



Ronald McDonald Care Mobile

Datos demográficos del paciente, acuerdos y autorizaciones



CHICAGOLAND &
NORTHWEST INDIANA

Información del paciente

Nombre completo de niño/a	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Domicilio	Ciudad/Estado	Codigo Postal	
Nombre de la Escuela	Grado	Raza <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> otra _____	Idioma principal
Nombre Completo del pariente/tutor legal	Numero de teléfono principal durante el día		

Información del seguro médico/doctor

Doctor primario de niño/a	Dirección	Número de teléfono
Cuál tipo de seguro médico tiene el niño/la niña (favor de marcar)?		Número de fax
Medicaid/Ayuda Publica	No seguro médico	Seguro privado
		<input type="checkbox"/> Mi hijo no tiene doctor primario

Información de Vacunas

Denos la lista de las vacunas REQUIRIDAS que NO quiere que su hijo/hija reciba:	
Favor de marcar las vacunas RECOMENDADAS que quiere o no quiere que su hijo/hija reciba:	
Vacuna de la gripe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hepatitis A (serie de 2 dosis)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VPH (Virus del Papiloma Humano)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
(serie de 2 si tiene 11-15 anos, 3 si tiene más de 15 anos)	
Podemos darle al niño/a la niña comida saludable (puede contener cacahuete, soja, leche, huevo o gluten) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO: Por el presente, consiento al tratamiento proporcionado por médicos, enfermeras y otros proveedores de atención médica de Advocate. Entiendo que los médicos, las enfermeras y otros proveedores de atención médica que se están capacitando en el hospital pueden, bajo la supervisión del personal apropiado, participar en el tratamiento de mi hijo(a) y consiento la participación de dichos estudiantes en estos servicios. Este tratamiento puede incluir examen físico, chequeos de salud y todas las vacunas recomendadas y requeridas excepto las que usted denegó anteriormente.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD:

- Autorizo el uso y la divulgación de mi información personal de salud (PHI) con fines relativos a mis diagnósticos o mis tratamientos, a la obtención del pago de mi tratamiento, o con fines relativos a la realización de las operaciones de atención médica del Advocate Medical Group.
- Autorizo a Advocate a divulgar toda la información necesaria durante la tramitación de solicitudes de cobertura financiera para los servicios. Esta autorización dispone que Advocate pueda divulgar información clínica objetiva relacionada con mi diagnóstico y mi tratamiento, que pueda ser solicitada por mi compañía de seguro o su agente designado.
- Autorizo a Advocate a proporcionar a la institución educativa de mi hijo una copia de su examen médico, incluidas las vacunas que se le hayan administrado.
- Autorizo a Advocate divulgar la información de la visita al proveedor de atención médica primaria o medico mencionados.

CESIÓN DE BENEFICIOS. En contraprestación de los servicios proporcionados, por el presente, cedo y autorizo el pago directo a Advocate Medical Group de todos los beneficios del seguro, del plan de salud o de otro pagador independiente que de lo contrario serían pagaderos a mí o en mi nombre por servicios para paciente ambulatorio.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: este Centro de Atención Móvil Ronald McDonald se hizo posible debido a una subvención de Ronald McDonald House Charities, Inc. ("RMHC"), una corporación benéfica sin fines de lucro y exenta de impuestos. RMHC no es responsable ni tiene obligación legal por la operación de este Centro de Atención Móvil Ronald McDonald, ni por cualquiera de las actividades médicas o dentales que se lleven a cabo dentro del mismo.

Paciente/Tutor del paciente: _____ **Fecha:** _____



1675 W. Dempster ~ Park Ridge, IL 60068
Phone 847-723-7358 ~ Fax 847-723-9566

Ronald McDonald Care Mobile



CHICAGOLAND &
NORTHWEST INDIANA

4440 W. 95th Street ~ Oak Lawn, IL 60453
Phone 847-723-7358 ~ Fax 708-684-4763

Formulario de antecedentes del niño

Por favor llene lo más que pueda para atenderle mejor a su hijo/a

Nombre de niño	Fecha de nacimiento
Última visita a su doctor primario	Motivo
Última visita a su dentista	Última exámen de la vista?

¿Cuántas días ha perdido el niño/a de la escuela en el año pasado? _____ Motivo _____
¿Algunos días fueron porque le faltaban el examen físico o las vacunas necesarias? Sí No

¿El niño/la niña ha estado en la sala de emergencias en el año pasado? Sí No
Motivo _____

¿Ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía? Sí No Motivo _____

Medicamentos que toma (anote todos): _____

Alergia a algún medicamento/alimento/otro tipo (anote todas) _____

¿Ha tenido el niño/la niña alguna reacción a las vacunas previas? (Circule)
NINGUNO fiebre (104 o más) convulsiones reacción alérgica grave erupción alteración en el estado mental

¿Tiene el niño/la niña algún problema de salud o enfermedades graves?

Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Defectos congénitos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas cardíacas (soplo cardíaco, presión alta)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Infecciones del oído	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Célula falciforme / hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mareos o dolor en el pecho con ejercicio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de los huesos/articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de los oídos o de audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas oculares o visuales, usa anteojos o lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otra condición:	

Antecedentes familiares del niño: Anote la letra del miembro de la familia que tiene el problema —Madre, Padre, Hermana (Ha), Hermano (Ho), Abuelo(a)

Enfermedad del corazón	Asma	Presión Alta	Cáncer
Accidente cerebrovascular	Convulsiones	Diabetes	Falleció subitamente antes de 50

Marque sí o no para las siguientes declaraciones:

- Sí No En los últimos 12 meses, nuestra familia se ha quedado sin comida antes de que tuviéramos dinero para comprar más
- Sí No En los últimos 12 meses, a nuestra familia le preocupaba que no tuviéramos suficiente comida antes de tener dinero para comprar más
- Sí No El niño está expuesto al humo del cigarrillo en el hogar
- Sí No Hay un arma en el hogar donde el niño vive o pasa mucho tiempo
- Sí No El niño usa un cinturón de seguridad en el automóvil
- Sí No El niño tiene un casco de bicicleta
- Sí No El niño necesita recursos de salud mental/salud del comportamiento

¿Alguna otra cosa que quiera informarnos sobre el niño/la niña o alguna preocupación en especial?

Nombre(letra imprenta)	Fecha
Firma de padre/tutor	