

Paquete de Admisión del Paciente

¡Bienvenido al Centro de Desarrollo Dennis (DDC por sus siglas en inglés) de la UAMS! Para comprender mejor las necesidades de su hijo(a) y brindarle la mejor atención posible, necesitamos que nos proporcione cierta información.

Cómo programar una visita y completar los formularios

Este formulario se utilizará para determinar el tipo de cita que tendrá su hijo(a). Una vez que haya una cita disponible, le llamaremos para programar la visita de su hijo(a).

Para completar este paquete:

1. Completar todos los formularios, incluyendo:

- Formulario de información del paciente y del tutor
- Formulario de admisión sobre el desarrollo infantil
- Formulario de historial médico

Si necesita ayuda, usted puede:

- Llamar a un navegador para familias al 501-364-1830.
- Pedir ayuda al doctor, docente, terapeuta o trabajador social de su hijo(a).

2. Envíe su paquete completo por correo electrónico o fax a:

DDC

Correo electrónico: ddcfrontdesk@uams.edu

Fax: 501-364-4931

Cómo pagar la visita de su hijo(a)

La cantidad que pagará por la visita de su hijo(a) depende de si tiene o no seguro médico.

- **Si tiene seguro:** Pagará su parte del costo (copago) el día de la visita.
- **Si no tiene seguro:** Veremos si reúne los requisitos para obtener un seguro o asistencia.
 - Si reúne los requisitos, pagará su parte del costo el día de la visita de su hijo(a).
 - Si no reúne los requisitos, pagará el costo total de la visita cuando haga la cita de su hijo(a). Nuestro personal le explicará los costos.

Que traer si no son los padres biológicos

Si no es el padre biológico de su hijo(a), debe proporcionar una constancia legal que demuestre que tiene derecho a tomar decisiones médicas por él(ella). La constancia puede incluir:

- Documentos de tutela

- Acuerdos de custodia
- Órdenes judiciales

Si tiene a otra persona que traerá al menor y no es el tutor legal:

- **Complete un formulario de permiso para compartir** información, que incluya el nombre de esta persona.
- **Tenga en cuenta que:** UAMS no permite que personas que no sean tutores legales accedan a los expedientes de los pacientes. Los informes de las visitas solo se enviarán al tutor legal que aparece en nuestro sistema.

Formulario de información del paciente y del tutor legal

Este formulario nos permite recopilar información importante sobre el menor sus padres o tutores legales. Completar este formulario seleccionando la casilla o relleno los espacios en blanco con la información solicitada. Si alguna sección no es aplicable, escriba "N/A" (No aplicable)

Información sobre el menor (paciente)

Nombre completo: _____

Nombre con el que se le conoce: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo:** Femenino

Masculino

Raza (marque uno):

Indígena Americano o Nativo de Alaska

Asiático

Negro o Afroamericano

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

Blanca

Otra: _____

Prefiero no contestar

Idioma que se habla en el hogar del menor:

inglés

español

marshalés

Otro: _____

¿Necesita un intérprete para la visita?

Sí. Idioma: _____

No

Calle: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____ **Condado:** _____

Nombre del doctor: _____ **Número del doctor:** _____

Nombre de la persona que completa este formulario: _____

Relación con el menor: _____

Información del padre, madre o tutor del menor (1)

Nombre completo: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Relación con el menor: _____ **Número de teléfono:** _____

Correo electrónico: _____

Al proporcionar su correo electrónico, acepta recibir información sobre la salud por correo electrónico. Puede darse de baja en cualquier momento.

Dirección: Igual que la dirección del menor. Dirección diferente (completar abajo)
Calle: _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____ **Condado:** _____
Empleador y cargo (puesto de trabajo): _____
Nivel más alto de educación completado: _____

Información del padre, madre o tutor legal del menor (2)

Nombre completo: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Relación con el menor: _____ **Número de teléfono:** _____
Correo electrónico: _____

Al proporcionar su correo electrónico, acepta recibir información sobre la salud por correo electrónico. Puede darse de baja en cualquier momento.

Dirección: Igual que el menor. Dirección diferente (anotar abajo)
Calle: _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____ **Condado:** _____
Empleador y cargo (puesto de trabajo): _____
Nivel más alto de educación completado: _____

Información de cobertura (seguro médico)

Indique todos los planes de cobertura médica que tiene su hijo(a), incluidos Medicaid, PASSE y seguro médico privado.

Cobertura de Medicaid o TEFRA:

Número de póliza: _____ Marque si tiene uno: Medicaid A Medicaid B

Cobertura de PASSE:

Nombre de PASSE: _____ PASSE-número de póliza: _____

Seguro Médico Privado:

Compañía: _____ Número de teléfono de aseguradora: _____

Número de póliza: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el menor: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Número de teléfono del titular de la póliza: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

¿La dirección del titular de la póliza es la misma que la del menor? Sí No (Si es diferente, anótela a continuación)

Dirección: _____

Información del Aval (garante)

El "Aval" es la persona responsable de cubrir los gastos del cuidado del menor.

Es igual que la del tutor legal del paciente.

Es diferente a la del tutor legal del paciente. (Si marco esta casilla, anote la información a continuación.)

Nombre completo: _____ **Relación con el menor:** _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____ Otro número: _____

Correo electrónico: _____

Al proporcionar su correo electrónico, acepta recibir información sobre la salud por correo electrónico. Puede darse de baja en cualquier momento.

¿La dirección del aval es la misma que la del menor? Si No (Si no es así, anótela a continuación)

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Información de Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el menor: _____

Formulario de admisión sobre el Desarrollo Infantil

Llene este formulario para ayudarnos a comprender mejor el desarrollo de su hijo(a). Sus respuestas nos ayudarán a proporcionar la mejor atención y apoyo a su hijo(a).

Marque las principales áreas de preocupación sobre las que desea hablar durante la visita de su hijo(a).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Habilidades Sociales | <input type="checkbox"/> Dificultades en la alimentación (dieta restringida) |
| <input type="checkbox"/> Habilidades de juego | <input type="checkbox"/> Aprendizaje (en matemáticas/ lectura/ escritura) |
| <input type="checkbox"/> Procesamiento sensorial | <input type="checkbox"/> Pensamiento, memoria y comprensión |
| <input type="checkbox"/> Retrasos en el habla/comunicación | <input type="checkbox"/> Cambios en el pensamiento o la resolución de problemas |
| <input type="checkbox"/> Otros retrasos en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones (uso del inodoro, dificultades para el cuidado personal (aseo) u otras) |
| <input type="checkbox"/> Nivel de concentración y actividad | |
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo y ansiedad | |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento (agresión, no sigue las reglas) | |

Por favor proporcione detalles sobre las preocupaciones que marcó: _____

¿Alguna otra persona, como el médico, el docente o el terapeuta de su hijo(a), le ha hablado sobre la posibilidad de que se le realice una evaluación a su hijo(a) para obtener un diagnóstico específico? De ser así, por favor proporcione detalles: _____

¿Ha sido evaluado su hijo(a) anteriormente? Si es así, marque todas las opciones que correspondan y complete la información. Si tiene copias de las pruebas, tráigalas a su cita.

Evaluación	Fecha y locación	Diagnostico (si lo hay)
<input type="checkbox"/> Autismo		
<input type="checkbox"/> Problemas de conducta (tales como ADHD/ ODD)		

<input type="checkbox"/> Evaluación para terapia de desarrollo, del habla, ocupacional o física.		
<input type="checkbox"/> Coeficiente intelectual (CI) o pruebas psicoeducativas		
<input type="checkbox"/> Pruebas neuropsicológicas		
<input type="checkbox"/> Salud mental o Psiquiatría		

Historial de Desarrollo y Comportamiento del menor

Responda a cada sección y proporcione detalles cuando sea necesario en el espacio proporcionado. Si la pregunta no se aplica a su hijo(a), escriba "N/A" (que significa "No aplicable").

Hitos del desarrollo de su hijo(a)

¿Cuándo comenzó su hijo(a) a realizar las siguientes actividades? Si aún no ha realizado alguna actividad, escriba "todavía no".

Hito	Edad	Hito	Edad
Caminar solo/sola		Dijo sus primeras palabras	
Completamente entrenado para ir al baño		Utilizó frases de 2-3 palabras	
Se vistió solo/sola		Habló con frases/oraciones completas	

¿Su hijo(a) ha dejado de hacer alguna habilidad que solía tener, tal como hablar o caminar? No Sí

Si contesto que sí, por favor proporcione detalles: _____

Marque todas las casillas que apliquen y si es necesario proporcione detalles sobre las respuestas que marcó en los espacios disponibles.

Habilidades Motrices:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No hay preocupación | <input type="checkbox"/> Mala coordinación/tropezos mucho |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar/moverse | <input type="checkbox"/> Dificultad para utilizar las manos |

Habilidades de Cuidado Personal (Aseo):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No hay preocupación | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con las tareas diarias (tal como el uso del baño, vestirse) |
|--|---|

Habla y Comunicación

Usualmente, ¿cómo le comunica su hijo(a) lo que quiere/necesita?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcanza las cosas con la mano abierta | <input type="checkbox"/> Gestos (como asiente la cabeza, encoge los hombros) |
| <input type="checkbox"/> Tira de su mano para guiarle hacia lo que quiere | <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas |
| <input type="checkbox"/> Utiliza la mano de usted para hacer algo (ejemplo: abrir o activar algo) | <input type="checkbox"/> Utiliza un dispositivo de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Lloro o gruñe para comunicarse | <input type="checkbox"/> Utiliza un solo dedo para señalar |
| <input type="checkbox"/> Emite sonidos en vez de palabras | <input type="checkbox"/> Palabras singulares |

Frases cortas

Oraciones completas

Su hijo(a) tiene o hace lo siguiente:

- No tiene dificultades de habla o lenguaje
 - Dificultad para expresarse con palabras
 - Dificultad para comprender lo que dicen otros
 - Dificultad para pronunciar palabras
 - Balbuceo o utiliza sonidos que se inventa en vez de palabras (jargón)
 - Emite sonidos raros, sonidos repetitivos
 - Dice ciertas palabras o frases una y otra vez
 - Repite o imita lo que dicen otros
 - Dificultad para leer las expresiones faciales o corporales de otras personas
- Proporcione detalles si es necesario: _____
-

- Se toma las cosas literalmente
- Habla más que nada de los temas que le interesan o tiene dificultad para mantener una conversación recíproca.
- Dificultad para entender las bromas, sarcasmo, o argot (lenguaje callejero)
- A menudo habla de manera muy directa o brusca con los demás
- Utiliza un tono o volumen de voz inusual al hablar (por ejemplo, suena robótico o cantarín, o utiliza un tono alto o agudo).
- Tiene una comprensión deficiente de las situaciones sociales.

Habilidades Sociales

Su hijo(a) hace lo siguiente:

- No tiene problemas con las habilidades sociales
 - Rara vez juega o responde cuando otros niños intentan hablar o jugar con él(ella)
 - Rara vez se acerca a otros niños para jugar
 - No suele mirar cuando le señalan algo interesante
 - No señala cosas que le interesan para mostrárselas
 - Rara vez le trae cosas a usted para mostrárselas o compartirlas, como juguetes u objetos que le parecen interesantes
 - Evita o tiene dificultad para establecer o mantener contacto visual
- Proporcione detalles si es necesario: _____
-

- Tiene dificultades para mostrar diferentes expresiones faciales en respuesta a las personas o situaciones
- Prefiere jugar solo(a)
- Le es difícil hacer amigos o mantenerlos, o no parece interesado en hacer amigos
- Actúa de forma autoritaria o insiste en reglas estrictas durante el juego
- Es acosado u objeto de burla por parte de otros niños
- Es demasiado sociable con desconocidos o no tiene “miedo a los extraños/desconocidos”
- No es consciente del espacio personal de los demás

Juego e intereses

¿Con que le gusta jugar a su hijo(a)? _____

Su hijo(a):

- No tiene problemas con las habilidades de juego
- Tiene dificultades para jugar con la imaginación (juego de pretender)
- Tiene poco interés en los juguetes para niños de su edad
- Tiende a repetir las mismas actividades (como alinear, girar u ordenar juguetes)

- Tiene intereses inusuales o colecciona objetos
- Parece concentrarse excesivamente en ciertos juguetes o temas
- Se altera con los cambios o al dejar una actividad y comenzar otra
- Necesita hacer las cosas siempre de la misma manera o insiste en seguir rutinas establecidas

Proporcione detalles si es necesario: _____

Comportamientos Sensoriales y Manierismos Motrices

¿Su hijo(a) muestra alguna de las siguientes diferencias sensoriales o manierismos?

<i>Marque todo lo que aplique:</i>	Describe por favor
<input type="checkbox"/> Tiene fuertes preferencias o aversiones en cuanto al contacto físico (como preferir ciertas texturas de ropa, evitar el contacto físico o querer abrazos fuertes).	
<input type="checkbox"/> Tiene problemas con los sonidos (como taparse los oídos ante ciertos sonidos o no responder cuando se le llama por su nombre).	
<input type="checkbox"/> Evita ciertos alimentos o cepillarse los dientes, o se lleva a la boca con frecuencia objetos que no son comestibles (como morder juguetes, camisetas).	
<input type="checkbox"/> Observa los objetos de maneras inusuales (por ejemplo, muy de cerca, de reojo o desde ángulos extraños).	
<input type="checkbox"/> Oler objetos con frecuencia	
<input type="checkbox"/> Encuentra maneras de moverse (como trepar, saltar desde lugares altos, girar, chocar contra cosas).	
<input type="checkbox"/> No parece sentir dolor (como rasguños o moretones).	
<input type="checkbox"/> Otras diferencias sensoriales	
<input type="checkbox"/> Mueve su cuerpo de forma repetitiva (como agitar las manos, balancear el cuerpo hacia adelante y hacia atrás, caminar de puntitas o tensar el cuerpo).	

Estado de ánimo, temperamento y comportamiento

Su hijo(a) tiene o hace lo siguiente:

- Cambios frecuentes de humor (como tristeza repentina, llanto o enfadarse o alterarse con facilidad).
- Parece ansioso o se preocupa mucho

- Tiene rabietas o crisis emocionales extremas
- Muestra agresividad hacia otras personas u objetos
- Muestra agresividad hacia sí mismo

- Discute a menudo con los adultos, se niega a seguir las reglas o no muestra remordimiento por sus malas acciones
 - Dificultad para prestar atención o mantenerse ocupado
 - A menudo actúa sin pensar (impulsivo)
 - Se mueve constantemente, siempre “en movimiento” (hiperactivo)
- Proporcione detalles si es necesario: _____

- No parece ser consciente del peligro
- Se aleja, huye o intenta escapar de los adultos
- ¿Las personas tienen dificultades para controlar las emociones/el comportamiento del niño(a) en casa o en la escuela? Si es así, ¿quién tiene dificultades? _____

Alimentación & Nutrición

Su hijo(a) tiene o hace lo siguiente:

- Mal apetito
 - Dificultad para masticar o tragar (como atragantarse o tener náuseas con la comida o la bebida)
 - Pone demasiada comida en la boca a la vez (llenarse en exceso)
 - Dificultad para comer con cuchara o tenedor o beber de un vaso
 - Prefiere comer con las manos
 - Tiende a comer en exceso
 - Come solo algunos alimentos específicos
- Proporcione detalles si es necesario: _____

- Es muy exigente con la comida o las comidas (por ejemplo, con la marca de los alimentos o cómo se cocinan o se presentan)
- Aversión a determinadas texturas de los alimentos (por ejemplo, evita alimentos crujientes, blandos o mezclados)
- Coge o esconde comida (por ejemplo, robar o acumular comida)

Sueño (dormir)

¿Su hijo(a) tiene una rutina para irse a dormir? No Sí

Su hijo(a) tiene o hace lo siguiente:

- Dificultad para conciliar el sueño (quedarse dormido)
- Dificultad para permanecer dormido (por ejemplo, se despierta por la noche o demasiado temprano)
- Se niega a irse a dormir (por ejemplo, pone excusas para quedarse despierto o levantarse de la cama)
- Tiene pesadillas o terrores nocturnos
- Habla o camina mientras duerme
- Duerme sin descanso
- Ronca o respira por la boca durante la noche.

- Ve la televisión o utiliza dispositivos con pantalla a menos de una hora de acostarse.
- Necesita medicamentos para ayudarlo a dormir. En caso afirmativo, anote el medicamento: _____
- ¿Se ha sometido anteriormente a un estudio del sueño? En caso afirmativo, proporcione los detalles aquí: _____

Formulario de Historial Médico

Antecedentes de embarazo y parto

Marque “sí” o “no” a las preguntas sobre la madre biológica y el nacimiento del bebé.

Proporcione detalles en los espacios correspondientes si es necesario. Si no sabe o no recuerda algunos detalles, comparta lo que pueda.

Embarazo		Problemas Durante El Embarazo
Edad de la madre al momento del parto:		<p><i>Marque todo lo que aplique:</i></p> <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional <input type="checkbox"/> Anemia (bajo nivel de hierro en la sangre) <input type="checkbox"/> Preeclampsia (presión arterial alta y proteínas en la orina) <input type="checkbox"/> Reposo en cama obligatorio <input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Preocupación de salud mental <input type="checkbox"/> Experimentó cualquier otra complicación/problema médico.
Recibió cuidado prenatal:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy seguro	
Experimento un trauma físico/lesión:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy seguro	
Exposición a rayos X, toxinas, químicos:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy seguro	
Tomó medicamentos recetados: Si la respuesta es sí, por favor anótelos _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy seguro	
¿Consumió sustancias ilícitas/drogas durante el embarazo? Si la respuesta es sí, indique cuáles: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy seguro	
Ha fumado cigarrillos durante el embarazo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy seguro	
Ha consumido alcohol durante el embarazo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy seguro	
		<p>Proporcione detalles si es necesario para las respuestas seleccionadas anteriormente:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Parto		Problemas durante/ después del parto
Duración del embarazo en semanas:		<p><i>Marque todo lo que aplique:</i></p> <input type="checkbox"/> La frecuencia cardiaca del bebé disminuyó <input type="checkbox"/> Nació “azul” y no podía respirar por sí mismo al nacer. <input type="checkbox"/> Puntuación Apgar baja <input type="checkbox"/> El cordón umbilical estaba enrollado alrededor del cuello del bebé. <input type="checkbox"/> Parto de nalgas (el bebé no nació de cabeza) <input type="checkbox"/> Meconio (el bebé defecó por primera vez antes de nacer)
Lugar de Nacimiento del bebé (ciudad u hospital):		
Peso del bebé al nacer: _____ lb _____ oz		
¿El parto fue inducido por los médicos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy seguro	
¿Cómo dio a luz al bebé?:	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	
¿Se utilizaron fórceps o succionador para sacar al bebé?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

	<input type="checkbox"/> No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Problemas neurológicos (que afectan al cerebro/nervios)
¿El bebé fue ingresado en cuidados intensivos (UCIN) o fue trasladado a otro hospital?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Ictericia (el bebé tenía niveles elevados de bilirrubina)
Tiempo que el bebé permaneció en el hospital antes de irse a casa:		<input type="checkbox"/> Otras complicaciones o problemas médicos desde el parto hasta los primeros meses de vida. Por favor, indique cuáles: _____ _____
		¿El bebé pasó la prueba de audición para recién nacidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Antecedentes Médicos del menor y Revisión de los sistemas corporales

Marque cualquier problema de salud anterior o actual que tenga su hijo(a) e indique la edad en que ocurrió:

Problema o Condición	Edad	Problema o Condición	Edad
<input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento (altura/peso)		<input type="checkbox"/> Estreñimiento	
<input type="checkbox"/> Condición genética		<input type="checkbox"/> Reflujo	
<input type="checkbox"/> Lesión o trauma craneal		<input type="checkbox"/> Enfermedad renal (riñones)	
<input type="checkbox"/> Convulsiones o episodios de mirada fija		<input type="checkbox"/> Problemas para orinar/enuresis	
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza		<input type="checkbox"/> Problemas óseos/articulación/músculos	
<input type="checkbox"/> Hidrocefalia o derivación ventricular		<input type="checkbox"/> Anemia (“nivel bajo de hierro”)	
<input type="checkbox"/> Meningitis		<input type="checkbox"/> Otras condiciones sanguíneas (drepanocitosis)	
<input type="checkbox"/> Trastorno de movimiento, tic nervioso, o síndrome de Tourette		<input type="checkbox"/> Marcas de nacimiento	
<input type="checkbox"/> Problemas en los ojos o visión		<input type="checkbox"/> Otras afecciones cutáneas (como eccema)	
<input type="checkbox"/> Oído (infecciones de oído) o problemas auditivos		<input type="checkbox"/> Diabetes o hipoglucemia	
<input type="checkbox"/> labio leporino o paladar hendido		<input type="checkbox"/> Afecciones de la tiroides.	
<input type="checkbox"/> Problemas dentales		<input type="checkbox"/> Alergias (alimentos, medicamentos, de temporada/clima) Anote aquí: _____	
<input type="checkbox"/> Afección nasal/garganta (faringitis estreptocócica)		<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones previas/anteriores	
<input type="checkbox"/> Disfagia (dificultades para deglutir)		<input type="checkbox"/> Otras enfermedades graves	
<input type="checkbox"/> Asma o problemas respiratorios		Cirugías	

<input type="checkbox"/> Defectos cardíacos/problemas del ritmo cardíaco		<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Tubos en los oídos <input type="checkbox"/> Extirpación de adenoides <input type="checkbox"/> Reparación del frenillo lingual	<input type="checkbox"/> Circuncisión <input type="checkbox"/> Amigdalectomía
<input type="checkbox"/> Desmayos		<input type="checkbox"/> Otros problemas médicos, anote aquí: _____	
<input type="checkbox"/> Caídas o lesiones frecuentes		_____	

Si ha seleccionado alguna de las casillas anteriores, proporcione aquí los detalles necesarios: _____

¿Ha sido el niño(a) atendido por otros médicos (como especialista en genética, neurología, medicina de rehabilitación, gastroenterología, etc.)? Si es así, anótelos aquí: _____

Pruebas Médicas

Marque la casilla si su hijo(a) se ha sometido a alguna de estas pruebas. Indique la fecha, el lugar y el resultado de la prueba, si lo sabe.

Prueba	¿Dónde y cuándo le hicieron la prueba?	Resultado (si lo sabe):
<input type="checkbox"/> EEG (Electroencefalograma-mide la actividad cerebral)		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
<input type="checkbox"/> MRI (IRM-Imagen por resonancia magnética)		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
<input type="checkbox"/> Tomografía computarizada (prueba de imagen por rayos X)		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
<input type="checkbox"/> Estudio de deglución (prueba de deglución)		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
<input type="checkbox"/> Audiología (evaluación de audición)		<input type="checkbox"/> Paso <input type="checkbox"/> No paso
<input type="checkbox"/> Si su hijo(a) usa aparatos auditivos: <input type="checkbox"/> Oído izquierdo <input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Ambos oídos		<input type="checkbox"/> Paso la prueba con audífonos <input type="checkbox"/> No paso la prueba con los audífonos
<input type="checkbox"/> Prueba o examen de la vista		<input type="checkbox"/> Paso <input type="checkbox"/> No paso
<input type="checkbox"/> Si su hijo(a) usa lentes:		<input type="checkbox"/> Paso la prueba con lentes <input type="checkbox"/> No paso la prueba con lentes
<input type="checkbox"/> Otras pruebas (ejemplo: Prueba de genética)		

Medicamentos

Anote los medicamentos que toma su hijo(a), la dosis (cantidad que toma cada vez) y el motivo por el cual los toma. Marque si su hijo(a) está tomando medicamentos actualmente o los ha tomado en el pasado.

Nombre del medicamento	Dosis	Motivo para tomar este medicamento	Lo toma actualmente	Lo tomó anteriormente
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial Médico de la Familia

Marque las condiciones de salud que se aplican a la familia de su hijo(a) y escriba cómo se relaciona esa persona con el menor (por ejemplo: tía materna). Indique si el familiar es por parte de la madre (materno) o por parte del padre (paterno).

Diagnóstico de salud	Parentesco con el menor
<input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista	
<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	
<input type="checkbox"/> Retraso en el habla	
<input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual	
<input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje (en matemáticas, lectura o escritura)	
<input type="checkbox"/> Ansiedad	
<input type="checkbox"/> Depresión	
<input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar	
<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	
<input type="checkbox"/> Adicción a las drogas	
<input type="checkbox"/> Adicción al alcohol	
<input type="checkbox"/> Trastorno o Síndrome genético (anote aquí: _____)	
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	
<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	
<input type="checkbox"/> Otras afecciones nerviosas/cerebrales (como migraña, apoplejía, tics)	
<input type="checkbox"/> Pérdida o deterioro de la visión	
<input type="checkbox"/> Pérdida o deterioro de la audición	
<input type="checkbox"/> Defecto del corazón o condiciones del ritmo cardíaco	
<input type="checkbox"/> Muerte prematura o muerte súbita inexplicable (antes de los 55 años)	

<input type="checkbox"/> Condición endocrina u hormonal	
<input type="checkbox"/> Otras condiciones (ejemplo: cáncer, etc.)	

Historial Social

Marque lo que corresponda a la familia de su hijo(a), su vida familiar y cualquier cambio o dificultad a la que se pueda estar enfrentando.

¿Cuál es el estado marital de los padres biológicos del menor?

Solteros Casados Divorciados Viudos Separados Otro: _____

Si los padres están divorciados, ¿cuándo se divorciaron? _____

¿Existe un acuerdo legal de custodia entre los padres? No Sí

¿Ha fallecido alguno de los padres del menor? No Sí

Si es así, ¿quién y cuándo?: _____

¿El menor es adoptado? No Sí - ¿a qué edad fue adoptado? _____

¿El menor sabe que fue adoptado? No Sí

¿Su hijo(a) vive en más de un hogar? No Sí

Si la respuesta es sí, explique cómo divide su hijo(a) su tiempo entre los hogares: _____

Escriba el nombre de todas las personas que viven actualmente en el hogar de su hijo(a). Si su hijo(a) vive en más de un lugar, escriba el nombre de las personas que viven en cada lugar.:

Nombre	Edad	Relación con el menor

¿Hay algún problema que pueda estar afectando a su hijo(a) en este momento? (Por ejemplo, un fallecimiento reciente, una mudanza familiar, un divorcio o separación, u otros cambios): _____

Terapias/ tratamiento

Marque las casillas correspondientes a cualquier terapia que su hijo(a) esté recibiendo actualmente o haya recibido anteriormente. Proporcione detalles sobre la ubicación o el proveedor que brinda servicios de terapia. Marque "Sí" o "No" para indicar si su hijo(a) está recibiendo tratamiento actualmente. Si su hijo(a) no está recibiendo tratamiento actualmente, indique las fechas o edades en las que lo recibió por última vez.

Terapias/Tratamiento	Lugar donde recibe la terapia o nombre del proveedor de terapia	¿Está recibiendo terapia actualmente?	¿Cuándo fue la última vez que su hijo(a) recibió esto (si no es ahora)?
<input type="checkbox"/> Terapia del Habla		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<input type="checkbox"/> Fisioterapia		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<input type="checkbox"/> Terapia de Desarrollo		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<input type="checkbox"/> Análisis Conductual Aplicado (ABA)		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<input type="checkbox"/> Asesoramiento o terapia conductual		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<input type="checkbox"/> Servicios de psiquiatría/terapia		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

Historial escolar

Cuéntenos sobre las experiencias escolares actuales y pasadas de su hijo(a).

¿El menor asiste a la escuela o a la guardería? No Sí

Si es así, complete los espacios en blanco o marque las casillas correspondientes:

Nombre de la guardería/escuela actual:	
Grado o nivel actual:	
Nombre de la guardería o escuela a la que asistió anteriormente, si corresponde:	
¿Su hijo(a) ha repetido algún año escolar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí: ¿qué grado? _____
Su hijo(a) tiene un:	<input type="checkbox"/> Plan de Educación Individualizado (IEP) <input type="checkbox"/> Plan 504
<p>¿En qué tipo de salón de clases aprende su hijo(a)? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <input type="checkbox"/> Educación general <input type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/> Educación en el hogar <input type="checkbox"/> Clases de recursos de apoyo académico (como lectura, escritura, matemáticas) <input type="checkbox"/> Entorno educacional alternativo (ALE) <input type="checkbox"/> Tratamiento terapéutico de día (TDT) <input type="checkbox"/> Educación especial autónoma/CBI (instrucción basada en la comunidad-) <input type="checkbox"/> Servicios de inclusión para la educación especial	

¿Está satisfecho con la asignación escolar y los servicios actuales de su hijo(a)?

No Sí

(Explique por favor) _____

¿Qué más deberíamos saber?

Utilice este espacio para cualquier otro detalle que considere que nos ayudará a comprender mejor a su hijo(a) o a evaluar sus necesidades: _____

ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Fecha: _____

Formulario de evaluación de la atención y el comportamiento
versión para el hogar: Niño(a) (español)

Nombre del menor: _____ Sexo: M F Edad: ____ Año escolar: _____

Completado por: Madre____ Padre____ Guardian/Tutor ____ Abuelo(a)____

Seleccione la respuesta que mejor describa el comportamiento del menor durante los últimos 6 meses.

¿Con qué frecuencia muestra su hijo(a) este comportamiento?	<u>Nunca o Rara vez</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Muy a menudo</u>
No presta mucha atención a los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar o durante otras actividades.	0	1	2	3
Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.	0	1	2	3
No parece escuchar cuando se le habla directamente.	0	1	2	3
No sigue las instrucciones y no termina los deberes escolares o las tareas domésticas	0	1	2	3
Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.	0	1	2	3
Evita, rechaza o se muestra reacio a realizar tareas que requieren un esfuerzo mental continuo (por ejemplo, tareas escolares o deberes).	0	1	2	3
Pierde cosas necesarias para realizar tareas o actividades (por ejemplo, material escolar, lápices, libros, lentes).	0	1	2	3
Se distrae fácilmente	0	1	2	3
olvidadizo en las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas domésticas)	0	1	2	3

Adaptado con permiso del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición. Copyright© 2013. Asociación Americana de Psiquiatría. Todos los derechos reservados.

Por favor continúe en la parte de atrás

Formulario de evaluación de la atención y el comportamiento
versión para el hogar: Niño(a)(español) (página 2 de 2)

¿Con qué frecuencia muestra el menor este comportamiento?

	<u>Nunca o Rara vez</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Muy a menudo</u>
Se mueve nerviosamente, da golpecitos con las manos o los pies o se retuerce en el asiento	0	1	2	3
en situaciones en las que se espera que permanezca sentado.	0	1	2	3
Corre o trepa en situaciones en las que no es apropiado. •	0	1	2	3
No puede jugar ni participar en actividades de ocio de manera tranquila.	0	1	2	3
“En movimiento” actúa como si estuviera “impulsado por un motor”.	0	1	2	3
Habla excesivamente.	0	1	2	3
Responde antes de que se haya terminado la pregunta.	0	1	2	3
Tiene dificultades para esperar su turno (por ejemplo, mientras espera en una fila).	0	1	2	3
Interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás.	0	1	2	3

Adaptado con permiso del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición. Copyright© 2013. Asociación Americana de Psiquiatría. Todos los derechos reservados.

<i>En qué medida los nueve comportamientos de la Pregunta anterior causan problemas a su hijo(a)</i>	<u>Ningún Problema</u>	<u>Ningún Problema</u>	<u>Ningún Problema</u>	<u>Ningún Problema</u>
Llevarse bien con los miembros de la familia	0	1	2	3
Levarse bien con otros niños	0	1	2	3
Completar o devolver la tarea	0	1	2	3
Rendimiento académico en la escuela	0	1	2	3
Control del comportamiento en la escuela	0	1	2	3
Sentirse bien consigo mismo(a)	0	1	2	3

De la Escala de Evaluación del TDAH-5 para Niños y Adolescentes: Listas de verificación, normas e interpretaciones clínicas, de George J. DuPaul, Thomas J. Power, Anhur D. Anastopoulos y Robert Reid. Copyright © 2016 los autores. Se concede permiso para fotocopiar este formulario a los compradores de este libro para uso personal o para uso con clientes individuales (véase la página de derechos de autor para más detalles).

(Ponga aquí la palabra Sr/a.)

Sr/a. #:

Nombre del paciente:

Dirección del paciente:

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 8 de abril de 2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Este aviso es proporcionado en nombre de la Universidad de Arkansas para las Ciencias Médicas, incluyendo su Centro Médico, Instituto de Investigación Psiquiátrica, Centros de Educación en Salud, clínicas y otras instalaciones de ("UAMS"). UAMS brinda atención médica a través de un sistema comprometido con la educación y la investigación.

PROPÓSITO: Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar (compartir) su Información Médica Protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica, y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. "Información Médica Protegida" es información que puede identificar al paciente y que se relaciona con la salud física o mental pasada, presente o futura del paciente, y puede incluir nombre, dirección, números de teléfono y otra información de identificación.

Estamos obligados a proporcionarle este Aviso y a mantener la privacidad de su Información Médica Protegida. Debemos cumplir con este Aviso, pero nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en él. Se puede obtener una versión actualizada de este Aviso, con las revisiones requeridas, si las hubiera, en el sitio web de UAMS, <http://www.uamshealth.com/> y se publicarán en áreas destacadas de nuestras instalaciones. También puede recibir una copia actualizada enviando una solicitud por escrito a la Oficina de HIPAA de UAMS, 4301 W. Markham #829, Little Rock, AR 72205.

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal y confidencial, y estamos comprometidos a proteger la confidencialidad de su información médica. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en el Centro Médico de UAMS y sus clínicas, Centros de Educación para la Salud del Área y otras instalaciones de UAMS. Necesitamos este registro para brindarle servicios y cumplir con ciertos requisitos legales. Este Aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos para usar y divulgar su información médica.

Si cree que se han violado sus Derechos de Privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Para presentar una queja con nosotros, puede enviar una carta describiendo la violación al Oficial de HIPAA de UAMS, 4301 W. Markham #829, Little Rock, AR 72205. No habrá represalias por presentar una queja.

Si tiene preguntas o necesita más información, comuníquese con la Oficina de HIPAA de UAMS al 501-614-2187.

QUIÉN DEBE CUMPLIR CON ESTE AVISO: Este Aviso describe las prácticas de los profesionales de la salud, empleados, voluntarios y otras personas de UAMS que trabajan o brindan servicios de atención médica en cualquier instalación de UAMS, incluidos estudiantes en capacitación.

CONFIRMACIÓN DE RECIBO: Se le pedirá que firme un documento confirmando que recibió este aviso. La prestación de sus servicios de atención médica no estará condicionada de ninguna manera a la firma de esta confirmación.

Sus Derechos de Privacidad. Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su Información Médica Protegida. Usted puede:

- Obtener una copia impresa actualizada de este Aviso.
- Verificar u obtener una copia de sus registros, en papel o en formato electrónico. Se le podría cobrar una tarifa por el costo de copias, envió por correo, u otros materiales. Se nos permite denegar esta solicitud en determinadas circunstancias. En algunas situaciones, tiene derecho a que la denegación de su solicitud sea revisada por un profesional de la salud con licencia identificado por UAMS que no participó en la decisión de denegación original. Cumpliremos con el resultado de esta revisión.
- Solicitar que modifiquemos su registro, si considera que la información está incompleta o es incorrecta. Se nos permite denegar esta solicitud en determinadas circunstancias y podemos pedirle que presente estas solicitudes por escrito y que facilite una razón que apoye su solicitud.
- Solicitar por escrito una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información. No estamos obligados a aceptar las restricciones solicitadas, a menos que solicite restringir cierta información de su plan de salud y haya pagado por completo sus servicios de UAMS.
- Obtener un registro de ciertas divulgaciones de su Información Médica Protegida.
- Hacer una solicitud razonable para que se le envíen comunicaciones confidenciales de su Información Médica Protegida por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- Proporcionarnos un permiso por escrito para los usos y divulgaciones de su Información Médica Protegida que no estén cubiertos por el Aviso o permitidos por la ley. Excepto en la medida en que el uso o divulgación ya haya ocurrido, puede cancelar este permiso. Esta solicitud de cancelación debe hacerse por escrito.
- Envíe cualquier solicitud por escrito para inspeccionar, copiar o enmendar sus registros al Departamento de Administración de Información de Salud de la UAMS.

(Ponga aquí la palabra Sr/a.)

Sr/a. #:

Nombre del paciente:

Dirección del paciente:

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestras Responsabilidades. Estamos obligados a proteger la privacidad de su Información Médica Protegida, cumplir con los términos del Aviso y ponerlo a su disposición. También estamos obligados a notificarle si se produce una violación de su información médica.

Ejemplos de Usos & Divulgaciones

Usaremos su Información Médica Protegida para el tratamiento. Cierta información obtenida por enfermeros, doctores, terapeutas u otro trabajador de la salud se incluirá en su registro y se utilizará para planificar y administrar su tratamiento. Podemos proporcionar informes u otra información a su doctor u otras personas autorizadas que participen en su atención, incluidos proveedores de atención médica fuera de UAMS. Podemos hacer que su información médica protegida esté disponible electrónicamente a través de un intercambio electrónico de información médica para otros proveedores de atención médica y proveedores de atención médica y planes de salud que soliciten su información para fines de tratamiento y pago. La participación en un intercambio electrónico de información de salud también puede permitirnos ver información sobre usted para fines de tratamiento y pago.

Usaremos su Información Médica Protegida con fines de pago. Se le enviará una factura a usted y/o a su compañía de seguros con información sobre su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados. También podemos divulgar información limitada sobre su factura a terceros, como una agencia de cobros, para obtener pagos.

Usaremos su Información Médica Protegida para operaciones regulares de atención médica. UAMS puede usar su Información Médica Protegida para verificar la atención que recibió, cómo respondió a ella y para otros fines comerciales relacionados con la operación del hospital o las clínicas. UAMS es un organismo de enseñanza, y la información sobre usted puede compartirse con estudiantes y aprendices con fines de enseñanza.

Socios Comerciales: Podemos compartir parte de su Información Médica Protegida con personas externas o compañías que nos brindan servicios, como redacción de informes médicos.

Directorio de Pacientes: A menos que nos indique lo contrario, podemos divulgar su nombre, ubicación en el centro y condición general a las personas que pregunten por usted por su nombre. Si usted lo proporciona, su afiliación religiosa también se podría compartir con miembros del clero.

Notificación: Podemos usar o divulgar su Información Médica Protegida con un familiar u otra persona involucrada en su atención médica, su ubicación y condición general, a menos que usted nos indique que no lo hagamos.

Comunicación con su familia: Podemos compartir su Información Médica Protegida con un familiar, un amigo personal cercano, o una persona que usted identifique, si determinamos que están involucrados en su atención o en el pago de su atención, a menos que usted nos indique que no lo hagamos.

Investigación: Su Información Médica Protegida puede usarse con fines de investigación en ciertas circunstancias con su permiso, o después de que recibamos la aprobación de una junta de revisión especial cuyos miembros revisen y aprueben el proyecto de investigación.

Médicos forenses. Examinadores Médicos. Directores de Funerarias: En caso de su muerte, podemos divulgar su Información Médica Protegida a estas personas, en la medida permitida por la ley, para que puedan llevar a cabo sus deberes.

Organizaciones de Donantes de Órganos: Podemos compartir su Información Médica Protegida con la agencia de donación de órganos con el propósito de donar tejidos u órganos en ciertas circunstancias y según lo exija la ley.

Contactos: Es posible que nos comuniquemos con usted para recordarle de citas o para informarle sobre nuevos tratamientos o servicios.

Recaudación de Fondos y Marketing: Podemos comunicarnos con usted como parte de los esfuerzos de recaudación de fondos o marketing de UAMS. Tiene derecho a excluirse de las comunicaciones de recaudación de fondos y puede hacerlo llamando al 1-888-995-UAMS (8267) o enviando un correo electrónico a advancement@uams.edu.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA en inglés): Podemos compartir su Información Médica Protegida con ciertas agencias gubernamentales como la FDA para que puedan retirar del mercado medicinas o equipos médicos.

Compensación de Trabajadores: Podemos divulgar su Información Médica Protegida para reclamos de compensación laboral.

Salud Pública: Podemos dar su Información Médica Protegida a agencias de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades y según lo exija la ley.

Enfermedades Transmisibles: Podremos divulgar su Información Médica Protegida a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o afección, si la ley lo autoriza, como en el caso de una enfermedad que requiera aislamiento.

(Ponga aquí la palabra Sr/a.)

Sr/a. #:

Nombre del paciente:

Dirección del paciente:

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Institución Correccional: Si usted es un recluso de una institución correccional, podemos divulgar su Información Médica Protegida a la institución o a la policía según sea necesario para su salud o la salud y seguridad de los demás.

Aplicación de la Ley: Debemos divulgar su Información Médica Protegida para fines de cumplimiento de la ley según lo exija la ley.

Según lo exige la Ley: Debemos divulgar su Información Médica Protegida cuando lo exijan las leyes federales, estatales o locales, como para informar heridas de bala.

Supervisión de la Salud: Debemos divulgar su Información Médica Protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como investigaciones e inspecciones. Las agencias de supervisión son aquellas que supervisan el sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales, como Medicaid, y otros programas regulatorios gubernamentales.

Abuso o Negligencia: Debemos divulgar su Información Médica Protegida a las autoridades gubernamentales que estén autorizadas por ley a recibir informes de sospecha de abuso o negligencia que involucre a niños o adultos en peligro.

Procedimientos Judiciales: Debemos divulgar su Información Médica Protegida en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo o en respuesta a una orden judicial, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, según lo permita la ley.

Usos y Divulgaciones Requeridos: Debemos hacer divulgaciones cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con las Regulaciones de Privacidad de HIPAA.

Para Evitar Daños: Podemos usar y divulgar información sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad de la salud o seguridad del público u otra persona.

Para Funciones Gubernamentales Específicas: En ciertas situaciones, podemos divulgar Información Médica protegida de personal militar y veteranos. Podemos divulgar su Información Médica Protegida para actividades de seguridad nacional requeridas por la ley.

Venta de Información: UAMS no venderá su información sin su autorización previa por escrito o según lo permita la ley.

ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE

(Ponga aquí la palabra Sr/a.)

Sr/a. #:

Nombre del paciente:

Dirección del paciente

Confirmación de recibo del aviso de confidencialidad

Al firmar este formulario, solo acepta que ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de UAMS.

Firma del Paciente

Fecha

Hora

Escriba el Nombre del Representante Legal (si aplica)

Firma del representante legal

Si es el representante legal, autoridad del representante legal _____

(por ejemplo, padre o madre de un menor, tutor, administrador de la herencia de un difunto, apoderado designado con poder notarial o apoderado de atención sanitaria)

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL

Proporcionamos el Aviso de Prácticas de Privacidad e intentamos obtener confirmación de recibido por escrito, pero no se pudo obtener la confirmación de recibido porque:

El Paciente o el Representante Legal se negaron a firmar la Confirmación de Recibido.

Otro (especifique) _____

Nombre Impreso del Empleado que completo el Formulario

Fecha

Hora

Firma del Empleado que completo el Formulario

Ubicación de UAMS

ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE

(Ponga aquí la palabra Sr/a.)

Sr/a. #:

Nombre del paciente:

Dirección del paciente:

Permiso para compartir información con familiares o amigos involucrados en su cuidado médico

Respetamos la privacidad de su información de salud. Si desea otorgar permiso para que compartamos su información médica o de facturación con un familiar o amigo involucrado en su cuidado, que de otro modo no esté autorizado por la ley para actuar en su nombre, especifique a continuación. No está obligado(a) a otorgar este permiso y puede revocarlo en cualquier momento comunicándose con la Oficina de HIPAA de UAMS al 501-603-1379.

Doy mi permiso a UAMS para compartir la información de salud de

_____ Imprimir nombre del paciente Fecha de nacimiento: _____

con la siguiente persona o personas:

Nombre	Relación	# de Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del paciente o representante legal:

Fecha: _____ Hora: _____

Imprimir nombre: _____

Si es el representante legal, indique su autoridad como representante legal: _____

(como padre/madre de un menor, tutor, apoderado designado con poder notarial o representante de atención médica)

ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Obtenga su Información Médica en MyChart

MyChart de Salud de UAMS es un portal en línea gratuito donde puede acceder a su información de salud. Usted puede:

- Solicitar el resurtido (refill) de sus medicinas recetadas
- Ver los resultados de sus exámenes de laboratorio y pruebas
- Hacer una cita con su doctor
- Enviar un mensaje a su doctor
- Ver y pagar su factura

¿Cómo me inscribo en MyChart para ver mis registros?

Siga estos pasos para inscribirse en MyChart:

1. Pídale a su doctor, enfermera o personal de la clínica que le envíe un enlace de registro por correo electrónico o mensaje de texto.
2. Abra el enlace dentro de las próximas 8 horas e introduzca su nombre y fecha de nacimiento para inscribirse.
3. Si el enlace no funciona, solicite un enlace nuevo.

Para acceder a la página de MyChart u obtener información sobre la aplicación MyChart en su teléfono, visite **<https://UAMShealth.com/MyChart>**

¡Regístrese en MyChart hoy mismo!