



**CHILD
GUIDANCE
CENTER**

Helping kids find hope and healing

Nombre Legal del Niño: _____ Fecha: _____

Número de Identificación: _____

Este cuestionario de información médica es muy importante para su niño, usted y su consejero. En veces la manera que nos sentimos físicamente puede estar relacionada con nuestras emociones o viceversa. Adicionalmente, ha sido nuestra experiencia que a los médicos familiares o pediatras les resulta beneficioso saber cuando sus pacientes vienen al *Child Guidance Center* (el Centro de Orientación para Niños); por eso hemos incluido la forma que autoriza que compartamos esta información.

INFORMACIÓN MÉDICA

1. ¿Es ALÉRGICO su niño a medicamentos? Si es, por favor escriba los nombres de los medicamentos y lo que pasa cuando los toma.

2. ¿Tiene su niño OTRAS alergias? Si tiene alergias, cuales son y que pasa si es expuesto a ellas.

3. ¿Está su niño tomando medicamentos AHORA? Si está tomando medicamentos, ¿cuales son los nombres de los medicamentos? y ¿quien se los recetó?

4. ¿Ha estado su niño en algún medicamento en los últimos SEIS meses? Si ha estado tomando medicamentos, ¿cuales son los nombres de los medicamentos? y ¿quien se los recetó?

5. ¿Está tomando su niño medicamentos no recetados en este momento? Si está, ¿Cuales son los nombres de esos medicamentos?

6. ¿Tiene su niño algún problema COMIENDO /NUTRICION? Si esta teniendo problema, por favor describa el problema:

7. ¿Usa su niño productos de tabaco?

¿Cigarros? Si _____ No _____ ¿Cuántos? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Tabaco Masticable? Si _____ No _____ ¿Cuántos? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

HISTORIA/ REGISTRO DE INMUNIZACIÓN

Nombre del Niño _____ Número de Identificación _____

Fecha del ultimo examen fisico _____ Fecha de Hoy _____

1. Todos deben mantener su registro personal de inmunización o tarjeta de vacunas. Le puede ayudar a asegurarse que su niño tiene la protección que necesita contra estas enfermedades. También puede prevenir vacunas innecesarias durante emergencias de salud o cuando cambie de doctores.
2. Chequeos rutinarios con su doctor o clínica de salud son la mejor manera de mantener a su niño saludable-aunque su niño no este enfermo.
3. Asegurándose que su niño reciba sus vacunas a tiempo, usted puede proveer la mejor defensa contra enfermedades infantiles peligrosas. Las vacunas recibidas en la niñez protegen contra nueve enfermedades: hepatitis B, polio, sarampión, paperas, rubéola, tos ferina, difteria, tétano e influenza de haemophiles tipo b.
4. El cuadro encontrado abajo incluye recomendaciones para vacunas de la Academia de Pediatras Americana. Revise con su doctor o su clínica de salud para ver si ni niño necesita vacunas adicionales o si otras vacunas nuevas están siendo recomendadas. Pudiera salvar una vida o prevenir incapacidad.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIO NUMERO 5 - CENTRO PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES														
Calendario de vacunas recomendado para niños y adolescentes ESTADOS UNIDOS • 2006														
Vacuna	Edad	Al recibir	1 mes	2 meses	4 meses	5 meses	12 meses	15 meses	18 meses	2 años	4-6 años	11-12 años	15 años	16-18 años
Hepatitis B ¹		HepB	HepB ²	HepB ³	HepB ⁴	HepB ⁵	HepB ⁶	HepB ⁷	HepB ⁸	HepB ⁹	HepB ¹⁰	HepB ¹¹	HepB ¹²	HepB ¹³
Difteria, Tétanos, Pertussis ¹		DTPa	DTPa	DTPa	DTPa	DTPa	DTPa	DTPa	DTPa	DTPa	DTPa	DTPa	DTPa	DTPa
Hemorragia meningocócica tipo A ¹		Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib
Polio (incl. Inactivado)		IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV
Sarampión, Paperas, Rubéola ¹		M-M-R	M-M-R	M-M-R	M-M-R	M-M-R	M-M-R	M-M-R	M-M-R	M-M-R	M-M-R	M-M-R	M-M-R	M-M-R
Tétanos ¹		Tdap	Tdap	Tdap	Tdap	Tdap	Tdap	Tdap	Tdap	Tdap	Tdap	Tdap	Tdap	Tdap
Meningococcosis ¹		Men	Men	Men	Men	Men	Men	Men	Men	Men	Men	Men	Men	Men
Neumococcosis ¹		PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV
Ex (polio) influenza ²		Flu	Flu	Flu	Flu	Flu	Flu	Flu	Flu	Flu	Flu	Flu	Flu	Flu
Hepatitis A ¹		HepA	HepA	HepA	HepA	HepA	HepA	HepA	HepA	HepA	HepA	HepA	HepA	HepA

Este calendario vigente desde 1 de octubre de 2005, indica las edades recomendadas para la administración de las vacunas de rutina apropiadas para niños de hasta 18 años de edad. Todos los niños deben recibir las vacunas recomendadas. Los administradores en la oficina deben asegurarse de que las vacunas se administran a los niños en los grupos de edad que se indican en el calendario. El calendario que aparece para administrar vacunas a los niños que no tienen edad para la administración. Es posible que durante el año se agreguen vacunas nuevas. Las vacunas con indicaciones para niños de 18 años o mayores siempre que sean necesarias para el control de enfermedades. Las vacunas con indicaciones para niños de 18 años o mayores siempre que sean necesarias para el control de enfermedades. Las vacunas con indicaciones para niños de 18 años o mayores siempre que sean necesarias para el control de enfermedades.

← Por favor, mire a la tabla a la izquierda y marque (X) el cuadro apropiado:

Mi niño tiene todas sus vacunas
Su Firma: _____

Mi niño no tiene todas las vacunas
Su Firma: _____

Otro (por favor, explique) _____

Su Firma: _____

OFFICE USE ONLY (USO DE OFICINA SOLAMENTE)
Reviewed by _____ Date _____
Reviewed by Dr. _____ Date _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Niño: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Identificación: _____ Peso del niño al nacer: _____

¿Hubo complicaciones durante el embarazo o parto? Si hubo complicaciones, por favor explique.

Medico del Niño: _____

Dirección de Oficina: _____ Ciudad _____ Código _____

Numero Telefónico de Oficina: _____

Por favor marque cualquiera de las siguientes que su niño tenga o haya tenido

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Viruela | <input type="checkbox"/> Infecciones Respiratorias Frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Conjuntivitis (Ojo Rojo) | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Empeine | <input type="checkbox"/> Virus Respiratorio (RSV) |
| <input type="checkbox"/> Impétigo (infección bacteriana de la piel) | <input type="checkbox"/> Hiperventilación (respiración anormal y rápida) |
| <input type="checkbox"/> Infección Estafilococo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Eritema (enfermedad viral que causa fiebre y sarpullido rozado) | <input type="checkbox"/> Alergias o Catarro anual de la nariz y los ojos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme (enfermedad inflamatoria causada por espiroqueta) | <input type="checkbox"/> Falta de desarrollo o crecimiento |
| <input type="checkbox"/> Sarna | <input type="checkbox"/> Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Dependencia en drogas |
| <input type="checkbox"/> Sangra o se le hacen moretones fácilmente | <input type="checkbox"/> Ataques de Pánico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea (Especifique) | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| _____ | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis Viral Tipo A | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis Viral Tipo B | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis Viral Tipo C | <input type="checkbox"/> Defectos al Nacer (Especifique) |
| <input type="checkbox"/> Shigella (bacteria que puede causar disentería) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes en las vías urinarias | <input type="checkbox"/> Pensamientos de Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Contracciones Nerviosa |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad en los Riñones | <input type="checkbox"/> Pesadillas repetidas |
| <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Problemas durmiendo |
| <input type="checkbox"/> Úlceras en el Estomago | |
| <input type="checkbox"/> Ictericia (decoloración amarilla en lo blanco del ojo) | |
| <input type="checkbox"/> Meningitis | |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/ Epilepsia | |

HISTORIA

¿Tiene su niño en este momento una enfermedad contagiosa? Si la tiene, por favor explique.

En este momento, ¿tiene alguien en su familia una enfermedad contagiosa? Si la tiene, por favor explique.

¿Ha estado su niño hospitalizado o ha tenido cirugía? Por favor explique.

¿Está sufriendo su niño de dolor agudo o dolor crónico en este momento? Si esta sufriendo de dolor, ¿en cual parte de su cuerpo esta el dolor? ¿Cómo está manejando este problema?



CHILD GUIDANCE CENTER

Helping kids find hope and healing

AUTORIZACIÓN PARA USO, COMPARTIMIENTO Y INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MEDICA PROTEGIDA

Nombre del Cliente _____ Número de Identificación _____

Fecha de Nacimiento _____

Por este medio, yo le autorizo a _____ a recibir y divulgar información con el Child Guidance
(Nombre de la pediatra o medico familiar)

Center (el Centro de Orientación para Niños) con respecto a _____
(Nombre legal del niño)

con el fin de informar a dicha parte o agencia sobre los temas siguientes: 1) el tratamiento, 2) las inmunizaciones, 3) el examen físico,
4) el seguimiento, 5) el resumen del despido de cuidado, y/o 6) otro (especifique) _____

El extento y naturaleza de la información que será divulgada es la siguiente: 1) el registro de inmunizaciones, 2) enfermedades en la
infancia, 3) hospitalizaciones, 4) la historia médica y el examen físico, 5) progreso de tratamiento, 6) contacto telefónico para progreso
de tratamiento y/o 8) otro (especifique) _____

Esta autorización es efectiva hasta que _____ a menos que sea revocada o terminada antes por el
cliente/padre/guardian.

Usted puede revocar o terminar esta autorización si somete una revocación en escrito a Child Guidance Center. Usted debe de
contactar al Director de Outpatient Services para terminar esta autorización.

Información que sea compartida debajo de esta autorización puede ser compartida de nuevo por la persona o organización a quien se
le mande esta información. No es posible asegurar su derecho de protección de privacidad concerniente a esta información una vez
que Child Guidance Center comparta esta información con otra persona.

Derechos para el Individuo

- > Usted puede pedir revisar o copiar información usada o compartida debajo de esta autorización.
- > Usted puede rehusar firmar esta autorización.

Resultado de Rehusar esta Autorización

Si usted rehúsa firmar esta autorización, Child Guidance Center, no le negara ningún tratamiento excepto tratamiento relacionado con
investigación o tratamiento que usted haya pedido para el propósito de compartir información a otros, incluyendo: _____

Firma del Cliente/Padre/Guardián

Firma de Testigo

Fecha

Fecha

Firma de Niño (si se aplica)

Fecha