



TRUE
Care

BIENVENIDO A WILMINGTON HEALTH **TRUE CARE**

Gracias por su confianza en Wilmington Health. Complete y envíe el formularios adjunto dos días antes de su cita para ayudarnos a brindar la mejor atención posible. ¡Esperamos poder servirle!

¿POR QUÉ ELEGIR WILMINGTON HEALTH?

En Wilmington Health, comienza con **Confiar**, en un lugar que lo **Respeta**. Donde la atención experta se une a un valor **Inigualable**. Y donde un enfoque colaborativo y **Empoderador** del bienestar no solo es nuestra principal prioridad, también es nuestra promesa para usted. Desde 1971, ningún otro proveedor del área ha ofrecido una atención mejor y más asequible que Wilmington Health. Lo llamamos **TRUE Care**. *Y es lo que ofrecemos a nuestros pacientes todos los días.*





Nuevo Formulario de Historial Médico del Paciente Pediátrico

Fecha: _____ El nombre del niño: _____ Apodo: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenina Identidad de género: _____
Médico anterior: _____ Solicitud de transferencia de registros : Sí No
Fecha del último examen de niño sano: _____
Nombre completo de la madre/padre 1: _____
Nombre completo del padre/padre 2: _____
Nombre completo de la madrastra/padrastro 1 (si corresponde): _____
Nombre completo del padrastro/padrastro 2 (si corresponde): _____
Nombre completo del proveedor de custodia (si es diferente al anterior): _____
Relación con el paciente: _____

Historial de nacimiento

Marque aquí si se desconoce debido a la adopción
Peso al nacer: _____ Embarazo#: _____ Edad de la madre: _____
Nació: Vaginal Cesárea ¿Anticipado? ¿Tarde?
Si el parto fue prematuro, ¿cuántas semanas antes? _____ Si cesárea, ¿por qué? _____
¿Tuvo la madre alguna enfermedad/problema con su embarazo? Sí No Explique: _____
¿Tuvo el bebé algún problema inmediatamente después del nacimiento? Sí No
Explique: _____
Antes de que la madre supiera que estaba embarazada o en cualquier momento durante su embarazo:
Fuma cigarrillos (cantidad): _____ Bebe alcohol (cantidad): _____
Usa drogas callejeras (tipo): _____ Usa drogas recetadas (tipo): _____
¿Paciente expuesto al humo de segunda mano? Sí No ¿El paciente consume cafeína? Sí No
¿La alimentación inicial fue? leche materna fórmula

Historia actual y pasada

Marque aquí si se desconoce debido a la adopción
¿Toma actualmente su hijo algún medicamento? Sí No
Explique/Enumere: _____

¿Tiene su hijo alguna enfermedad grave o crónica? Sí No Explique: _____
¿Ha tenido su hijo lesiones graves o accidentes? Sí No Explique: _____
¿Tu hijo ha tenido alguna cirugía? Sí No Explique: _____
¿Ha estado su hijo hospitalizado alguna vez? Sí No Explique: _____
¿Es su hijo alérgico a algún medicamento/alimento? Sí No Explique: _____
¿Su hijo ha reaccionado alguna vez a una vacuna? Sí No Explique: _____

¿Su hijo tiene o ha tenido alguna vez:

¿Asma, tos recurrente, bronquitis o neumonía? Sí No Explique: _____
¿Alergias nasales o eczema? Sí No Explique: _____



Nuevo Formulario de Historial Médico del Paciente Pediátrico

- ¿Infecciones de oído frecuentes o dolor de garganta? Sí No Explique: _____
- ¿Problemas con los oídos o la audición? Sí No Explique: _____
- ¿Problemas con los ojos, la visión o los dientes? Sí No Explique: _____
- ¿Dolores de cabeza frecuentes u otros problemas neurológicos? Sí No Explique: _____
- ¿Dolor abdominal frecuente? Sí No Explique: _____
- ¿Estreñimiento que requiere visitas al médico? Sí No Explique: _____
- ¿Problemas de vejiga/riñones u orinarse en la cama? Sí No Explique: _____
- ¿Algún problema cardíaco/soplo? Sí No Explique: _____
- ¿Anemia o problema de sangrado? Sí No Explique: _____
- ¿Tiroides u otro problema de la glándula? Sí No Explique: _____
- ¿Diabetes? Sí No Explique: _____
- ¿ADD/ADHD? Sí No Explique: _____
- ¿Problemas de salud mental? Sí No Explique: _____
- ¿Uso de drogas o alcohol? Sí No Explique: _____

Información del Hogar

Enumere a todos los que viven en el hogar del niño

- Nombre: _____ Relacion hacía el niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
- Nombre: _____ Relacion hacía el niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
- Nombre: _____ Relacion hacía el niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
- Nombre: _____ Relacion hacía el niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
- Nombre: _____ Relacion hacía el niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Cuidado de niños: _____

¿Fumadores en el hogar? Sí No ¿Vapear? Sí No

Antecedentes médicos familiares

(padres, hermanos, abuelos maternos y paternos, tías/tíos maternos y paternos)

Marque aquí si se desconoce el historial familiar

¿Algún miembro de la familia ha tenido lo siguiente?:

- ¿Abuso de alcohol/drogas? Sí No ¿Quién? _____ Comentarios: _____
- ¿Alergias? Sí No ¿Quién? _____ Comentarios: _____
- ¿Asma? Sí No ¿Quién? _____ Comentarios: _____
- ¿Defectos de nacimiento? Sí No ¿Quién? _____ Comentarios: _____
- ¿Trastornos de la sangre? Sí No ¿Quién? _____ Comentarios: _____
- ¿Trastornos óseos? Sí No ¿Quién? _____ Comentarios: _____
- ¿Cáncer? ¿Tipo? Sí No ¿Quién? _____ Comentarios: _____
- ¿Diabetes? Sí No ¿Quién? _____ Comentarios: _____
- ¿Desorden endocrino? Sí No ¿Quién? _____ Comentarios: _____
- ¿Trastornos del oído/nariz/garganta? Sí No ¿Quién? _____ Comentarios: _____
- ¿Trastornos oculares? Sí No ¿Quién? _____ Comentarios: _____



Nuevo Formulario de Historial Médico del Paciente Pediátrico

¿Desórdenes gastrointestinales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Enfermedad del corazón?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Alta presión sanguínea?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Trastornos inmunológicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Problemas en las articulaciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Enfermedad del riñón?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Nefropatía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Enfermedad del hígado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Enfermedad pulmonar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Migrañas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Desórdenes metabólicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Obesidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Trastorno convulsivo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Trastornos de la piel?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Historial de accidentes cerebrovasculares?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Trastornos de la tiroides?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Historia de salud mental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____
¿Otro historial médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____	Comentarios: _____

Vacunas: Por favor **traiga el registro de vacunas más reciente a su cita**. Wilmington Health cree firmemente en la eficacia y seguridad de las vacunas para prevenir enfermedades graves y salvar vidas.

Información de la vacuna: _____



AUTORIZACIÓN para el USO y/o DIVULGACIÓN de INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Autorizo el uso y/o divulgación de mi información de salud protegida, como se establece a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que, si las personas u organizaciones que autorizo a continuación son o no son proveedores de atención médica, pueden divulgar aún más la información médica protegida y ya no puede estar protegido por las leyes federales de privacidad de la información de salud. **Esta autorización permanecerá vigente hasta que el aviso de cambio se proporciona por escrito.**

Información del paciente (letra de imprenta):

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Información médica protegida que se usará y/o divulgará:

Autorizo a Wilmington Health a discutir información médica sobre mi atención, resultados de pruebas, citas y/o información de facturación con alguien que no sea yo? Sí No

En caso afirmativo, autorizo a Wilmington Health a divulgar mi información médica protegida a los siguientes individuos, con quienes Wilmington Health puede comunicarse directamente:

	NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
1			
2			
3			

Autorizo a Wilmington Health a dejar un mensaje sobre mi atención médica en mi correo de voz. Sí No En caso afirmativo, proporcione el número de teléfono: _____

¿Autorizo a Wilmington Health a enviar recordatorios de citas por mensaje de texto? Sí No En caso afirmativo, proporcione el número de teléfono: _____

Tenga en cuenta que pueden aplicarse cargos de datos según su operador de telefonía celular

Tenga en cuenta que pueden aplicarse cargos de datos según su operador de telefonía celular. Reconozco que me han informado sobre el Aviso de prácticas de privacidad de Wilmington Health. He tenido pleno oportunidad de leer y considerar el contenido del Aviso de Prácticas de Privacidad de Wilmington Health.

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta autorización está firmada por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____



AUTORIZACIÓN PARA CONSENTIR LA ATENCIÓN MÉDICA DEL MENOR

Imprima, complete todos los campos y firme.

AUTORIZACIÓN PARA CONSENTIR LA ATENCIÓN MÉDICA DEL MENOR

Yo, _____, del condado de _____, Estado de _____, soy el padre con custodia que tiene la custodia legal de _____, hijo menor de edad, _____ de edad, nacido _____. Autorizo a _____ del condado de _____, Estado de _____, para realizar cuantos actos sean necesarios o convenientes para prestar para el cuidado de la salud del niño menor de edad, que incluye, entre otros, el poder (i) de proporcionar tal cuidado de la salud en cualquier hospital u otra institución, o el empleo de cualquier médico, dentista, enfermera u otra persona cuya servicios pueden ser necesarios para dicha atención médica, y (ii) dar su consentimiento y autorizar cualquier atención médica, incluida la administración de anestesia, examen de rayos X, realización de operaciones u otros procedimientos por médicos, dentistas y otro personal médico, excepto la retención o retiro de procedimientos de soporte vital.

Este consentimiento será efectivo a partir de la fecha en que se ejecute hasta la fecha en que lo rescinda por escrito. Al firmar aquí indico que (i) tengo el entendimiento y la capacidad para reconocer la importancia de, para comunicar y asignar la decisión de atención médica cubierta por este documento, (ii) estoy completamente informado sobre la contenido del documento, y (iii) entiendo el alcance completo y la importancia de este otorgamiento de poderes al agente nombrado en este documento.

Firma del padre (con custodia) Fecha
(Se requiere testigo si se firmó en la oficina de Wilmington Health)

Firma del personal de WH como testigo Fecha
(de la firma del padre con custodia si se firmó en la oficina de salud de Wilmington)

Se requiere notario público si se firma fuera de la oficina de Wilmington Health
ESTADO DE _____ CONDADO DE _____
En este día _____ de _____ de 20_____, se presentó personalmente ante mí el llamado _____, conocido por mí y conocido por mí como la persona descrita en y quien ejecutó el instrumento anterior y esa persona reconoce que él o ella ejecutó el mismo y haciéndome debidamente juramento, hice juramento de que las declaraciones en el instrumento anterior son verdaderas.
_____, Notario Público (SELLO OFICIAL)
Mi Comisión Expira: _____