



HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE DE MENORES

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, GÉNERO Y PRONOMBRES

Nombre Legal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Primer Nombre

Apellido

Sexo Asignado al Nacer: ☐ M ☐ F Nombre Preferido: _____ Pronombres Preferidos: _____

DIRECCIÓN

Paciente Vive En: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

Enviar Facturas A: _____

☐ Compruebe si es igual que la dirección de Paciente Vive En Calle Ciudad Estado Código Postal Condado

DEMOGRAFÍA

RAZA	(marque todo lo que corresponda)	ETNICIDAD	(marque uno)	IDIOMA	Idioma Primario: _____
	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Hispano o Latino		Idioma Secundario: _____
	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico		<input type="checkbox"/> Not Hispano o Latino		<input type="checkbox"/> Prefieren No Informar
	<input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Prefieren No Informar		<input type="checkbox"/> Prefieren No Informar		

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, ETC.

_____ ☐ Biológicos/Adoptivos

Primer Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento

☐ Tutores Legales

¿Se necesita/solicita un intérprete? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿qué idioma? _____ ☐ Otro: _____

DIRECCIÓN ■ Compruebe si la dirección del padre es la misma que la del paciente.

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

NÚMEROS DE CONTACTO Y CORREO ELECTRÓNICO

Primario #

Typo

Secundario #

Typo

Email (Por favor, imprima claramente)

CÓNYUGES/PAREJA

_____ ☐ Cónyuges (padrastro a paciente)

Primer Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento

☐ Pareja de hecho/doméstica

¿Se necesita/solicita un intérprete? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿qué idioma? _____ ☐ Otro: _____

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, ETC.

_____ ☐ Biológicos/Adoptivos

Primer Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento

☐ Tutores Legales

¿Se necesita/solicita un intérprete? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿qué idioma? _____ ☐ Otro: _____

DIRECCIÓN ■ Compruebe si la dirección del padre es la misma que la del paciente.

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

NÚMEROS DE CONTACTO Y CORREO ELECTRÓNICO

Primario #

Typo

Secundario #

Typo

Email (Por favor, imprima claramente)

CÓNYUGES/PAREJA

_____ ☐ Cónyuges (padrastro a paciente)

Primer Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento

☐ Pareja de hecho/doméstica

¿Se necesita/solicita un intérprete? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿qué idioma? _____ ☐ Otro: _____



HERMANOS

Por favor, escribir todos los hermanos que viven en la misma casa que el paciente:

Primer Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Relación	Paciente Aquí
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Hay algún hermano que no aparezca en la lista anterior? Si es así, sírvase enumerarlos::

Primer Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Relación	Paciente Aquí
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HISTORIA SOCIAL

Si uno o ambos padres no viven en la misma casa que el paciente, ¿cuál es la situación de vida?

☐ Custodia Compartida ☐ Custodis Exclusiva ☐ Vive con padres adoptivos ☐ Vive con los padres de crianza temporal

☐ Otro:

Si uno o ambos padres no viven en la misma casa que el paciente, ¿con qué frecuencia el paciente ve a los padres que no están en el hogar?

¿Tienes mascotas? ☐ No ☐ Sí :

¿Ha habido algún cambio familiar importante en el último año? ☐ Sí ☐ No

¿Los padres están divorciados o separados? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo tiene un padrastro o madrastra? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo tiene un padrastro o madrastra? ☐ Sí ☐ No

¿Se ha tratado a un paciente por abuso de sustancias? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo vive en una casa sin detectores de humo que funcionen? ☐ Sí ☐ No

Si respondió a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique:

LA ESCUELA

¿Su hijo tiene dificultades de aprendizaje? ☐ Sí ☐ No

¿Hay problemas de comportamiento en el escuela? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo tiene dificultades con la socialización? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo para cualquiera de las preguntas anteriores, por favor explique:

FIRMA

NOTA: Los padrastros no pueden firmar por hijastros. SOLO los padres biológicos/adoptivos o tutores legales pueden firmar.

Nombre (impreso): Relación con el Paciente:

Firma: La Fecha de Hoy: