

FECHA DE HOY _____

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DIRECCION _____

APELLIDO _____

PRIMER NOMBRE _____

CUIDAD _____

ESTADO _____

CODIGO POSTAL _____

NÚMERO DE TELÉFONO: (____) _____

NÚMERO DE CELULAR (____) _____

SEXO: M F

EDAD DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

RAZA _____

SEGURO SOCIAL _____

INFORMACION DE LOS PADRES

PADRE/GUARDIÁN 1: RELACION CON EL PACIENTE: _____

NOMBRE DE PADRE/GUARDIÁN 1: _____

APELLIDO _____

PRIMER NOMBRE _____

DIRECCION DE EMPLEADOR _____

OCCUPACION _____

AÑOS EMPLEADO(A) _____

NÚMERO DE TELÉFONO: (____) _____

NÚMERO DE CELULAR (____) _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

DIRECCION (o Marque aquí si es igual que el paciente) _____

CUIDAD _____

ESTADO _____

CODIGO POSTAL _____

PADRE/GUARDIÁN 2: RELACION CON EL PACIENTE: _____

NOMBRE DE PADRE/GUARDIÁN 2: _____

APELLIDO _____

PRIMER NOMBRE _____

DIRECCION DE EMPLEADOR _____

OCCUPACION _____

AÑOS EMPLEADO(A) _____

NÚMERO DE TELÉFONO: (____) _____

NÚMERO DE CELULAR (____) _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

DIRECCION (o Marque aquí si es igual que el paciente) _____

CUIDAD _____

ESTADO _____

CODIGO POSTAL _____

FARMACIA

NOMBRE DE FARMACIA: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: (____) _____

DIRECCION _____

CUIDAD _____

ESTADO _____

CODIGO POSTAL _____

New Jersey Medical School

RUTGERS

Division of Child Neurology
Neurological Institute of New Jersey

New Jersey Medical School

Rutgers, The State University of New Jersey

90 Bergen Street, Suite 5200

Newark, NJ 07101-1709

www.njms.rutgers.edu

973-972-7151

Fax: 973-972-5059

MEDICO REFERIDO Y MEDICO PRIMARIO

NOMBRE

DIRECCION _____
APELLIDO _____
PRIMER NOMBRE _____

CIUDAD

ESTADO _____
CODIGO POSTAL _____

NUMERO DE TELEFONO: (_____) _____
NUMERO DE FAX (_____) _____

MEDICO PRIMARIO (Marque aqui si es igual que el medico referido)
NOMBRE _____

DIRECCION _____
APELLIDO _____
PRIMER NOMBRE _____

CIUDAD

ESTADO _____
CODIGO POSTAL _____

NUMERO DE TELEFONO: (_____) _____
NUMERO DE FAX (_____) _____

INFORMACION DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO (Marque aqui si el paciente es el asegurado primario)
PERSONA RESPONSIBLE POR EL SEGURO _____

APELLIDO _____
PRIMER NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

SEGURO SOCIAL _____

RELACION AL PACIENTE _____

COMPANIA DE SEGUROS _____

NUMERO DE ID _____

NUMERO DE GRUPO _____

DIRECCION DEL SEGURO _____

CIUDAD

ESTADO _____
CODIGO POSTAL _____

TELAFONO DEL SERVICIO AL MIEMBRO/CLIENTE: (_____) _____

SEGURO SECUNDARIO (Marque aqui si no hay seguro secundario)
PERSONA RESPONSIBLE POR EL SEGURO _____

APELLIDO _____
PRIMER NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

RELACION AL PACIENTE _____

COMPANIA DE SEGUROS _____

NUMERO DE ID _____

NUMERO DE GRUPO _____

DIRECCION DEL SEGURO _____

CIUDAD

ESTADO _____
CODIGO POSTAL _____

TELAFONO DEL SERVICIO AL MIEMBRO/CLIENTE: (_____) _____

Para el personal de la oficina/For Office Staff: Reviewed by: _____
Date: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

HISTORIA DE NACIMIENTO

Peso de nacimiento: _____

? Nació el bebé a término completo? SI NO

Marque aquí si es desconocido

(Si "no," ¿a cuántas semanas/meses?)

? Como fue entregado el bebé? Parto vaginal Cesárea

(Si es una cesárea, por favor explique por qué)

? La madre usó Tabaco, alcohol, drogas, o medicamentos durante el embarazo? SI NO

(Si la respuesta es "sí," enumere y describa)

? Hubo complicaciones durante el embarazo, o durante o después del nacimiento? SI NO

(Si la respuesta es "sí," enumere y describa)

? Fue necesaria una UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales)? SI NO

(Si la respuesta es "sí," describa lo que pasó en la UCIN)

? Se fue el bebé a la casa con la madre del hospital? SI NO

(Si la respuesta es "no," explique por qué)

HISTORIA MEDICA

? Su hijo(a) tiene o ha tenido su hijo(a) alguna vez...?

Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Infecciones de oído frecuentes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Problemas con los oídos o la audición	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Problemas con los ojos o el visto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Asma, bronquitis, o neumonía	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Cualquier problema cardíaco o soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Estreñimiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Problemas para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Ronquidos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Dolores de garganta frecuentes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Convulsiones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Episodios de mirar fijamente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Hiperactividad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Dificultad para enfocarse o prestar atención	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Ansiedad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Desorden de ánimo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Depresión	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Desmayos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Convertiendo azul alrededor de la boca	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:
Sonambulismo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Expiíquese:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

HISTORIA QUIRURGICA

¿Ha tenido su hijo cada cirugía? SI NO

(Si la respuesta es "sí," ¿qué cirugía tuvo él/ella y cuándo fue la cirugía?) _____

HISTORIA SOCIAL

Por favor liste a todos los que viven en el hogar del niño

NOMBRE	RELACION AL PACIENTE

¿Cuál de estos describe mejor la situación de vida del niño?

- Vive con ambos padre biológicos
- Vive con un padre biológico (per custodia compartida)
- Vive con un padre biológico (custodia exclusiva)
- Vive con la familia de crianza
- Otro: _____

¿Alguien en el hogar fuma? SI NO

HISTORIA DE LA FAMILIA BIOLÓGICA

Marque aquí si es desconocido

¿Algún miembro biológico de la familia tuvo lo siguiente?

Convulsiones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
Dolores de cabeza o migrañas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
TDAH	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
Enfermedad psiquiátrica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
Lupus u otras enfermedades autoinmunes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
Ataque/derrame cerebral	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
Autismo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
Trastornos genéticos (por ejemplo, síndrome de Down)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
Tics o síndrome de Tourette	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Quién?

¿De qué ciudad y país son la madre biológica y el padre del niño?

Madre: _____

Padre: _____

¿Están relacionados la madre biológica y el padre / de la misma familia? SI NO

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

HISTORIA DE DESARROLLO

Marque aquí si es desconocido Su hijo ha recibido todas las terapias de desarrollo? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué terapias?

- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Análisis Aplicado de Comportamiento
- Terapia de habla
- Terapia de habilidades sociales
- Terapia psicológica

¿Ha tenido su hijo alguna regresión (es decir, perdió u olvidó las habilidades de desarrollo)? Sí No *(En caso afirmativo, describalo que sucedió)*

Alrededor de la edad que tenías cuando él/ella fue consistentemente capaz de:

Sentarse sin ayuda Edad: _____ Incapaz de hacer esto

Gatear Edad: _____ Incapaz de hacer esto

Caminar unos pasos sin ayuda Edad: _____ Incapaz de hacer esto

Decir sus primeras palabras Edad: _____ Incapaz de hacer esto

Hablar en frases Edad: _____ Incapaz de hacer esto

MEDICAMENTOS

Marque aquí si es desconocido

Por favor, indique todos los medicamentos actuales de su hijo, incluso vitaminas o suplementos.

NOMBRE DE MEDICAMENTOS | DOSIFICACIÓN Y HORARIO DE MEDICAMENTOS

ALERGIAS

Marque aquí si es desconocido

¿Su hijo ha tenido alguna reacción alérgica a los medicamentos? Sí No *(En caso afirmativo, ¿qué medicamento(s) y qué fue / fueron la(s) reacción(es) alérgica(s)?*

¿Su hijo ha tenido alguna reacción alérgica a los alimentos? Sí No

(En caso afirmativo, ¿qué alimentos y qué fue / fueron la(s) reacción(es) alérgica(s)?

¿Su hijo tiene alergias estacionales? Sí No

Para el personal de la oficina/For Office Staff: Reviewed by: _____ Date: _____

NEW JERSEY MEDICAL SCHOOL / NEUROLOGIC INSTITUTE OF NEW JERSEY AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

1. Por la presente solicito y autorizo al Instituto Neurológico de Nueva Jersey a divulgar información de los registros de salud de:

NOMBRE DEL PACIENTE _____

APELLIDO _____

PRIMER NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

SEGURO SOCIAL _____

Entiendo que esta autorización incluye permiso para divulgar información relacionada con la historia, diagnóstico y / o tratamiento de cualquier problema psiquiátrico, enfermedad mental, abuso de drogas, alcoholismo, enfermedades de transmisión sexual o contagiosas, SIDA o prueba de infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

2. La información solicitada se enviará a la escuela de mi hijo:

NOMBRE DE LA ESCUELA _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____

ESTADO _____

CODIGO POSTAL _____

TELÉFONO (_____) _____

FAX (_____) _____

3. La información que se lanzará es y los registros que se enviarán incluyen:

Copia de registros médicos Exámenes físicos Pruebas de laboratorio

Propósito / razón para la publicación de los registros:

Escuela / Académico

5. Entiendo esta autorización y esta autorización puede revocarse en cualquier momento por la persona que otorga la autorización, con un aviso por escrito y fechado, excepto en la medida en que la divulgación hecha de buena fe ya haya sido hecha antes de la recepción de la revocación.

6. Entiendo que mi tratamiento no está condicionado a la obtención de esta autorización.

7. Entiendo que esta autorización es específica solo para la parte antedicha y vence un año (365 días) después de la fecha de la firma.

8. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad.

9. Entiendo que se me puede cobrar por obtener copias de mis registros de acuerdo con el programa de tarifas establecido en el Código Administrativo de Nueva Jersey.

10. Si la información solicitada implica información de salud mental, reconozco que soy consciente de que Nueva Jersey tiene un privilegio legal otorgado a comunicaciones confidenciales entre un paciente y un psicólogo licenciado y que la divulgación de dicha información puede renunciar a este privilegio.

11. Entiendo que si esta autorización es para fines de comercialización, Rutgers puede recibir una compensación directa o indirecta.

*! Usted puede negarse a firmar este acuse de recibo! *

(FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE) _____

(FECHA) _____

(NOMBRE IMPRESO DE LA PERSONA RESPONSABLE) _____

(RELACION AL PACIENTE) _____

Para el personal de la oficina/For Office Staff: Reviewed by: _____

Date: _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Yo el suscrito, certifico que yo (o la persona a mi cargo), tengo (tiene) cobertura de seguro con _____ (NOMBRE DE LA(S) COMPAÑIA(S) DE SEGURO) y tras paso directamente al:

Dr. Lisa Ford, Dr. Caroline Hayes-Rosen, Dr. Jeffrey Kornitzer, Dr. Jayoung Pak, Dr. Sue X. Ming todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagados a mí, por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, si en caso no son pagados por el seguro. Por el presente yo autorizo al doctor (o doctora) a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro.

 (FIRMA DE LA PERSONA RESPONSIBLE)

 (NOMBRE IMPRESO DE LA PERSONA RESPONSIBLE)

 (RELACION AL PACIENTE) SI NO

 (SIGNATURE OF INDEPENDENT WITNESS)

 (DATE)

Solo para uso de la oficina / For Office Use Only



New Jersey Medical School

Division of Child Neurology
Neurological Institute of New Jersey
New Jersey Medical School
Rutgers, The State University of New Jersey
90 Bergen Street, Suite 5200
Newark, NJ 07101-1709

NEW JERSEY MEDICAL SCHOOL

ACUSO DE RECIBO

ADVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Nosotros mantenemos un registro de los servicios de atención médica que brindamos para usted. Puede solicitar ver y copiar ese registro. También puede pedirnos que corriamos ese registro. No revelaremos sus registros a otros a menos que nos indique que lo hagamos o a menos que la ley nos autorice u obligue a hacerlo. Puede ver su registro u obtener más información al contratar al Administrador / Administrador de Práctica de nuestra oficina. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad describe más en detalle cómo se puede usar y revelar su información de salud y cómo puede obtener su información.

*!Usted puede negarse a firmar este acuse de recibo!

Yo, el suscrito, certifico que yo he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de nuestra oficina.

(FIRMA DE LA PERSONA RESPONSIBLE)

(FECHA)

(NOMBRE IMPRESO DE LA PERSONA RESPONSIBLE)

(RELACION AL PACIENTE)

Solo para uso de la oficina / For Office Use Only

We attempted to obtain a written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy Practice, but acknowledgment could not be obtained because:
 Individual refused to sign
 An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment
 Other (please specify)

Employee's Signature

Date

Para el personal de la oficina/For Office Staff: Reviewed by: _____ Date: _____