

CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO

NOTA PARA EL PACIENTE: Cualquier procedimiento o tratamiento conlleva riesgos. No es posible garantizar ni asegurar un resultado exitoso. Es importante que usted comprenda claramente y esté de acuerdo con la operación o el tratamiento planeado.

Derek L. McCrae, MD, MA, FAAP

Autorizo al / a la Dr. (562) 492-9900 los médicos, colegas, asistentes y otro personal o a los hospitales o centros médicos elegido/s por él/ella para realizar lo siguiente (CONOCIDO EN TÉRMINOS MÉDICOS COMO):

(CONOCIDO EN TÉRMINOS COMUNES COMO):

y/o llevar a cabo cualquier procedimiento que a su criterio sea aconsejable para mi bienestar, incluyendo los procedimientos que se consideren aconsejables desde el punto de vista médico para solucionar problemas descubiertos durante el procedimiento mencionado.

- RIESGOS Y COMPLICACIONES GENERALES. Estoy conforme con mi comprensión de los riesgos y complicaciones más comunes del tratamiento o procedimiento que se describen en general al dorso de este formulario de consentimiento. Estos riesgos incluyen riesgo de hemorragia, infección, dolor, riesgos relacionados con la anestesia y la muerte.
• RIESGOS Y COMPLICACIONES ESPECÍFICOS. Estoy conforme con mi comprensión de los riesgos específicos de este procedimiento o tratamiento (el médico deberá describir los riesgos específicos cuando corresponda):

- MÉTODOS DE TRATAMIENTO ALTERNATIVOS. Estoy conforme con mi comprensión de los procedimientos o tratamientos alternativos y los posibles beneficios o riesgos incluyendo (el médico debe describir los procedimientos alternativos específicos y complicaciones cuando corresponda):

- SIN TRATAMIENTO. Estoy conforme con mi comprensión de las posibles consecuencias, resultados o riesgos ante la falta de tratamiento.
• SEGUNDA OPINIÓN. Me han dado la oportunidad de buscar una segunda opinión sobre el tratamiento o procedimiento propuesto.
• PROCEDIMIENTOS ADICIONALES O DIFERENTES DURANTE LA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO. Entiendo que pueden surgir problemas que son imprevistos en este momento y que puede ser necesario y aconsejable realizar operaciones y procedimientos diferentes o adicionales al procedimiento descrito. Autorizo y doy mi consentimiento para que se realicen las operaciones o procedimientos adicionales o diferentes que se consideren necesarios y aconsejables.
• OTROS SERVICIOS. Doy mi consentimiento para que se realicen los servicios de patología y radiología necesarios y además autorizo la eliminación de cualquier tejido o miembro obtenido de conformidad con la práctica acostumbrada en el hospital o centro médico.
• FOTOGRAFÍA. Doy mi consentimiento para que se fotografíe, filme o grave en video el tratamiento o procedimiento con fines educativos o diagnósticos.
• SIN GARANTÍAS. Entiendo que cualquier procedimiento o tratamiento conlleva riesgos, y no es posible garantizar ni asegurar un resultado exitoso.
• OTRAS PREGUNTAS. Estoy conforme con mi comprensión de la naturaleza del procedimiento o tratamiento y todas las preguntas adicionales sobre el tratamiento o procedimiento han sido respondidas.
He leído y me han entregado una copia de este formulario.

FECHA: _____ HORA: _____ AM/PM

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA IMPRENTA: _____

FIRMA: _____

(PACIENTE, PADRE O TUTOR LEGAL)

TRADUCIDO POR (SI CORRESPONDE): _____

MÉDICO: _____

TESTIGO: _____

POR FAVOR LEA LA INFORMACIÓN GENERAL AL DORSO

LONG BEACH PEDIATRIC CLINIC REGISTRATION FORM

Fecha:	Necesita Intérprete?		
Informacion del Paciente			
Apellido del Paciente:	Primer Nombre:	Segundo Initial:	Estado civil:
Fecha de nacimiento: / /	Sex: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Alergias:	
Direccion:			
Numero de direccion		Ciudad	Codigo Postal
Telefono de Casa:	Telefono celular:	Seguro Social:	
Ocupacion:	Empleador:	Telefono de Empleador:	
Escoji la clinica porque/me refererieron (porfavor escoja uno) <input type="radio"/> Nombre de Dr. _____			
<input type="radio"/> Referencia _____			
Tiene otra familia que tambien esta asignado aqui:			
Informacion de Padres			
Nombre de Madre: (Last, First, MI)		Fecha de nacimiento :	
Nombre de Padre: (Last, First, MI)		Fechas de Nacimiento:	
Informacion de Aseguranza			
Aseguranza:	Numero:	Numero de grupo:	
Nombre de Suscriptor:	Fecha de nacimiento:	Empleador:	
En caso de Emergencia			
Nombre de amigo/familiar:	Relacion a paciente:	Telefono de Casa:	Telefono de Trabajo:
<p>La informacion anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mi seguro pagar por mis beneficios medicos directamente al medico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. Tambien autorizo Long Beach Pediatric Clinic o compania de seguros para dar cualquier informacion necesaria para procesar mis reclamos.</p>			
Firma de Paciente/Guardian			Fecha

¿Qué Come Su Niño?

Ponga un círculo en las comidas que su niño *come* cada día o al menos 3 veces a la semana:

Bebés

Leche de pecho Fórmulas con hierro Fórmulas con hierro Cereal con hierro Frutas Verduras Carne Frijoles Jugo Huevos Miel Almibar (Karo)

Ponga un círculo en el dibujo que muestra como se siente su bebé o niño a la hora de comer:

Tortillas, Panes, Granos y Cereales

Arroz Sopa de macaroni Tortillas Cereal con hierro Galletas Pan/Bagel Pasta Pretzels Pan dulces

Frutas y Verduras (Ricas en Vitaminas A, C, Ácido Fólico y Fibra)

100% Jugo Fresas Melón Duraznos Sandía Piña Uvas Naranja Tomate Coliflor Verduras verdes oscuras Zanahorias Calabacita Plátano Pera Brocoli Chiles Repollo Ensalada Papa/Camote Ejotes/Chicharos Maíz

Alimentos Ricos en Calcio

Batido Leche Regular 1% Leche/leche desnatada Queso 100% Jugo fortificado con calcio Helado Requesón bajo en grasa/sin grasa Leche de soya baja en grasa/sin grasa Yogur bajo en grasa/sin grasa Tofu fortificado con calcio

Alimentos Ricos en Proteína y Hierro

Pollo/Pavo Carne de res Pescado/atún enlatado Tacos Jamón/Carne de puerco Huevos Cacahuetes Espagueti con albondigas Tofu Frijoles/Lentejas

Otras Comidas

Salchicha Hamburguesas Papas Fritas Chocolate Dulces Pizza Pollo Frito Papas Fritas Burrito Aguas Frescas Galletas

Ponga un círculo si su bebé o niño usa:

Vitaminas

Ponga un círculo si su bebé o niño recibe comida de:

Food Stamps School Lunch Head Start WIC

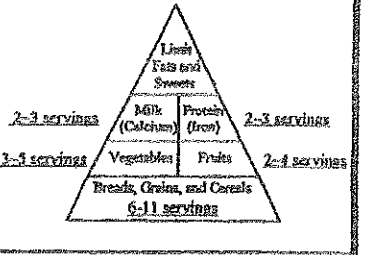
Ponga un círculo en las actividades que su bebé o niño hace diario:

Toma agua:

Office Use Only
Feeding milestones to check/visit

- Baby: Birth to 24 months**
- Yes / No
- Breast-fed 8-12 times/24 hours during early weeks of lactation OR every 3-4 hrs./day for older infants?
 - Formula-fed w/iron no less than 20 ounce/day? Correct dilution?
 - No honey/Karo Syrup until 1 year?
 - 4-6 months: Start on baby cereal with iron?
 - 5-7 months: Start on pureed vegetables and fruits?
 - 6-7 months: Drink from a cup?
 - 6-8 months: Start on pureed or ground meat, i.e., poultry, beef, pork, fish, egg yolk, beans, tofu?
 - 7-9 months: Eats finger foods and mashed/chopped foods, NO grapes, nuts, popcorn, hotdogs, hard candy?
 - 1 year: Drinks regular milk no less than 16 ounces/day?
 - 9-12 months: Feeds self, joins family meal and snack times?
 - 12-24 mos.: Eats variety of foods: small portions, i.e., 1-2 Tbsp., 1/4 c juice, 1/4 slice of bread.

- Child: 2 to 8 years**
- Yes / No
- Eats recommended variety and amounts of foods daily for age from the food guide pyramid?



- Mealtime/Others:**
- Yes / No
- Set meal and snack times?
 - Brush teeth by himself at 5 years?
 - Good food supply?
 - Takes vitamins, iron, or fluoride?
 - Growing normally according to his/her growth patterns?
 - Does child play with or eat dirt, plaster, clay, and paint chips?
 - Any food intolerances or allergies? _____
 - Referral for identified nutrition problem? Where? _____

- Activity:**
- Actively plays everyday i.e., running, biking, sports, 1 hour/day?
 - TV viewing: 2 hours or less/day?

Child's name: _____ Record #: _____

Age: _____ yrs. _____ mos. Wt: _____ lbs. Ht: _____ in. Date: ____/____/____

EL RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Firmando esta forma le reconoce que se informó del Aviso de Prácticas de Privacidad para Long Beach Pediatric Clinic. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad demostró la información sobre cómo podemos usar y revelar su información protegida. Le animamos a leerlo en su totalidad. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad es sujeto a cambios. El Aviso de la Privacidad está en nuestra oficina, puede solicitar una copia del Aviso de Privacidad.

Firma del Paciente/Representante del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente/Representante del Paciente

Relacion a paciente



Cuestionario de evaluación de riesgo de tuberculosis pediátrica¹

Una herramienta de detección de tuberculosis para proveedores

Las siguientes preguntas están diseñadas para determinar si se indica una prueba cutánea de la tuberculina (tuberculin skin test, TST) o un ensayo de liberación de interferón gamma (Interferon Gamma Release Assay, IGRA) para su paciente pediátrico. De acuerdo con las normativas recientes del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (Center for Disease Control and Prevention, CDC) se prefiere una TST para un niño menor de 5 años de edad. Si el niño tiene más de 5 años de edad y nació en el extranjero, entonces se prefiere un IGRA.²

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____ Fecha de la evaluación de riesgo: _____

1. ¿Su hijo nació en un país de alto riesgo?* Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo ha viajado a un país de alto riesgo* durante más de 1 semana? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Algún miembro de la familia o contacto ha tenido tuberculosis? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Algún miembro de la familia ha tenido un resultado positivo en un TST o un IGRA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

* País de alto riesgo: cualquier país con excepción de Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o un país en Europa Occidental o del Norte

Si se respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, entonces debe realizarse una prueba TST o IGRA.

Nota: Si el niño que se está evaluando ya fue analizado previamente, tuvo un resultado negativo documentado en el TST o IGRA y no tiene ningún factor de riesgo nuevo desde la última evaluación, entonces no necesita ser analizado nuevamente.

¹ Adaptado del Cuestionario de evaluación de riesgo del Programa de Prevención de Salud y Discapacidad Infantil de los Servicios Médicos para Niños. Distribuido el 1.º de agosto de 2011. Aviso de Información al proveedor N.º 11-04. Revisado.

² CDC. Lineamientos actualizados para el uso de ensayos de liberación de interferón gamma para detectar una infección por *Mycobacterium tuberculosis*. Estados Unidos, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 25 de junio de 2010, Vol. 59, N.º RR-5.

Actualizado el 10 de marzo de 2012



Long Beach Pediatric Clinic

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Fecha: _____

Alergias: (incluya medicamento, reacción y edad en que se manifestó por primera vez):

Problemas actuales:

Historia:

Antecedentes del nacimiento:

Talla al nacer: _____ Peso al nacer: _____ Circunferencia de la cabeza: _____
 Peso al salir de alta: _____ Edad gestacional al nacer (semanas): _____ Método de parto: Vaginal Cesárea
 Duración del parto: _____ En caso de cesárea, indique el motivo _____

Alimentación del bebé: Leche materna _____ Nombre de la fórmula infantil _____
 Biberón Ambos _____

Comentarios: Prueba audíva del recién nacido: Pasó -Falló Otros comentarios:

Historia médica: (Marque la casilla correspondiente y escriba los comentarios en los márgenes)

	Sí	No		Sí	No
ADD/ADHD			Rinitis alérgica		
Anemia			Asma		
Cardiopatía congénita			Estreñimiento		
Retraso del desarrollo			Diabetes		
Eccema			Alergias a alimentos		
Reflujo gastroesofágico			Enfermedad mental		
Soplo cardíaco			Prematuridad		
Otitis recurrente (infecciones del oído)			Faringitis estreptocócica recurrente		
Convulsiones			Abuso de sustancias		
Infecciones urinarias			Problemas de visión		
Reflujo vesicoureteral			Sibilancias		

Otros antecedentes médicos:

Antecedentes quirúrgicos: (Marque la casilla apropiada)

	Fecha		Cirujano
Adenoidectomía (extirpación de las adenoides)	Sí	No	
Apendicectomía (extirpación del apéndice)	Sí	No	
Tubos en los oídos	Sí	No	
Funduplicación	Sí	No	
Colocación de tubo de gastrostomía	Sí	No	
Cirugía cardíaca	Sí	No	
Reparación de hernia	Sí	No	
Cirugía ortopédica	Sí	No	
Amigdalectomía	Sí	No	

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Fecha: _____

Cirugía urológica	Si	No		
Derivación ventriculoperitoneal	Si	No		

Otros antecedentes quirúrgicos: _____

Antecedentes familiares: (Marque todas las casillas que correspondan)

Relación con el NIÑO	Nombre	V: Vivo	D: Difunto	ADD/ADHD	Alergias	Anemia	Asma	Cáncer	Diabetes	Enfermedad ocular	Problemas gastrointestinales	Cardiopatía	Colesterol alto	Hipertensión	Insuficiencia renal	Enfermedad mental	Migrañas	Convulsiones	Abuso de sustancias	Afección tiroidea	Otro	
Padres	Madre	V	D																			
	Padre	V	D																			
Hermanos	Hermana	V	D																			
	Hermano	V	D																			
Tías/tíos	Tía mat*	V	D																			
	Tío mat*	V	D																			
	Tía pat*	V	D																			
	Tío pat*	V	D																			
Abuelos	Abuela mat*	V	D																			
	Abuelo mat*	V	D																			
	Abuela pat*	V	D																			
	Abuelo pat*	V	D																			

Comentarios (incluya otros problemas médicos familiares): _____
 *Mat = materno, parientes de parte de la madre *Pat = paterno, parientes de parte del padre
 Abajo se pueden agregar otros antecedentes familiares, incluidos hermanos:

Relación con el NIÑO	Nombre	V	D																			
		V	D																			
		V	D																			
		V	D																			
		V	D																			
		V	D																			
		V	D																			
		V	D																			

Entorno del hogar:

Número de personas en el hogar: _____
 Vive con sus padres biológicos: Si _____ No _____
 Hogar de acogida: Si _____ No _____
 Cuidadores principales (marque con un círculo): Padres Guardería Parientes Otros: _____
 Guardería infantil (horas/día): _____
 Tiempo con parientes (horas/día): _____
 Mascotas: Si _____ No _____

Estado del padre/madre:

Estado civil del padre/madre (marque con un círculo): Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a) Otro _____

Ocupación de la madre: _____

Ocupación del padre: _____

Registro para la Evaluación de Elegibilidad de Pacientes para el Programa de Vacunas para Niños (VFC)

Información del paciente				
Nombre del paciente	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha
Fecha de nacimiento	Padre/Madre/Tutor (si aplica)	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Nombre del profesional de la salud o clínica				

- El paciente nombrado anteriormente tiene derecho a recibir vacunas por medio del Programa VFC porque ella/él o su padre/madre/tutor afirma que el niño tiene 18 años de edad o menos y:
- Marque solamente una de las siguientes:**
(Nota: Si el niño cumple con más de un requisito, seleccione el primero que aplique.)
- Reúne los requisitos necesarios para Medi-Cal o el Programa de Salud y Prevención de Discapacidades Infantiles (CHDP, en inglés); o
 - No tiene seguro médico; o
 - Es Nativo Americano o Nativo de Alaska
 - Su seguro médico no cubre el costo de las vacunas (sólo en los centros de salud con acreditación federal y clínicas rurales).
- El paciente nombrado anteriormente no tiene derecho a las vacunas proporcionadas por el Programa VFC porque tiene seguro médico que cubre el costo de las vacunas.

La Verificación del Estado de Elegibilidad				
	Medi-Cal/CHDP	Seguro médico	Nativo de Alaska	Discapacidad mental o física que impide el trabajo

- ### Notas
- Este formulario documenta si el paciente mencionado anteriormente reúne los requisitos necesarios.
 - El profesional de la salud debe mantener este expediente para cada niño que reúne los requisitos para VFC por un mínimo de tres (3) años y ponerlos a la disposición para la inspección a solicitud de las autoridades estatales o federales.
 - El paciente, su padre/madre o profesional de la salud puede llenar este formulario (si él/ella es un menor emancipado [independiente] o tiene 18 años de edad).
 - La evaluación de elegibilidad para el Programa VFC y la documentación del estado de elegibilidad debe hacerse durante cada visita de vacunación para asegurar que el estado de elegibilidad no ha cambiado.
 - No se requiere la verificación de respuestas.