

Historial médico pediátrico

Por favor, complete este cuestionario y devuélvalo con su aplicación. Esta información solamente se usará para ayudar a ALL Kids a atender mejor a su(s) hijo(s) y a evaluar el éxito del programa.



Si tiene más de cuatro hijos, haga una copia del formulario para que pueda completar el historial médico para todos los hijos por los cuales está aplicando por seguro médico.

A ningún niño se le negará seguro a causa de una condición médica preexistente.

Historial médico

Marque cualquiera de las siguientes que sean pertinentes a su hijo(s):
(NOMBRE DE SU HIJO)

¿Pesó menos que 5 1/2 libras al nacer?				
¿Tiene un médico de cabecera?				
¿Tuvo un chequeo médico completo en los últimos 12 meses?				
¿Estuvo en la sala de emergencia en los últimos 12 meses?				
¿Está al día con las vacunas?				
¿Tuvo un examen de la visión en los últimos dos años?				
¿Tuvo un chequeo dental en los últimos 12 meses?				

Condiciones médicas

Marque cualquiera de las siguientes condiciones médicas que su hijo tiene o ha tenido:

Asma				
Diabetes				
Lesión de nacimiento				
Epilepsia/Trastorno convulsivo				
Artritis reumatoide juvenil				
Espina bífida				
Labio leporino y/o Paladar mellado				
Problema cardíaco				
Hemofilia				
Fibrosis quística				
Pérdida de audición				
Lesión en la cabeza				
Lesión en la columna vertebral				
Trastorno por déficit de atención o Trastorno por déficit de atención con hiperactividad				
Problemas de salud mental o abuso de sustancias				
Tratamiento por problemas de salud mental o abuso de sustancias				
Escriba cualquier condición médica grave que no esté incluida arriba:				

ALL Kids tal vez no brinde todos los servicios especiales adicionales para estas condiciones.

Si marcó cualquiera de las anteriores y le gustaría tener más información para su hijo de las agencias asociadas con ALL Kids, firme abajo.

Al firmar abajo, acuerdo con ALL Kids a compartir información sobre mi hijo con todos los socios de ALL Kids en cuestiones de la salud, razón por la cual se podrían comunicar conmigo o enviarme información por escrito sobre los servicios especiales que podrían estar disponibles para la condición de mi hijo.

Firma del padre o madre _____ Fecha _____

¿Cómo se enteró de ALL Kids? Marque todas las que apliquen:

- | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Biblioteca | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Salón de belleza/Peluquería de caballeros |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Revista | <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Ferias de salud | <input type="checkbox"/> Evento deportivo |
| <input type="checkbox"/> Pariente | <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Departamento de Salud | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> T.V. | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Centro comercial | <input type="checkbox"/> Iglesia/Sinagoga | |

RECUERDE: PONGA ESTE CUESTIONARIO EN EL SOBRE CON LA APLICACIÓN.