



AT THE FOREFRONT OF **KIDS** MEDICINE™

UChicago Medicine

Comer Children's

Pediatric Mobile
Medical Unit

REGISTRO E INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Toda la información debe de ser completada para poder atender a su hijo/a en la Unidad Médica Móvil Pediátrica.

Nombre de Niño/a: _____

Fecha de Nacimiento: (MM/DD/YY) ____/____/____ **Sexo Asignado al Nacer:** F M Otro: _____

Género: Femenino Masculino Transgénero Femenino (MTF) Transgénero Masculino (FTM) Otro: _____

Rasa: Afro-americano o Descendiente Asiático **Etnicidad:** Hispano o Latinx
 Blanco o Anglosajón Otro: _____ No-Hispano o No-Latinx
 Indio Nativo Americano

Nombre del Padre o Tutor: _____ **Parentesco al paciente:** _____

Número de Teléfono: _____ **Correo Electrónico:** _____

Dirección: _____ **Departamento:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Parentesco con el niño/a: _____

Número de teléfono: _____

Información del Seguro Médico:

- All-Kids Medicaid con el estado de Illinois
- Privado, PPO, o HMO por medio del empleo
- Mi hijo/a no tiene seguro médico

Número del Seguro Médico: _____

Responda lo siguiente si su hijo/a no tiene seguro médico:

- ¿Puede recibir ayuda federal o estatal para gastos escolares? (tal como el programa de almuerzo gratis o a costo reducido)
 Sí No
- ¿Está interesado en obtener una aplicación de All-Kids? (Seguro médico del estado de Illinois)
 Sí No

¿Se atiende su hijo/a con un pediatra, doctor de medicina familiar o enfermera de manera regular?

Sí No

Nombre del pediatra: _____

Nombre de la Clínica y Dirección:

Fecha de la Última Visita: _____

Razón de la Última Visita: _____

¿Se atiende su hijo/a con algún especialista (doctor que trabaja en un área específica de la medicina)?

Sí No

Indique cualquier especialista que actualmente atienda a su hijo/a y la razón por las citas:

Patient Label



HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO/A

El embarazo y período neonatal

¿Dónde (ciudad/país) nació su hijo/a?

¿Algún problema con el embarazo o al nacer?

Si sí, favor de describir: No

Nació prematuro su hijo/a (antes de tiempo)?

No Sí: Nació a las _____ semanas.

Nacimiento: Vaginal Cesárea Peso al nacer: _____

Infancia/Adolescencia

Le han dado tratamiento a su hijo/a o ha sido diagnosticado/a con:

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad o Trastorno de déficit de atención (TDA o TDAH)

Alergias por la temporada: _____

Anemia

Asma, silbido o enfermedad reactiva de las vías respiratorias

Defectos de nacimiento o síndrome genético

Hueso roto

Contusión o golpe a la cabeza

Depresión o ansiedad

Retraso en el desarrollo o discapacidad de aprendizaje

Diabetes

Infecciones del oído recurrentes (regulares)

Eczema

Dolores de cabeza

Problemas de audición

Enfermedad del corazón o cirugía

Soplo en el corazón

Presión arterial alta

Neumonía

Convulsiones

Enfermedad de célula falciforme o trastorno en la sangre

Infección de las vías urinarias

Problemas de la visión

Ninguna de las anteriores

Otra condición médica crónica:

Las hospitalizaciones (Fecha y razón) Ninguna

Las cirugías anteriores y las fechas Ninguna

Visitas a la Sala de Emergencia en los últimos 12 meses

Sí: (Fecha y razón) Ninguna

Patient Label

Alergia a alimento / medicina / vacuna / otro Ninguna
Indique y describa los efectos o reacciones

Medicamentos

Ninguno

Indique los medicamentos recetados, vitaminas, suplementos de hierba (natural), o medicamentos sin receta que toma actualmente su hijo/a y la dosis (cuánto y cuándo)

Antecedente Social

¿Quién vive en casa con el niño/a? Mamá Papá

Padrastro/Madrastra Hermanos/as (Cuántos _____)

Abuelos Otro _____

¿Algún miembro de casa fuma? Sí No

¿Tiene alguna preocupación de cómo le va a su hijo en la escuela? No Sí: _____

Historial Médica Familiar

¿Algún familiar tiene alguna de las siguientes condiciones médicas?

Condición Médica	Madre	Padre	Hermano/a	Otro (Indique)
TDA o TDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Cáncer (Tipo: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Depresión o Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Enfermedad de los Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Rasgo o Enfermedad de Célula Falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Embolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

Sin antecedentes familiares de enfermedad

Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) PARA NIÑOS MAYORES DE 9 AÑOS

Para obtener más información sobre los beneficios, riesgos y efectos secundarios: visite el sitio web del Centro de Control y Prevención de Enfermedades www.cdc.gov/hpv.

• Leí y entiendo lo que se me dijo sobre la vacuna contra el VPH
• Entiendo es posible se necesite 2 ó 3 dosis de la vacuna según la edad del paciente.

Sí, ponerle a mi hijo/a la vacuna contra el VPH

No, no ponerle a mi hijo/a la vacuna contra el VPH.

No, mi hijo/a ya tiene la vacuna contra el VPH.

Nombre en letra de molde del padre o tutor

Firma de padre o tutor

Fecha



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, _____ soy el padre o tutor legal de _____
Nombre en letra de molde nombre del estudiante en letra de molde

El Hospital de Niños Comer de la Universidad de Chicago (University of Chicago Comer Children's Hospital, UCCCH, por sus siglas en inglés) o Comer. A los médicos y enfermeras, se refieren como el equipo de atención médica.

Entiendo:

Comer administra la **Unidad Médica Pediátrica Móvil**. Incluso se le llama **Unidad Móvil Pediátrica**.

- Niños y adolescentes en la escuela o programa educativo de mi hijo pueden recibir atención médica en la Unidad Móvil Pediátrica.
- Cualquier examen, prueba, resultado de prueba o tratamiento es hecha por el personal médico de Comer
- La atención médica se proporciona dentro de la Unidad Móvil Pediátrica y ésta acude a las escuelas u otras ubicaciones.
- Si tengo alguna pregunta sobre el programa, puedo llamar al coordinador del programa de la Unidad Médica Móvil Pediátrica al (773)-834-8850.

Escuelas Públicas de Chicago: (Chicago Public Schools, CPS, por sus siglas en inglés):

- Entiendo que CPS no administra el programa de la Unidad Móvil Pediátrica.
- CPS no es responsable de ninguna manera por el programa de la Unidad Móvil Pediátrica.
- CPS trabaja con la Unidad Móvil Pediátrica para planificar visitas y dar seguimiento a la atención médica en la unidad móvil.

Consentimiento para Atención Médica Estándar:

Estoy de acuerdo y acepto que el equipo de atención médica de la Unidad Móvil Pediátrica pueda brindarle atención médica regular a mi hijo/a.

- La atención médica brindada sigue las recomendaciones de la Academia Estadounidense de Pediatría.
- La atención médica sigue las políticas, procedimientos y reglas de UCCCH.
- La atención incluye atención médica, pruebas de bienestar emocional, vacunas o análisis de sangre.
- **Este permiso de atención médica no incluye:**
 - Medicamentos o procedimientos que aún se están investigando.
 - Algún tratamiento o terapia no administrada por el equipo de atención médica de la Unidad Móvil.

El personal de la Unidad Móvil Pediátrica intenta informar al médico de cabecera de mi hijo/a (anotado en el registro) sobre algún cambio en la salud de mi hijo/a.

Sé que puedo hacer preguntas y hablar con:

- El médico de cabecera de mi hijo/a sobre la condición de mi hijo/a y cualquier posible tratamiento.
- Cualquier miembro del equipo de atención médica de la Unidad Móvil Pediátrica sobre la condición, atención médica o tratamiento de mi hijo/a.

Consentimiento para exámenes, diagnóstico y tratamiento, y divulgación de información de salud:

Como padre o tutor legal, permito que el equipo de atención médica en la unidad móvil:

- Hacerle a mi hijo/a exámenes para la escuela, deportes o por algún problema menor.
- Hacerle pruebas y procedimientos necesarios para conocer y tratar la afección de mi hijo.
- Esto puede incluir, entre otros, atención de niño sano, atención médica por enfermo y de seguimiento.
- Compartir información sobre el examen de mi hijo/a con la escuela de mi hijo/a, siguiendo todas las leyes que adjudican.

Consentimiento para proporcionar servicios sin la presencia de un padre o tutor legal:

Doy mi permiso para que este niño reciba servicios de UCCCH incluso si no estoy con mi hijo/a cuando se brindan estos servicios.

Entiendo:

- El niño puede ser revisado y atendido sin mi presencia o la presencia de otro adulto autorizado por mí.
- El personal de la Unidad Móvil Pediátrica intente comunicarse conmigo para hablar sobre la condición del niño y cualquier tratamiento administrado.
- Cualquier medicamento recomendado durante esta visita debe ser recogido por mí o por un adulto autorizado por mí. El personal no envía medicamentos a casa con el niño a menos que nosotros también estemos en casa.

Consentimiento para compartir información:

Doy mi permiso para UCCCH dar y compartir:

- Todos los formularios médicos y de salud con la enfermera escolar de mi hijo/a.
- Informes escritos y verbales sobre los resultados de las pruebas y atención médica que recibió mi hijo/a con el médico de cabecera o especialistas de éste.
- El permiso para compartir información permanece vigente mientras el niño sea estudiante en CPS.
 - En cualquier punto se puede eliminar el consentimiento para compartir información.
 - Si retiro mi permiso, sé que la información de mi hijo/a aún puede divulgarse como se describe en las Prácticas de Privacidad de Medicina de la Universidad de Chicago o de otra manera permitido bajo las leyes federales y estatales



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO (Continuado)

Consentimiento para participar en la investigación científica:

Entiendo:

- Tal vez se comuniquen conmigo para pedir permiso mi hijo participe en un estudio de investigación.
- Mi hijo no puede participar en un estudio de investigación sin mi consentimiento por escrito.
- Jóvenes 18 años o mayor pueden dar su propio consentimiento para participar en un estudio de investigación.

Este consentimiento (permiso) permanece vigente hasta que el niño se gradúa, se transfiera o abandone las Escuelas Públicas de Chicago.

- Puedo retirar mi permiso al completar y firmar un Retiro de Consentimiento.
- Puedo obtener este formulario del director o representante de la escuela de mi hijo/a o de un miembro del personal de la Unidad Móvil Pediátrica.

Este consentimiento permanece vigente durante cualquier cambio de médico supervisor en la Unidad Móvil Pediátrica en el año escolar actual. UCMCCH me va a informar por escrito sobre cualquier cambio y enviar nueva información de contacto.

He leído toda la información anterior (páginas 3 y 4) o me la explicaron. Doy consentimiento por mi propia voluntad. Al firmar a continuación, aseguro que entiendo la información de este formulario.

Nombre del padre o tutor legal: _____ **Parentesco con niño/a:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

This section is for staff only:

Comer Pediatric Mobile Unit Staff or Person designated from school or organization working with the Pediatric Mobile Unit.

The person signing here has read and explained all parts of this Consent to this parent or guardian. This includes the reason and purpose of any physical exams, vaccines, tests, and treatments, and any possible risks.

Staff Name (Print)

Signature

Date

Aviso de prácticas de privacidad

Firme a continuación si recibió el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro Médico de la Universidad de Chicago (UCMC)

Firma de padre o tutor legal

Parentesco con niño/a

Fecha

Instituciones en UCMC Organized Health Care Arrangement (UCMC OHCA)

- El Centro Médico de la Universidad de Chicago (UCMC) incluyendo las enfermeras, residentes, otro personal y voluntarios
- Partes de la Universidad de Chicago que participa apoya las actividades del cuidado de la salud, incluyendo los doctores, enfermeras, estudiantes, voluntarios y otro personal
- UCM Community Physicians, LLC
- UCM Care Network Medical Group, Inc.
- Primary Healthcare Associates, SC
- Cualquier entidad afiliada que se agregue



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO (BUEN SAMARITANO)

Se me explicó y entiendo que:

- Esta es una **Clínica de Salud Médica Gratuita**.
- Todo el personal que me brinda atención médica en esta clínica son voluntarios. Al personal No se les paga por brindarme atención médica.
- Según la ley del Buen Samaritano de Illinois, la clínica y su personal no son responsables por los daños civiles como resultado de cualquier acto u omisión negligente al brindarme cualquier atención médica. Esto significa que, en la mayoría de los casos, no se les puede demandar por brindar u omitir atención médica.

He leído y entendido este formulario y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta.

Nombre del paciente (letra de molde): _____

Fecha de Nacimiento del paciente: _____

(Si es mayor de 18 años, firme a continuación)

Firma: _____

Fecha: _____

Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años) o no puede dar su consentimiento, llene la siguiente información:

Nombre del paciente si es menor de edad, _____ años de edad.

Persona que puede dar consentimiento para el paciente:

Escriba su nombre en letra de molde: _____

Su parentesco con el paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE LA FAMILIA

Podemos compartir información con usted sobre los siguientes recursos. Marque la casilla si desea información sobre cualquiera de estos.

- Recursos para alimentos y despensas
- Ferias de empleo y recursos para capacitación laboral
- Recursos para Vivienda
- Consejo Legal
- Guardería
- Atención Médica Preventiva
- Consejería de Duelo
- Información de Asma
- Otro: _____

¿Cómo desea nos comuniquemos con usted para compartir estos recursos?:

- Correo
Nombre del padre: _____
Dirección de envío: _____
- Correo electrónico: _____

Por favor conteste estas preguntas para conocer más de las necesidades de su familia.

En los últimos 12 meses:

¿Se preocupó que la despensa se termine antes de tener dinero para comprar más?

Sí No

¿Se le acabó la despensa y sin dinero para comprar más?

Sí No