

## **¡Bienvenido a Children's ENT of Houston!**

Para que le brindemos la mejor atención posible, complete ambas páginas de este formulario de antecedentes personales patológicos. Toda la información es completamente confidencial.

---

### **Formulario de antecedentes personales patológicos del paciente: Hijo(a)**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Pediatra o médico de familia: \_\_\_\_\_

Médico que lo derivó hoy: \_\_\_\_\_

#### **Alergias a fármacos o al látex:**

\_\_\_\_\_

(si no padece ninguna, escriba "ninguna")

#### **Antecedentes de la enfermedad actual**

¿Cuál es el motivo de que su hijo(a) realice una consulta hoy? \_\_\_\_\_

¿Durante cuánto tiempo su hijo(a) tuvo este problema? \_\_\_\_\_

¿Qué otro médico atendió a su hijo(a) por este problema? \_\_\_\_\_

¿A su hijo(s) lo examinó alguno de los siguientes especialistas?

Alergista  Pulmonólogo  Patólogo del habla  Ortodoncista/Dentista  Gastroenterólogo

#### **Antecedentes personales patológicos anteriores**

Antecedentes del nacimiento:  Período completo  Prematuro \_\_\_\_\_ n.º de semanas  
 Simple  Gemelos (dicigóticos \_\_\_\_ o idénticos \_\_\_\_ )  Múltiple cant. \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene o ha tenido alguna vez alguna de las siguientes afecciones?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> THDA                          | <input type="checkbox"/> Diabetes                         | <input type="checkbox"/> Latidos irregulares                   |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH positivo             | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down                 | <input type="checkbox"/> Problemas renales                     |
| <input type="checkbox"/> Alergias                      | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído              | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar                   |
| <input type="checkbox"/> Anemia                        | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones           | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica               |
| <input type="checkbox"/> Asma                          | <input type="checkbox"/> Problemas de audición            | <input type="checkbox"/> Enfermedad de reflujo gastroesofágico |
| <input type="checkbox"/> Hemopatía                     | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca           | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica                  |
| <input type="checkbox"/> Transfusión sanguínea         | <input type="checkbox"/> Hemofilia                        | <input type="checkbox"/> Sinusitis                             |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                        | <input type="checkbox"/> Hepatitis A                      | <input type="checkbox"/> Faringitis estreptocócica             |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca congénita | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C                  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                          |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística             | <input type="checkbox"/> Hospitalización en el nacimiento |  |

Detalle cualquier otra enfermedad grave que no se haya enumerado anteriormente:

#### **Hospitalizaciones o consultas pasadas al servicio de urgencias**

Detalle las fechas y los motivos de cualquier hospitalización o consulta al servicio de urgencias: \_\_\_\_\_

#### **Antecedentes de cirugías previas**

Detalle los tipos y las fechas de todos los procedimientos quirúrgicos que se le realizaron a su hijo(a):

---

---

---

### Medicamentos

Detalle todos los medicamentos que su hijo(a) toma de manera regular, incluidos los medicamentos de venta libre y a base de hierbas.

---

---

¿Hace uso de alguna aspirina o ibuprofeno?  SÍ  NO    ¿Con qué frecuencia?

---

### Repaso de los sistemas

¿Su hijo(a) tiene o ha tenido alguna vez cualquiera de las siguientes afecciones?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal                         | <input type="checkbox"/> Líquido o infecciones en el oído | <input type="checkbox"/> Respiración bucal   |
| <input type="checkbox"/> Sangrado inusual                        | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente        | <input type="checkbox"/> Respiración ruidosa |
| <input type="checkbox"/> Inconvenientes con la anestesia         | <input type="checkbox"/> Regurgitación frecuente          | <input type="checkbox"/> Sinusitis           |
| <input type="checkbox"/> Heces con sangre                        | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno                  | <input type="checkbox"/>                     |
| Lesiones/inflamaciones en la piel                                |   |  |
| <input type="checkbox"/> Problemas para respirar mientras duerme | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                | <input type="checkbox"/> Ronquido            |
| <input type="checkbox"/> Fácil aparición de moretones            | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición              | <input type="checkbox"/> Dolor de            |
| garganta/faringitis estreptocócica                               |   |  |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho                          | <input type="checkbox"/> Ronquera                         | <input type="checkbox"/> Dificultades del    |
| habla/lenguaje   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/crisis epilépticas         | <input type="checkbox"/> Inflamación articular            | <input type="checkbox"/> Problemas de        |
| amígdalas  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Tos                                     | <input type="checkbox"/> Inflamación de extremidades      |  |
| <input type="checkbox"/> Mareos                                  | <input type="checkbox"/> Hipertermia maligna              |  |

### Antecedentes patológicos familiares

Alguno de los miembros de su familia (vivo o muerto) ha tenido algún antecedente de lo siguiente:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA                                    | <input type="checkbox"/> Mareos                             | <input type="checkbox"/> Problemas renales      |
| <input type="checkbox"/> Alergias                                | <input type="checkbox"/> Líquido o infecciones en los oídos | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica   |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la anestesia              | <input type="checkbox"/> Sangrado en exceso                 | <input type="checkbox"/> Sinusitis              |
| <input type="checkbox"/> Asma                                    | <input type="checkbox"/> Epilepsia/mareos                   | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                  | <input type="checkbox"/> Accidente              |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                  | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística                       | <input type="checkbox"/> Hemofilia                          | <input type="checkbox"/> Problemas de amígdalas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                | <input type="checkbox"/> Hipertensión                       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis           |

Detalle cualquier otra enfermedad grave que no se haya enumerado anteriormente:

---

### Antecedentes sociales

¿Su hijo(a) va a la guardería?

SÍ     NO

¿Su hijo(a) va a la escuela?

SÍ     NO

Si va a la escuela, ¿en qué grado está? \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) usa chupete?  SÍ  NO

¿Alguien en su casa fuma?  SÍ  NO

Indique los(as) hermanos(as) y sus edades:

---

Detalle los(as) hermanos(as) que se hayan atendido con los médicos de nuestras consultas y el (los) motivo(s) de la visita o el tratamiento:

---

La información proporcionada es un informe completo y preciso de los antecedentes personales patológicos y del estado de salud de mi hijo(a).

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

Médico que lo revisó: \_\_\_\_\_ MD Fecha: \_\_\_\_\_

**Información del paciente**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dpto. N.º \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

Si es estudiante, escuela a la que asiste \_\_\_\_\_

Médico que deriva \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Pediatra/Médico de atención primaria \_\_\_\_\_

Primer padre Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lic. de conduc. de Texas N.º \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Teléfono (part.) ( ) \_\_\_\_\_ (laboral) ( ) \_\_\_\_\_ (cel.) ( ) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Segundo padre Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lic. de conduc. de Texas N.º \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Teléfono (part.) ( ) \_\_\_\_\_ (laboral) ( ) \_\_\_\_\_ (cel.) ( ) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Contacto alternativo (cuando no podamos ubicarlo) Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**Información del seguro** – Presente su tarjeta del seguro y la licencia de conducir para que se pueda hacer una copia

Seguro primario \_\_\_\_\_ Teléfono de verificación \_\_\_\_\_

N.º de ID \_\_\_\_\_ del Plan del grupo N.º \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Dirección de reclamos \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

Apellido del asegurado \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Fecha de nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lic. de conduc. de Texas N.º \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Teléfono (part.) ( ) \_\_\_\_\_ (laboral) ( ) \_\_\_\_\_ (cel.) ( ) \_\_\_\_\_

Seguro secundario \_\_\_\_\_ Teléfono de  
verificación \_\_\_\_\_  
N.º de ID \_\_\_\_\_ del Plan del grupo N.º \_\_\_\_\_ Empleador  
\_\_\_\_\_  
Dirección de reclamos \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_  
Apellido del asegurado \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del  
segundo nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lic. de conduc. de Texas N.º \_\_\_\_\_ Relación con el paciente  
\_\_\_\_\_  
Teléfono (part.) ( ) \_\_\_\_\_ (laboral) ( ) \_\_\_\_\_ (cel.) ( )  
\_\_\_\_\_ )

"Por el presente, autorizo a Children's ENT of Houston/Mednax a brindar cualquier información asociada con mi atención a mi médico de referencia, a otros profesionales de la salud relacionados o a mi compañía aseguradora".

Firma del paciente/responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Se le explicarán todos los procedimientos.*

*Los procedimientos especializados pueden requerir un formulario de consentimiento adicional.*

Por medio del presente doy mi consentimiento para un examen general y especializado de cabeza, cuello y sistemas de órganos en relación con mi afección. Comprendo que el examen y el tratamiento pueden incluir alguno de los siguientes elementos:

- antecedentes personales patológicos;
- inspección de cabeza, oídos, ojos, nariz, boca, garganta y cuello;
- examen con espejos o visores iluminados (endoscopia);
- examen de pecho, abdomen y sistema nervioso, cuando sea apropiado;
- examen y limpieza de oídos con un microscopio;
- el uso de anestesia tópica o local;
- el uso de materiales de impresión de oídos para los productos, equipos o servicios relacionados con los oídos;
- la aplicación o inyección de antibióticos u otros medicamentos terapéuticos;
- la recolección de secreciones, flema o drenaje;
- venopunción para la extracción de sangre;
- rayos X, estudios de audición y equilibrio o pruebas audiológicas, cuando así se indique;
- documentación en vídeo o fotografía de los hallazgos.

Tengo el derecho de hacer preguntas en relación a los objetivos y los riesgos del examen, los estudios de diagnóstico y los tratamientos.

Comprendo que este consentimiento entra en vigencia desde hoy y se mantiene vigente para todas las consultas clínicas posteriores en Children's ENT of Houston/Mednax, y que se aplica a todos los médicos pertenecientes al grupo, como así también al personal médico que asiste a los profesionales.

*Si el paciente es un Menor (no está realizando servicio militar activo, no tiene 16 años de edad o más y reside fuera de la casa de sus padres, no administra sus propias finanzas, no es padre soltero (con custodia) de un niño y no está encerrado en un establecimiento de la Justicia Criminal de Texas), el padre o el tutor legal DEBEN FIRMAR ANTES de que el paciente sea examinado.*

Nombre del adulto que da el consentimiento:

\_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del adulto que da el consentimiento: \_\_\_\_\_ Fecha:

\_\_\_\_\_

*Cuando el padre es un menor y tiene 16 años de edad o más, es soltero (con custodia) de un niño, reside fuera de la casa de sus padres y administra sus propias finanzas, o si está realizando servicio militar activo, está encerrado en un*

*establecimiento de la Justicia Criminal de Texas o está emancipado legalmente de otro modo, el padre menor DEBE FIRMAR ANTES de que el paciente sea examinado.*

Nombre del padre que da el consentimiento:

\_\_\_\_\_

Firma del padre que da el consentimiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Re: Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Estimado(a) Dr.(a.) \_\_\_\_\_:

Esta carta lo(a) autoriza a que proporcione una copia, resumen o narración de mis historias clínicas [como se indica con la(s) marca(s) de verificación que aparecen a continuación] o a que divulgue de cualquier otra forma la información confidencial:

\_\_\_\_\_ Historia completa

\_\_\_\_\_ Historia de la atención desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_, únicamente

\_\_\_\_\_ Historia de la atención respecto de las siguientes afecciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otra, especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Consulta con otra persona en forma oral respecto de la información de mi historia clínica

**VIH/SIDA** Presto consentimiento para la divulgación de cualquier resultado de prueba positivo o negativo de infección por SIDA o VIH, anticuerpos para el SIDA o infección con cualquier otro agente causante de SIDA junto con el resto de mi historia clínica.

Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

para la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

La razón o el propósito de esta divulgación de información es el siguiente: \_\_\_\_\_

Comprendo que proporcionaré esta información dentro de los 15 días a partir de la recepción de la solicitud [según la Medical Practice Act (Ley para el ejercicio de la medicina)] del Texas State Board of Medical Examiners (Junta Estatal de Médicos Examinadores de Texas) y que se podría cobrar una tarifa por preparar y proporcionar esta información. (Se eximirá el pago de la tarifa si los registros se utilizarán para respaldar una solicitud por discapacidad u otros beneficios o asistencia conforme a a) Ayuda a las familias con hijos dependientes, b) Medicaid, c) Medicare, d) Seguridad de ingreso suplementario y e) Seguro para la edad avanzada, los sobrevivientes y la incapacidad.) He adjuntado una declaración que confirma que tal solicitud o apelación ha sido presentada o se encuentra pendiente).

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Padre/madre o persona legalmente autorizada para prestar consentimiento en nombre del paciente)





## Políticas para los menores de edad

Queridos padres/madres o tutores:

La ley nos prohíbe examinar a los menores de edad sin que el padre/madre, tutor legal o representante designado(a) esté presente. Debe presentar una prueba de su identidad, en la forma de identificación o pasaporte con foto válidos, al momento de la consulta de su hijo(a). Traiga consigo la identificación correspondiente cuando venga a la consulta de su hijo(a).

Si enviará a su hijo(a) al consultorio acompañado de un familiar, un amigo o un cuidador, deberá completar la autorización de la parte inferior de esta notificación, firmarla y enviarla con el representante designado a la consulta de su hijo(a). El representante designado también tiene que firmar este formulario y, en el momento de la consulta, presentar su identificación o pasaporte con foto válidos.

Yo, \_\_\_\_\_, padre/madre o tutor legal de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, menor de edad, le otorgo permiso a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, mi representante designado, para llevar a mi hijo a Children's ENT of Houston/Mednax para que reciba atención; para firmar los documentos necesarios para facilitar la atención; para prestar consentimiento y para firmar los documentos de responsabilidad financiera que garanticen el pago de toda tarifa de la que yo sea responsable. Garantizo que mi representante pagará cualquier saldo adeudado al momento del servicio.

Esta autorización permanecerá vigente hasta el momento en que la revoque por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante designado

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Política financiera**

Gracias por elegir Children's ENT of Houston/Mednax (CENT) para su atención médica. Para poder prevenir cualquier malentendido sobre la responsabilidad de pago de los servicios médicos y quirúrgicos que les brindamos a nuestros pacientes, le proporcionamos la siguiente información:

El paciente, responsable o la persona que trae al paciente (si el paciente es un menor) es responsable del pago de cualquier saldo adeudado luego de la consulta, el análisis o el procedimiento. Aceptamos efectivo, cheques personales [cargos por fondos no suficientes (NSF, por sus siglas en inglés)] y tarjetas de crédito (American Express, Discover, VISA, MasterCard). En el caso de padres divorciados, el padre que trae al niño a la consulta es responsable del pago de cualquier saldo pendiente al momento del servicio. Si necesita documentación para garantizar el reembolso, se proporciona una copia de la factura en cada consulta.

Si su plan de seguro necesita una derivación de su médico de atención primaria, es necesario que haya sido recibida en nuestro consultorio al momento de su turno. Si no hemos recibido la derivación al momento de su llegada, su turno se reprogramará. Se le solicitará su tarjeta del seguro y la licencia de conducir en el mostrador de inscripción para los fines de identificación.

### **Cobertura de seguro contratado de CENT**

Si posee una cobertura a través de una empresa de seguros que tiene un contrato con el médico que lo está atendiendo, solicitamos una copia de su tarjeta del seguro y el pago de su deducible o coseguro al momento del servicio.

### **Cobertura de seguro contratado que no es de CENT**

Si posee una cobertura a través de una empresa de seguros que no tiene un contrato con el médico que lo está atendiendo, solicitamos una copia de su tarjeta del seguro y el pago de su deducible o coseguro al momento del servicio. Presentaremos el reclamo como un servicio para usted.

### **Medicaid (planes vigentes)**

Si tiene cobertura de Medicaid, debemos poder verificar que tiene cobertura a la fecha de la consulta. Si la cobertura no puede verificarse, debe pagar la consulta o reprogramar el turno. Si dentro de los tres meses posteriores a la consulta recibimos un retroactivo que cubra la fecha de la consulta, el pago se reembolsará luego de que Medicaid haya pagado la consulta. Debe pagar por los servicios no cubiertos, tales como moldes de baño, al momento del servicio.

### **Medicare**

Las consultas con un médico están cubiertas por la Parte B del programa de Medicare. Medicare paga el 80 % de sus cargos permitidos luego de que usted paga el deducible anual de \$147 para el año calendario, y usted es responsable por cualquier servicio no cubierto. Si tiene un seguro complementario, nos complacerá hacer la presentación por usted.

---

He leído toda la información precedente y acepto que, sin importar mi situación ante el seguro, soy responsable del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional recibido. Los servicios médicos no cubiertos divulgados son mi responsabilidad.

En el caso de que mi empresa de seguros reciba una factura, irrevocablemente asigno y transfiero los beneficios a Children's ENT of Houston/Mednax. Una fotocopia de este acuerdo se considerará tan efectiva y válida como el original.

Autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi reclamo a cualquier compañía aseguradora, ajustador de seguros o abogado involucrado en este reclamo.

Autorizo a CENT a iniciar una queja en mi nombre ante el Inspector de seguros por cualquier razón.

Firma de la parte responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mis reclamos.*

Firma del paciente (o tutor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_