</i>
Nombre en la tarjeta de seguro médico (si varía de su tarjeta de identificación): <i>Name on Insurance Card: (if different from ID)</i>		Legal Sex: (As shown on ID)	
Nombre preferido: <i>Preferred Name</i>		Género asignado al nacer: <i>Sex Assigned at Birth:</i> ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Intersexual ☐ Desconocido <i>Female Male Intersex Unknown</i>	
Identidad personal de género: <i>Gender identity</i> ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Transgénero hombre/Hombre trans ☐ Transgénero mujer/Mujer trans <i>Female Male Transgender Male/Trans Man Transgender Female/Trans Woman</i> ☐ Dos espíritus ☐ Género cuestionando ☐ No binario/Género variante ☐ Otro: <i>Two Spirit Questioning Non-binary /Genderqueer Other</i>			
Sexualidad: ☐ Heterosexual/hetero ☐ Bisexual ☐ No sé ☐ Homosexual ☐ Lesbiana <i>Heterosexual/Straight Bisexual Unsure Gay Lesbian</i> ☐ Pansexual ☐ Género variante ☐ Omnisexual ☐ Asexual ☐ Otro: _____ <i>Pansexual Queer Omnisexual Asexual Other</i>			
Pronombres: ☐ ella/ella/su ☐ él/él/su ☐ ellé/elles/su ☐ Nombre del paciente ☐ Otro: _____ <i>Pronouns: she/her/hers he/him/his they/them/theirs Patient's name Other</i>			
Esta información nos ayuda a mejorar servicios al paciente y brindar atención al más bajo costo para los que califiquen. <i>This information helps us to improve patient services and provide the lowest cost care you're eligible for.</i>			
Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Legalmente separado ☐ Divorciado ☐ Pareja doméstica <i>Marital status Single Married Legally Separated Divorced Domestic Partnership</i> ☐ Pareja ☐ Enviudado <i>Significant Other Widowed</i>			
Estado de veteran: ¿Ha servido en el ejército de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No <i>Veteran Status: Have you ever served in the US Military?</i>			
Grupo étnico: <i>Ethnic Group:</i> ☐ Hispano <i>Hispanic</i> ☐ No Hispano <i>Non-Hispanic</i>	Raza (marque todos que correspondan): <i>(Race; Choose all that apply):</i> ☐ Blanca ☐ Asiática ☐ Indígena americana ☐ Nativa de Alaska <i>White Asian Native American Alaskan Native</i> ☐ Afroamericana ☐ Nativa de Hawái ☐ Isleña del Pacífico ☐ Otro _____ <i>African American Native Hawaiian Pacific Islander Other</i>		
Estado de empleo: (Employment status) ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Temporal/de temporada <i>Full time Part time Seasonal/Temporary</i>			

☐ Autónomo ☐ Jubilado/retirado ☐ Desempleado ☐ Estudiante tiempo completo ☐ Estudiante medio tiempo
Self-employed Retired Unemployed Full time student Part time student

☐ Otro:

Other

Trabajador agrícola migrante/de temporada: *Migrant/ Seasonal Worker*

a. ¿En los últimos 2 años, su empleo principal o el de otro miembro de su familia ha sido trabajo agrícola?

In the past two years have you or another member of your family worked in agriculture as your principal employment?

****El trabajo agrícola se refiere al trabajo en granjas, ranchos, huertas, viveros o corrales de engorde.**

****Agricultural is defined as work on farms, ranches, orchards, nurseries, feedlots.**

☐ Sí

☐ No

b. ¿Usted u otro miembro de su familia ha dejado de migrar para un trabajo agrícola por una discapacidad o vejez?

Have you or a member of your family stopped migrating to work in agriculture because of a disability or old age?

☐ Sí

☐ No

c. ¿En los últimos 2 años, usted u otro miembro de su familia ha establecido un hogar temporal para poder trabajar en la agricultura?

In the past two years have you or a member of your family established a temporary home in order to work in agriculture?

☐ Sí

☐ No

Sí/Yes = this person and their family can be classified as migratory/Seasonal workers.

Estado de vivienda: (marque la opción más adecuada)

Housing Status: (Check the closest option)

☐ Tengo hogar

☐ Vivo con otros

Not homeless

Living with others

☐ Vivo en albergue

☐ Vivienda transitoria

Living in a shelter

Transitional housing

☐ Sin hogar

☐ Calle, campamento, puente, vehículo

Homeless

Street, camp, bridge, vehicle

¿Tiene una vivienda pública*?

Do you live in public housing?*

***La vivienda pública se define como para los de bajos recursos o de la Sección 8.**

***Public housing is defined as low-income or section 8 housing.**

☐ Sí

☐ No

¿Ha solicitado usted Medicaid (seguro médico del estado, "OHP")?

Have you applied for Medicaid (OHP)?

☐ No ☐ Sí

Fecha de solicitar: _____

Application Date

Ingresos de la familia al año, aproximadamente:

Estimated yearly household income:

Número de personas en su familia: _____

Number of people living in your household

☐ \$0–5,000

☐ \$25,001–30,000

☐ \$50,001–55,000

☐ \$75,001–80,000

☐ \$100,001–110,000

☐ \$5,001–10,000

☐ \$30,001–35,000

☐ \$55,001–60,000

☐ \$80,001–85,000

☐ \$110,001–120,000

☐ \$10,001–15,000

☐ \$35,001–40,000

☐ \$60,001–65,000

☐ \$85,001–90,000

☐ \$120,001–130,000

☐ \$15,001–20,000

☐ \$40,001–45,000

☐ \$65,001–70,000

☐ \$90,001–95,000

☐ \$130,001–140,000

☐ \$20,001–25,000

☐ \$45,001–50,000

☐ \$70,001–75,000

☐ \$95,001–100,000

☐ Other _____

ESTE CONSENTIMIENTO DESCRIBE CÓMO
UTILIZAMOS Y DIVULGAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DÓNDE
ENCONTRAR MÁS DETALLES. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

El Aviso de prácticas de privacidad de Mosaic informa sobre cómo
podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida.

Entiendo que:

- Tengo derecho a recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Mosaic.
- Puedo pedir una copia en cualquier momento.
- Es posible que este aviso sea modificado.
- Tengo derecho a una copia de cualquier Aviso de prácticas de privacidad modificado.

Al firmar a continuación, reconozco lo anterior y que he recibido o se me ha ofrecido una copia en papel del Aviso de prácticas de privacidad de Mosaic. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad también está disponible en mosaicmedical.org.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO:

Al firmar a continuación, accedo a recibir atención en Mosaic.

Entiendo que:

- Este consentimiento para recibir tratamiento estará en vigencia mientras se me atiende en las clínicas de Mosaic.
- Puedo cancelar este consentimiento por escrito.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:

Mi información de salud protegida consta de mi historial médico, estudios y tratamiento(s).

Al firmar este formulario, entiendo y accedo a que Mosaic pueda utilizar o divulgar mi información de salud protegida con el propósito de:

- Proporcionar tratamiento;
- Pagar por los servicios;
- Operaciones de atención médica;
- Según sea necesario de manera razonable para cumplir con cualquier mandato judicial, citación, o cualquier otro requisito o norma legal mientras no se requiera una autorización por separado bajo las normas de la ley HIPAA; o
- Si se permite de otra manera bajo las normas de la ley HIPAA.

Al firmar a continuación, confirmo que se me ha entregado este documento en un idioma que entiendo ya sea por escrito, o según se me ha leído en su totalidad.

THIS CONSENT DESCRIBES HOW YOUR PROTECTED
HEALTH INFORMATION MAY BE USED AND RELEASED AND
WHERE TO FIND MORE DETAILS ABOUT THIS. PLEASE
REVIEW IT CAREFULLY.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES:

Mosaic's Notice of Privacy Practices gives information about
how Mosaic may use, and release protected health
information about you.

I understand that:

- I have the right to receive a copy of Mosaic's Notice of Privacy Practices.
- I may request a copy at any time.
- This notice may be revised.
- I am entitled to a copy of any revised Notice of Privacy Practices.

By signing below, I acknowledge the above and that I have received or have been offered a paper copy of Mosaic's Notice of Privacy Practices. Mosaic's Notice of Privacy Practices is also available on at mosaicmedical.org Mosaic's website.

CONSENT TO TREATMENT:

By signing below, I agree to receive Health care from Mosaic.

I understand that:

- This consent to treatment will be in effect as long as I am a Mosaic patient.
- I may cancel this consent in writing.

CONSENT TO DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION:

My protected health information is made up of my health history, testing and treatment(s).

By signing this form, I understand and agree that Mosaic may use or release my protected health information for purposes of:

- Providing treatment;
- Payment;
- Healthcare operations;
- As is reasonably necessary to comply with any court order, subpoena, or any other legal requirement(s) or regulation(s) as long as a separate authorization is not required under HIPAA regulations; or
- As is otherwise permitted under HIPAA regulations.

By signing below, I acknowledge that this document was given to me in a language that I understand either in writing or as read to me in its entirety.

Nombre del paciente en letra de molde (*Print Patient's Name*)

Fecha de nacimiento (*Patient's Date of Birth*)

Firma del paciente (o del padre / custodio legal)

Signature of Patient (or Parent/Legal Guardian)

Fecha (*Date*)

Permisos para divulgar información - Menores

Communication Permissions - Minor

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Patient Name: _____ *Date of Birth:* _____

Sección 1 (Section 1)

Información de contacto del(los) padre(s) o custodio(s) legal(es) (proporcione comprobante si es el custodio legal o el representante legal, o tiene poder notarial médico, etc.):		<i>Biological or legal parents or guardian(s) contact information (please provide proof if legal guardian, legal representative, medical power of attorney, etc.):</i>
Nombre: <i>Name:</i>	Nombre: <i>Name:</i>	
Relación: <i>Relationship:</i>	Relación: <i>Relationship:</i>	
Nº telefónico: <i>Phone:</i> ☐ Celular ☐ Teléfono de casa ☐ Otro: _____ <i>Mobile Home Other</i>	Nº telefónico: <i>Phone:</i> ☐ Celular ☐ Teléfono de casa ☐ Otro: _____ <i>Mobile Home Other</i>	

Sección 2 (Section 2)

Mosaic Medical puede dejar un correo de voz en los números de arriba por las siguientes razones: (marque todo lo que corresponda)		<i>Mosaic Medical may leave a voicemail for the following reasons using the above numbers: (check all that apply)</i>
☐ Información médica <i>Medical Information</i> ☐ Facturación <i>Billing</i> ☐ Recordatorio automatizado de cita <i>Automated Appointment Reminders</i> ☐ Ningún tipo de mensaje <i>No Messages of Any Kind</i> Llamen: ☐ SOLO el Nº de teléfono de preferencia registrado ☐ Cualquier Nº de teléfono personal registrado <i>Use: Preferred Number on file ONLY (no incluye el contacto de emergencia)</i> <i>Any Personal Number on file (not including emergency contact)</i>		

Sección 3 (Section 3)

Información de contacto del paciente (si corresponde). Los pacientes menores de edad (menores de 18) pueden pedir ciertos niveles de confidencialidad y consentir a varios asuntos médicos según su edad. El personal de Mosaic Medical puede proporcionar más detalles al respecto.		<i>Patient Contact Information (if applicable). Patients who are minors (Under age 18) may request certain levels of confidentiality and consent to various health care matters depending on their age. Further details regarding this can be provided by Mosaic Staff.</i>
Nº telefónico del paciente: _____ ☐ Celular ☐ Teléfono de casa ☐ Otro: _____ <i>Patient's Phone Number: Mobile Home Other</i>		
Mosaic Medical puede (marque todo lo que corresponda): <i>Mosaic Medical may (please check all that apply):</i>		
1. Dejar información médica en el correo de voz: ☐ SÍ ☐ NO <i>Leave medical information on voicemail:</i>		
2. Llamar con recordatorios automatizados de citas: ☐ SÍ ☐ NO <i>Use for automated appointment reminders:</i>		

Sección 4 (Section 4)

Complete esta sección si hay alguien aparte del padre o custodio legal que puede buscar y autorizar atención médica para el paciente con regularidad Y/O a quien un representante de Mosaic Medical puede divulgar información de salud sobre el paciente [padrastros, abuelos, etc. (NOTA: Esto no consta una autorización para divulgar el expediente médico.)]

Please complete this section if there is anyone besides the parent/guardian that may regularly seek and authorize medical care for the patient AND/OR with whom a Mosaic Medical representative may share healthcare information about the patient [step parents, grandparents, etc. (NOTE: This is not an authorization to release medical records.)]

☐ **Nadie** (None)

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Nº telefónico:** _____
Name Relationship Phone

Sobre: (marque todo lo que corresponda)

Regarding: (please check all that apply)

☐ Programar o cancelar citas ☐ **Toda** información ☐ Buscar atención médica ☐ Otro: _____
Schedule or cancel appointments All Information Seek medical care Other

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Nº telefónico:** _____
Name Relationship Phone

Sobre: (marque todo lo que corresponda)

Regarding: (please check all that apply)

☐ Programar o cancelar citas ☐ **Toda** información ☐ Buscar atención médica ☐ Otro: _____
Schedule or cancel appointments All Information Seek medical care Other

Sección 5 (Section 5)

Se requiere la firma

Signature required

Se puede cambiar o revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento. Estará en vigencia hasta ese momento o cuando el paciente cumpla 18 años.

This authorization may be changed or revoked in writing at any time, it will remain in effect until that time or the patient turns 18.

Al firmar a continuación, confirmo que se me ha entregado este documento en un idioma que entiendo ya sea por escrito, o según se me ha leído en su totalidad.

By signing below, I acknowledge that this document was given to me in a language that I understand either in writing or as read to me in its entirety.

Firma (Padre/Custodio legal): _____ **Fecha:** _____
Signature (Parent/Legal Guardian) Date

En letra de molde (Padre/Custodio legal): _____ **Relación:** _____
Print name (Patient/Legal Guardian) Relationship

Acuerdo financiero *Financial Agreement*

Mosaic espera que todos los pacientes paguen copagos y otros pagos al momento del servicio (si sean del programa de descuento de la clínica o del seguro médico).

Mosaic Medical expects all patients pay co-pays (Sliding Scale or insurance) and other payments at the time of service.

Resumen

- Todos los servicios proporcionados por Mosaic se cobran al paciente.
- Se llenarán los formularios para ayudar a acelerar los pagos de seguro médico.
- El paciente es responsable de todos los cargos, si el seguro paga o no.
- Se debe pagar todos los copagos identificados de antemano al momento del servicio y pueden ser considerados como pagos parciales por los servicios proporcionados (si sean del descuento según los ingresos económicos o del seguro médico). Solo se sabrá el costo total para el paciente después de que se haya tramitado el seguro.
- Aceptamos pagos en efectivo, cheques y VISA o MasterCard. **Habrà un cargo de \$15.00 por cualquier cheque sin fondos.**

Seguro médico

No podemos garantizar que su seguro cubra nuestros servicios. Sugerimos que verifique las opciones de cobertura con su seguro antes de la cita. Es la responsabilidad del paciente notificar a Mosaic de cualquier cambio de cobertura de seguro. Pedimos que se muestre la tarjeta de seguro en cada visita. Esto garantiza que nuestros archivos estén al día.

El descuento según los ingresos económicos

Mosaic ofrece un plan de descuento según los ingresos a todo paciente. Si usted califica, puede que se descuenta su copago. Para solicitar, llene el papeleo y proporcione comprobantes de ingresos para cada persona en el hogar (de 18 años o más).

Se requiere esta solicitud y la información financiera antes de que podamos determinar su elegibilidad. Si le falta alguna parte de este proceso de inscripción, se le devolverá su solicitud hasta que tenga toda la información requerida. Mientras tanto, puede que reciba una factura y usted será responsable por el costo completo de los servicios brindados.

TENGA EN CUENTA: Los cargos son para servicios brindados por Mosaic. Ningún análisis de laboratorio, escaneo o derivación a especialista está cubierto bajo el plan de descuento según los ingresos. Usted será responsable de todos los cobros/costos asociados con otras organizaciones.

Overview

- All services provided by Mosaic are charged to the patient.
- Forms will be completed to help expedite insurance payments.
- The patient is responsible for all charges, whether or not paid by insurance.
- Any copays (sliding scale or insurance) identified in advance, are due at the time of service and may be considered partial payment for services provided. The total cost to the patient will only be known after insurance has been processed.
- We accept cash, checks, and VISA or MasterCard. **There will be a \$15.00 charge for any returned check.**

Insurance

We cannot guarantee your insurance will cover our services. We suggest you verify coverage options with your insurance before your appointment. It is the patient's responsibility to notify Mosaic of any insurance coverage changes. We ask that the patient's insurance card be presented at every visit. This ensures that our records are kept current.

Sliding Scale

Mosaic offers a Sliding Scale Program to all patients. If you qualify, your copay may be discounted. To apply, please complete the application and provide proof of income for every person (18 years of age or older) in the household.

This application and financial information is required before we can determine any eligibility. If you are missing any pieces of this application process, your application will be returned to you until you have all required information. In the meantime, you may receive a bill and are responsible for the full price of services provided.

PLEASE NOTE: charges are for services provided by Mosaic. Any lab work, imaging, and referrals to specialists are NOT covered under this sliding scale. You will be responsible for any and all charges/costs associated with non-Mosaic organizations.

Por el presente, autorizo al proveedor proporcionar a mi compañía de seguro toda la información que la compañía de seguro pida sobre mi presente enfermedad o lesión. Por el presente, asigno al proveedor todo el dinero al cual tengo derecho para gastos médicos o quirúrgicos relacionados a los servicios, pero no para realizar endeudamiento al proveedor o cirujano. Se entiende que cualquier dinero recibido de mi compañía de seguro más allá de mi endeudamiento me será reembolsado cuando se pague por completo mi factura. Si la compañía de seguro niega todo o parte de las reclamaciones de servicio proporcionado a mí o a mis dependientes, deberé el pago completo a Mosaic. Se accede a que los cargos mostrados en las facturas son correctos y razonables a menos que sean protestados por escrito dentro de treinta (30) días de la fecha de facturación. Si fuera necesario tomar acción para recolectar un saldo vencido sin pagar por servicios proporcionados a mí o a mi familia, yo/nosotros accedo/accedemos a pagar honorarios de abogado razonables u otros costos que la corte determine apropiados. Se accede a que los pagos no se atrasarán ni se retendrán por la cobertura de seguro ni el tiempo necesario para tramitar las reclamaciones. Se asignan todos los pagos de seguro a Mosaic en cuanto corresponda, pero sin que esta asuma la responsabilidad del cobro de aquellos. Mosaic es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Al firmar a continuación, confirmo que se me ha entregado este documento en un idioma que entiendo ya sea por escrito, o según se me ha leído en su totalidad.

I hereby authorize the provider to provide my insurance company all information which the insurance company requests concerning my present illness/injury. I hereby assign to the provider all money to which I am entitled for medical and/or surgery expense relative to the services, but not to execute indebtedness to the provider/surgeon. It is understood that any money received from my insurance company over and above my indebtedness will be refunded to me when my bill is paid in full. If all or part of the claims for service provided to myself or my dependents are denied by our insurance company, I will be responsible for payment in full to Mosaic. Charges shown by statements are agreed to be correct and reasonable unless protested in writing within thirty (30) days of billing date. Should it become necessary to pursue collection efforts for an unpaid balance due for services provided to me or my family, I/we agree to pay reasonable attorney's fee or other such costs as the court determines proper. It is agreed that payment will not be delayed or withheld because of insurance coverage or the length of time it takes to process claims. All proceeds of insurance are assigned to Mosaic where applicable, but without their assuming responsibility for the collection thereof. Mosaic is an equal opportunity provider.

By signing below, I acknowledge that this document was given to me in a language that I understand either in writing or as read to me in its entirety.

Nombre en letra de molde
Print Patient Name

Fecha de nacimiento
Date of Birth

Firma del paciente (o el padre o custodial legal)
Signature of Patient (or Parent/Legal Guardian)

Fecha
Date

Relación con el paciente
Relationship to patient

Historial médico – menor

Health History – Minor

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____
 Patient Name Date of Birth Today's Date

AMBIENTE DEL HOGAR / ¿Quién vive con el paciente? Escriba o marque las respuestas abajo.

HOME ENVIRONMENT / Who lives with patient? Please write in and/or check the answers below.

Padre/custodio legal 1: Parent/Legal Guardian 1:	☐ Biológica / Adoptiva Biological/ Adoptive	☐ Otro Other	Vive con el niño Lives with child:	Sí Yes	No No
Padre/custodio legal 2: Parent/Legal Guardian 2:	☐ Biológico / Adoptivo Biological/ Adoptive	☐ Otro Other	Vive con el niño Lives with child:	Sí Yes	No No
Otro(s) padre(s) que vive(n) con el paciente Additional Parent(s) living with patient:	☐ Padrastro/madrastra Step Parent		☐ Otro: Other:		
Hermanos (en la casa, nombre y edad(es)): Siblings (at home, first name and age/s):					
¿Qué tipo de vivienda? What type of residence?	☐ Independiente Single family	☐ Apartamento Apartment	☐ Tráiler Trailer	☐ Temporal Temporary	¿Se construyó antes de 1978? Was it built before 1978?
¿Hay consumidores de tabaco/fumadores en casa? Tobacco users/smokers at home?				Sí Yes	No No
¿Hay niño o adulto en casa que usa alcohol o drogas a menudo? Is there a child or adult at home who uses alcohol or drugs often?				Sí Yes	No No
¿Hay armas en la casa? Are there guns in the home?				Sí Yes	No No
¿Hay alguien en casa que se le lastima o se le toca de mala manera? Is anyone at home being hurt or touched in a bad way?				Sí Yes	No No
¿Alguien en la casa tiene problemas con el estado de ánimo? Does anyone at home have a problem with their mood?				Sí Yes	No No
¿Es difícil para la familia pagar las cuentas o la comida? Does your family have a hard time paying bills or for food?				Sí Yes	No No

ALERGIAS Escriba o circule las respuestas abajo.

ALLERGIES Please write in or circle the answers below.

¿Tiene alergias el paciente? Does the patient have allergies?	Sí Yes	No No
¿Le hicieron una prueba de alergia? Was allergy testing done?	Sí Yes	No No
A medicamento: To medications:		
A comidas/otra (abeja, látex): To foods/other (bees, latex):		

MEDICAMENTOS (enumere los que toma regularmente)

MEDICINES (list medication/s taken regularly)

INMUNIZACIONES <i>Escriba y/o circule las respuestas abajo.</i>			
IMMUNIZATIONS <i>Please write in and/or circle the answers below.</i>			
¿Piensa que el paciente está al día con las vacunas recomendadas? <i>Do you think the patient is up-to-date on recommended vaccines?</i>	No sé <i>Not Sure</i>	Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
¿Tiene un registro de vacunas actualizado? <i>Do you have a current record of vaccines?</i>		Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
¿Alguna reacción o problema? (Si es así, descríbalos): <i>Any reactions or problems? (if yes, please describe):</i>		Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>

HISTORIAL MÉDICO PASADO <i>Escriba y/o las respuestas abajo.</i>			
PAST MEDICAL HISTORY <i>Please write in and/or check the answers below.</i>			
Parto: ☐ A término ☐ Temprano ☐ Tarde Embarazo duró: semanas (a término es 40) Peso al nacer: libras onzas <i>Birth: Full term / Early / Late Pregnancy lasted: weeks (full term is 40) Birth Weight: pounds ounces</i>			
¿Hubo complicaciones del embarazo? (si es así, descríbalas): <i>Pregnancy complications? (if yes, please describe):</i>		Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
☐ ¿Hubo uso de Tabaco ☐ Alcohol ☐ Drogas durante el embarazo? <i>Tobacco / Alcohol / Drug use in pregnancy?</i>		Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
¿Hubo complicaciones del parto? (si es así, descríbalas): <i>Birth complications? (if yes, please describe):</i>		Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
¿Pasó la revisión de audición? <i>Hearing screen passed?</i>		Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
Se quedó en el hospital: 1-3 días rutinariamente / más de 3 días debido a: <i>Hospital stay lasted: 1-3 days & routine / more than 3 days due to:</i>			
Hospitalizaciones (enumere con fechas): <i>Hospitalizations (list with date/s):</i>			
Cirugías (enumere con fechas): <i>Surgeries (list with date/s):</i>			
Enfermedades crónicas (asma, diabetes, alergia, eccema): <i>Chronic illness/es (asthma, diabetes, allergy, eczema):</i>			
Retrasos del desarrollo / terapias del desarrollo (logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional): <i>Developmental delays / developmental therapies (speech, physical, occupational):</i>			
Cuidado psiquiátrico / hospitalizaciones: <i>Psychiatric care / hospitalization/s:</i>			

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR Escriba o marque las respuestas abajo. Apunte solo los parientes de sangre afectados: padres, hermanos, abuelos, tíos, primos FAMILY HISTORY Please write in and/or circle the answers below. Please note only affected blood relatives: Mother, Father, Brother/s, Sister/s, Grandparents, Aunts, Uncles, Cousins		
Abuso de alcohol o sustancias: <i>Alcohol or substance abuse:</i>	Sí Yes	No No
Alergias (fiebre de heno, otra): <i>Allergies (hay fever, other):</i>	Sí Yes	No No
Artritis (reumatoide, lupus, otra): <i>Arthritis (rheumatoid, lupus, other):</i>	Sí Yes	No No
Asma: <i>Asthma:</i>	Sí Yes	No No
Sangrado anormal o coágulos de sangre: <i>Abnormal bleeding or blood clotting:</i>	Sí Yes	No No
Cancer (donde:): <i>Cancer (where:):</i>	Sí Yes	No No
Salud mental (☐ Depresión ☐ Ansiedad ☐ Trastorno bipolar ☐ suicidio): <i>Mental health (Depression / Anxiety / Bipolar / Suicide):</i>	Sí Yes	No No
Diabetes (Type 1, Type 2): <i>Diabetes (Tipo 1, Tipo 2):</i>	Sí Yes	No No
Tracto digestivo (☐ Crohn ☐ Colitis ulcerativa ☐ Intestino irritable ☐ Estreñimiento ☐ Hepatitis): <i>Digestive tract (Crohn's / Ulcerative colitis / Irritable bowel / Constipation / Hepatitis):</i>	Sí Yes	No No
Enfermedad genética, defectos de nacimiento: <i>Genetic disease, birth defects:</i>	Sí Yes	No No
Problemas reproductivos o urinarios: <i>Reproductive or Urinary problems:</i>	Sí Yes	No No
☐ Dolores de cabeza ☐ Migraña: <i>Headaches / Migraine:</i>	Sí Yes	No No
Enfermedad cardíaca: <i>Heart disease:</i>	Sí Yes	No No
Colesterol alto: <i>High cholesterol:</i>	Sí Yes	No No
Presión arterial alta: <i>High blood pressure:</i>	Sí Yes	No No
Enfermedad de los riñones (☐ Cálculos ☐ Infecciones ☐ Insuficiencia renal): <i>Kidney disease (Stones / Infections / Kidney failure):</i>	Sí Yes	No No
Problemas musculoesqueléticos: <i>Muscle or skeletal problems:</i>	Sí Yes	No No
Trastorno del sistema nervioso (Esclerosis múltiple, convulsiones): <i>Nervous system disorder (M.S., seizures):</i>	Sí Yes	No No
Problemas de piel (☐ Eccema ☐ Psoriasis): <i>Skin problems (Eczema / Psoriasis):</i>	Sí Yes	No No
Osteoporosis (pérdida de hueso): <i>Osteoporosis (bone loss):</i>	Sí Yes	No No
Trastorno sanguíneo (Falciforme, talasemia): <i>Blood disorder (Sickle cell, thalassemia):</i>	Sí Yes	No No
Derrame cerebral: <i>Stroke:</i>	Sí Yes	No No
Enfermedad tiroidea: <i>Thyroid disease:</i>	Sí Yes	No No
Tuberculosis: <i>Tuberculosis:</i>	Sí Yes	No No
Problemas o discapacidad para aprender (☐ TDAH ☐ Retraso del habla o lenguaje ☐ Dislexia): <i>Learning problems or disability (ADHD / speech/ or language delay / dyslexia):</i>	Sí Yes	No No
Problemas de visión: <i>Vision problems:</i>	Sí Yes	No No

REVISIÓN DE SISTEMAS (Marque si tiene alguno de estos síntomas ahora; avísenos si tiene alguna pregunta) REVIEW OF SYSTEMS (please check if you have any of these problems now; let us know if you have any questions)					
	Fiebre o escalofríos <i>Fever or chills</i>		Dolor de pecho <i>Chest pain</i>		Rigidez/hinchazón de coyuntura <i>Joint stiffness or swelling</i>
	Pérdida de apetito <i>Loss of appetite</i>		Latido del corazón anormal <i>Abnormal heart beat</i>		Cojera <i>Limp</i>
	Aumento o pérdida de peso <i>Weight gain or loss</i>		Desmayos <i>Passing out</i>		Andar o postura anormal <i>Abnormal gait or stance</i>
	Fatiga <i>Fatigue</i>		Regurgitar con frecuencia <i>Spitting up frequently</i>		Dolor en la espalda, brazo o pierna <i>Pain in back, arms or legs</i>
	Dificultad para dormir <i>Trouble sleeping</i>		Náuseas / Vómitos <i>Nausea / Vomiting</i>		Lunares preocupantes o que cambian <i>Worrisome or changing moles</i>
	Sentimientos de depresión <i>Depressed feelings</i>		Dolor abdominal <i>Abdominal pain</i>		Urticaria/ronchas <i>Hives</i>
	Sentirse ansioso o preocupado <i>Anxious or worried feelings</i>		Diarrea <i>Diarrhea</i>		Sarpullido <i>Rash</i>
	Pensamientos de muerte o suicidio <i>Thoughts of death or suicide</i>		Estreñimiento o irregularidad <i>Constipation or irregularity</i>		Coágulos de sangre <i>Blood clots</i>
	Mirada/movimientos de ojo anormales <i>Abnormal gaze or eye movements</i>		Agruras / Acidez estomacal <i>Heartburn</i>		Moretones o sangrado fácil <i>Easy bruising or bleeding</i>
	Pérdida o problema de la vista <i>Vision loss or problems</i>		Dolor o dificultad al tragar <i>Painful or difficult swallowing</i>		Ganglios linfáticos hinchados o bultos <i>Swollen lymph nodes or bumps</i>
	Dolor o enrojecimiento de ojo <i>Eye pain or redness</i>		Sangre en el excremento <i>Blood in the stool</i>		Dolor de cabeza <i>Headache</i>
	Sangrados frecuentes de nariz <i>Frequent nosebleeds</i>		Dolor o ardor al orinar <i>Pain or burning with urination</i>		Debilidad <i>Weakness</i>
	Dolor de oído <i>Ear pain</i>		Orinar con frecuencia <i>Frequent urination</i>		Entumecimiento <i>Numbness</i>
	Pérdida de audición <i>Hearing loss</i>		Sangre en la orina <i>Blood in urine</i>		Sensaciones anormales <i>Abnormal sensations</i>
	Dolor en la boca o dientes <i>Pain in mouth or teeth</i>		Incontinencia (pérdida de orina) <i>Incontinence (can't control urine)</i>		Mujeres: Reglas dolorosas <i>Females: Painful periods</i>
	Ronquera <i>Hoarseness</i>		Orinar excesivamente <i>Urinate too much</i>		Mujeres: Menstruaciones pesadas <i>Females: Heavy periods</i>
	Ronca todas las noches <i>Snoring nightly</i>		Sed excesiva <i>Excessive thirst</i>		Mujeres: Reglas irregulares <i>Females: Irregular periods</i>
	Falta de respiración <i>Shortness of breath</i>		Hambre excesiva <i>Excessive hunger</i>		Mujeres: Secreción vaginal <i>Females: Vaginal discharge</i>
	Tos <i>Cough</i>		No tolerar el frío o calor <i>Can't tolerate cold or heat</i>		Hombres: Secreción del pene <i>Males: Discharge from penis</i>
	Sibilancia (al respirar) <i>Wheezing</i>		Sudor excesivo <i>Sweat too much</i>		Hombres: Dolor o hinchazón de testículo <i>Males: Testicle pain or swelling</i>

Reviewed by _____

Date _____