

CARE MOBILE (UNIDAD MÓVIL DE CUIDADOS) CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO/DENTAL

- Llene los espacios en blanco y luego vea el dorso del formulario de Consentimiento
- Lea y firme en el otro lado de este formulario
- Llene el Formulario de Historial de salud pediátrica

Devuelva el formulario de Consentimiento para tratamiento médico/dental y el Formulario de Historial de salud pediátrica

del niño: Nombre		de nacimiento: Fecha		Edad:
Sexo del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Idioma materno <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	Condado: <input type="checkbox"/> Boone <input type="checkbox"/> Stephenson <input type="checkbox"/> Lee <input type="checkbox"/> Winnebago <input type="checkbox"/> Ogle		
La persona que llena este formulario debe indicar:			Relación con el niño:	
Nombre:				
Nombre del legal: tutor			teléfono: Número de	
Dirección legal: del tutor			de residencia: Teléfono	
¿Cuenta el niño con un dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es afirmativa, el nombre del dentista es:			
¿Cuenta el niño con un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es afirmativa, el nombre del médico es:			
<p>¿Cuenta el niño con seguro dental o médico privado? Si la respuesta es afirmativa NO SIGA llenando este formulario y llame a un dentista o médico de su comunidad</p>				
<p>¿Recibe el niño alguno de estos beneficios? Marque todos los beneficios que este niño recibe.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> All Kids <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Almuerzo escolar caliente sin costo/con tarifa reducida </p>				

Lea el dorso de este formulario

Firme el otro lado de este formulario para que este niño pueda recibir atención por parte de la Care Mobile

POR FAVOR lea estas explicaciones antes de firmar y dar su autorización
para que el personal de Care Mobile pueda examinar a este niño:

1. Care Mobile estará en una ubicación solamente durante una o dos semanas a la vez. Debido a esto, Care Mobile NO PUEDE asumir la responsabilidad de completar la atención para este niño o para proveerle continuidad en la atención.
2. Si Care Mobile inicia el tratamiento de este niño y no puede terminarlo en el tiempo que esté en su localidad, es su responsabilidad hacer otros arreglos para la atención de dicho niño.
3. Cuando Care Mobile esté en su localidad, el personal tratará de ayudarle a encontrar un proveedor local de servicios de salud, sin embargo no podemos garantizar que se puedan hacer esos arreglos.
4. Si no se pueden hacer los arreglos para la atención de seguimiento, usted puede pedir una copia del programa de Care Mobile con el fin de hacer una cita en una localidad diferente y transportar a este niño a dicha localidad.
5. POR FAVOR responda completa y exactamente todas las preguntas del formulario de Historial de salud pediátrica. Las respuestas que usted ponga en ese formulario nos ayudarán a brindarle la mejor atención médica y dental para este niño en una forma segura. La información incorrecta puede ser peligrosa para la salud de este niño.
 - POR FAVOR: Si usted no comprende una pregunta; Si no está seguro de la respuesta o Si desea hablar con el personal de Care Mobile respecto a alguna pregunta, escriba una nota en el formulario de Historial de salud pediátrica cuando lo devuelva
 - El formulario de Historial de salud pediátrica formará parte del expediente de este niño con Care Mobile y es totalmente confidencial

CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA

- Otorgo mi consentimiento al médico y a la enfermera especializada para proporcionar los siguientes servicios médicos a este niño, según sea necesario.
- Examen físico Vacunas requeridas Pruebas de laboratorio
- Permiso para comunicarnos con el médico de atención primaria con relación a referencias o consultas

CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN DENTAL

- Otorgo mi consentimiento para que realicen exámenes y tratamiento dental, que podría incluir rayos X, aplicación de flúor, sellantes, limpieza, anestesia tópica, anestesia local, rellenos para los dientes de este niño, así como para tomar una fotografía de la boca de este niño.

ENTIENDO y DOY MI CONSENTIMIENTO

- He leído y comprendido este formulario de Consentimiento.
- Mis preguntas han sido respondidas en una manera satisfactoria.
- Comprendo que tengo derecho a recibir respuestas a las preguntas que pudieran surgir durante el tratamiento de este niño.
- Comprendo que no hay garantías sobre los resultados de cualquier tratamiento.
- Comprendo que estoy en la libertad de retirar en cualquier momento mi permiso para el tratamiento
- Comprendo que este Consentimiento para tratamiento médico/dental permanecerá en vigencia hasta que yo decida que finalice.
- Se me ha ofrecido una copia del Aviso conjunto de privacidad de Rockford Health System.

Firma del padre de familia o Tutor legal

Fecha en que se firmó

Ronald McDonald Care Mobile (Unidad móvil de cuidados de Ronald McDonald) es posible gracias a una donación por parte de Ronald McDonald House Charities, INC. (RMHC), una sociedad anónima de caridad, sin fines de lucro, exenta del pago de impuestos. RMHC no tiene responsabilidad por el funcionamiento de la Ronald McDonald Care Mobile o cualquiera de las actividades médicas o dentales que se desarrollan en la misma.

HISTORIAL DE SALUD PEDIÁTRICO (Deberá ser completado por los padres)

NOMBRE:
DE LA CLÍNICA:
FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DE HOY: _____
Nombre–Edad–Ocupación los de padres/encargados

Si los adultos trabajan fuera del hogar, ¿Qué arreglos de cuidado hay para este niño(a)?

A. Se nos requiere hacer las siguientes preguntas para saber que usted entiende la información que le damos. Marque la respuesta correcta.

¿Tiene alguna condición que le dificulte comprender información? Si No

Audición Vista Leer

Dificultad para recordar las cosas

¿Qué idioma hablan en casa? _____

1. ¿Debemos tener alguna consideración especial, cultural o religiosa con el cuidado o enseñanzas que le brindemos? Si No

Por favor explique: _____

2. ¿Hay alguien en su familia en una relación en la que se sientan amenazados o con temor a ser lastimados? Si No

Si le gustaría que otra persona esté presente para escuchar las instrucciones o información que se les den, por favor háganoslo saber.

B. EMBARAZO Y PARTO:

1. Edad de la madre al momento del parto: _____

2. ¿Tuvo la madre alguna enfermedad durante el embarazo? Si No

3. ¿Tomó algún medicamento aparte de vitaminas o hierro? Si No

Uso de tabaco Consumo de alcohol

Uso de drogas recreacionales

4. ¿Fue un parto prematuro? Si No

5. Fue un parto vaginal por cesárea

6. ¿Cuánto pesó al nacer? _____

¿Cuánto pesó al salir del hospital? _____

¿Cuánto midió al nacer? _____

7. ¿Tuvo el bebé algún problema mientras estuvo en el hospital, tales como: problemas respiratorios, ictericia, infecciones, otro?

Si No

¿Qué tipo de problema(s)? _____

8. ¿Hubo alguna otra complicación durante el embarazo o al nacer? Si No

C. HISTORIAL MÉDICO:

1. ¿Tiene un registro de vacunas? Si No

2. ¿Ha tenido alguna reacción a las vacunas?

Si No

3. ¿Tiene alguna reacción alérgica a algún medicamento, alimento o mordida de insecto?

Si No

Explique _____

4. ¿A dónde lleva a su hijo(a) para sus exámenes médicos? _____

5. Fecha del último examen médico _____

6. Fecha del último examen dental _____

7. ¿Ha sido hospitalizado? Si No

¿Por qué razón? _____

8. ¿Ha tenido alguna herida seria? Si No

¿Qué tipo de herida? _____

9. Escriba los medicamentos que toma regularmente

Medicamento o Prod. Natural/Dosis/Frecuencia

D. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

1. Su hijo(a) tiene apetito bueno pobre

2. ¿Fue amamantado? Si No

¿Por cuanto tiempo? _____

3. ¿Tomó fórmula? Si No

Marca de la fórmula _____

4. ¿Tiene cólicos severos? Si No

¿Tiene problemas de alimentación inusuales?

Si No

5. ¿Hay algún alimento que le cause malestar?

Si No

HISTORIAL DE SALUD PEDIÁTRICO

(Continuación)

NOMBRE: _____

DE LA CLÍNICA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

E. REVISIÓN DE SÍNTOMAS:

Marque si su hijo(a) tiene alguno de los siguientes problemas:

- Infecciones frecuentes de oído
- Problemas de los ojos Problemas dentales
- Resfriados frecuentes o dolor de garganta
- Tos recurrente Asma
- Neumonía
- Soplo en el corazón Problemas del corazón
- Problemas con la orina
- Diarrea Estreñimiento
- Convulsiones Eczema
- Ronchas Anemia
- Otras condiciones de la piel

Por favor escriba cualquier otro problema médico: _____

F. DESARROLLO / COMPORTAMIENTO

1. ¿A qué edad se sentó solo(a)? _____
2. ¿A qué edad caminó solo(a)? _____
3. ¿A qué edad comenzó a hablar? _____
4. ¿Cómo se compara su hijo(a) a otros niños(as) de su edad? _____

5. Nombre de su escuela: _____
Grado: _____

6. ¿Se le dificulta a su hijo convivir con otros niños(as)? Si No

7. Marque si su hijo(a) ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- Problemas de disciplina
- Dificultad para dormir
- Problemas en la escuela
- Chuparse el dedo Morderse las uñas
- Mal carácter Hiperactivo
- Pesadillas Problemas del habla
- Problemas para aprender a ir al baño
- Otro _____

8. ¿Como disciplina o corrige a su hijo(a)? _____

9. Se le ha hablado acerca de educación sexual en: la escuela la casa la iglesia

Otro lugar _____

10. Fecha de la primera menstruación _____

G. SEGURIDAD / MEDIO AMBIENTE

1. Reside en: una casa privada
 un apartamento una casa móvil
 otro _____
2. ¿La temperatura mas alta del agua está por debajo de los 120° F? Si No
3. ¿Hay un detector de humo que funcione en cada piso de su hogar? Si No
4. ¿Hay fumadores en casa? Si No
5. ¿Hay algún problema con la condición de su hogar? (pintura escarapelada, insectos, ratas/ratones) Si No
6. ¿Si hay armas de fuego en su casa, están aseguradas y fuera del alcance de los niños? Si No
7. ¿Cuándo viajan en auto, su hijo(a) utiliza un asiento de seguridad o cinturón de seguridad? Si No
8. ¿Cuándo su hijo(a) anda en bicicleta o en patines usa siempre un casco de seguridad? Si No

H. HISTORIAL FAMILIAR

1. ¿Alguno de los padres tienen algún problema de salud? Si No

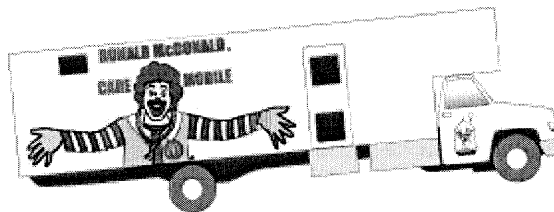
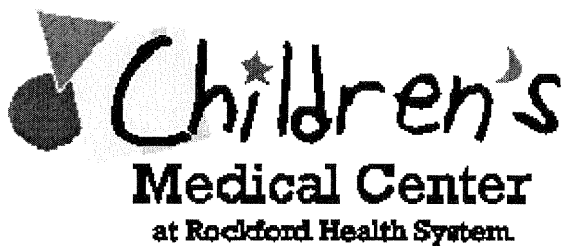
2. ¿Ha fallecido alguno de sus hijo(a)? Si No

3. Marque cualquier enfermedad que tengan los papas, abuelos, hermanos, hermanas, tíos y/o tías del niño(a):

- Anemia Células falciformes
- Asma Tuberculosis
- Alergias Diabetes
- Presión alta
- Problemas del corazón
- Enfermedades mentales Problemas con drogas
- Problemas con alcohol Cáncer
- Enfermedades venéreas SIDA
- Otra _____

4. Escriba el nombre, edad, sexo y estado de salud de todos los hermanos(as) del paciente.

Nombre	Edad/Sexo	Estado de salud
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



Factores de riesgo de la tuberculosis y el colesterol

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Fecha: _____

Factores de riesgo de la tuberculosis

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Ha estado en contacto su hijo/a con alguien que tiene tuberculosis? | SI | NO |
| 2. ¿Ha tenido su hijo/a una prueba de tuberculosis positiva? | SI | NO |
| 3. ¿Ha tenido su hijo/a contacto cercano con alguien que dio positivo a la prueba de la tuberculosis? | SI | NO |
| 4. ¿Nació Su hijo/a fuera de los Estados Unidos? | SI | NO |
| 5. ¿Ha emigrado recientemente de otro país algún miembro de su familia? | SI | NO |
| 6. ¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos alguien de su familia? | SI | NO |
| 7. ¿Ha tenido contacto su hijo/a con alguien que esté encarcelado y/o tenga VIH? | SI | NO |
| 8. ¿Ha vivido su hijo/a o algún familiar en un albergue? | SI | NO |

Factores de riesgo del colesterol

- | | | |
|--|----|----|
| 9. ¿Tiene alguno de los padres el nivel de colesterol por encima de 240? | SI | NO |
| 10. ¿Tuvo algún familiar un ataque al corazón o derrame cerebral antes de los 55 años? | SI | NO |

Persona completando este formulario: _____ Relación con el/la paciente: _____

Firmas de renovación:

Fecha: _____ Ningún cambio / Sí hay cambios, número: _____
 Fecha: _____ Ningún cambio / Sí hay cambios, número: _____
 Fecha: _____ Ningún cambio / Sí hay cambios, número: _____
 Fecha: _____ Ningún cambio / Sí hay cambios, número: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 (mes) (día) (año)

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos dar hoy a su hijo. Si contesta "sí" a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no deben vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Está enfermo hoy el niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿le dijo algún profesional de la salud en los últimos 12 meses que el niño tuvo sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; ha tenido el niño problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño medicamento que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durante el año pasado, ¿le hicieron al niño una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o algún medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario llenado por: _____ Fecha: _____

Formulario revisado por: _____ Fecha: _____

¿Trajo el comprobante de vacunación de su hijo? sí no

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al profesional de la salud de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de a su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévalo todas las veces que su hijo reciba atención médica. Su hijo necesitará este documento importante por el resto de su vida para ingresar a la guardería o a la escuela, para empleos o para viajar al extranjero.