



Nombre del Paciente: _____
 Fecha de Nacimiento: _____

Bangor Health Center
Abierto todo el año para servir a los jóvenes de 10-21
 803 West Arlington, Bangor, MI 49013
 Teléfono: 269-427-6810 fax: 269-427-6811

HISTORIA DE SALUD

Por favor llene este Cuestionario de Historial de la Salud para su niño/adolescente en Bangor Health Center.

Fecha de hoy: _____
Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Grado:** _____
Proveedor de atención primaria del paciente: _____
Fecha del ultimo físico: _____
Especialista del paciente (ex. cardiólogo, endocrinólogo, psiquiatra, etc.-dejar en blanco si el paciente no ve al especialista): _____

Farmacia preferida: _____

¿Quién vive en el hogar?

Nombre:	Relación:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medicamentos:

Mi hijo no toma ningún medicamento

Nombre del medicamento:	Dosis:	Razón para tomar:	Prescrito por:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alergias:

Mi hijo no tiene ninguna alergia a los medicamentos

Nombre del medicamento:	Tipo de reacción:
_____	_____
_____	_____

Condiciones de salud del paciente: Por favor, marque sí o no relacionado con la salud del paciente

	Sí	No	Inseguro
Asma	_____	_____	_____
Depresión/ansiedad	_____	_____	_____
Aprendizaje	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____
Problemas cardíacos/Murmur	_____	_____	_____
Convulsiones/epilepsia	_____	_____	_____
Otro (especifica)	_____	_____	_____



Nombre del Paciente: _____
 Fecha de Nacimiento: _____

Bangor Health Center

Abierto todo el año para servir a los jóvenes de 10-21

803 West Arlington, Bangor, MI 49013
 Teléfono: 269-427-6810 fax: 269-427-6811

¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez durante la noche, tuvo lesiones graves, incluyendo lesiones relacionadas con el deporte, o tuvo algún tipo o cirugía?

No: Sí: Si sí, ¿qué edad? _____

Problema/tipo de cirugía? _____

Historia Familiar:

Algunos problemas de salud se transmiten de una generación a la siguiente. ¿Usted o los parientes de sangre de su adolescente (padres, abuelos, hermanos o hermanas), vivos o fallecidos, tuvieron alguno de los siguientes problemas?

Historia familiar desconocida Adoptado

	Sí	No	Inseguro	Relación
Alergias/asma	_____	_____	_____	_____
Cáncer (tipo)	_____	_____	_____	_____
Depresión	_____	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	_____
Ataque al corazón o derrame cerebral	_____	_____	_____	_____
<i>Antes de 50 años</i>	_____	_____	_____	_____
Presión arterial alta	_____	_____	_____	_____
Colesterol alto	_____	_____	_____	_____
Enfermedad mental	_____	_____	_____	_____
Migraña	_____	_____	_____	_____
Fumar	_____	_____	_____	_____
Abuso de sustancia	_____	_____	_____	_____
Otros (especificar)	_____	_____	_____	_____

A continuación, se muestra una lista parcial de los servicios ofrecidos en Bangor Health Center. Puede encontrar descripciones más detalladas en las siguientes páginas.

Por favor, indique su permiso para cada servicio:

1. Inmunizaciones (vacunas):

Sí, doy mi permiso para que se le den inmunizaciones a mi hijo. Se enviará a casa una carta con la vacuna necesaria y la hoja de información sobre la vacuna al menos 1 semana antes de que se haya previsto administrar la inmunización.

Sí, doy mi permiso para que se le den inmunizaciones a mi hijo con las siguientes excepciones:

 No, no doy mi permiso para que se le den inmunizaciones a mi hijo.

2. Sobre los medicamentos de venta libre:

Sí, doy mi permiso para que se le den medicamentos de venta libre a mi hijo, si así lo indica el proveedor médico.

Sí, doy mi permiso para que se le den los medicamentos de venta libre a mi hijo con las siguientes excepciones:

 No, no doy mi permiso para que se le den medicamentos de venta libre a mi hijo.



Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Bangor Health Center
Abierto todo el año para servir a los jóvenes de 10-21
803 West Arlington, Bangor, MI 49013
Teléfono: 269-427-6810 fax: 269-427-6811

DERECHOS DE PACIENTES

- No puede ser discriminado sobre la base de raza, color, origen nacional, religión, sexo, orientación sexual, discapacidad o seguro de salud.
- Usted será tratado con cortesía y respeto por todo el personal del centro de salud.
- Toda la información es **confidencial**. No podemos compartir ninguna información que discutamos con usted, a menos que usted nos dé su permiso, o en circunstancias limitadas, donde estamos obligados o permitidos por ley. Por ejemplo, podemos colaborar con la enfermera de la escuela o el Departamento de Salud para proteger la salud de su hijo/a y la salud de otros niños.
- Usted recibirá la mejor atención posible, podrá hacer preguntas acerca de su atención y tener otras opciones de atención explicadas.
- Usted tiene derecho a rechazar el tratamiento que no desea o no entiende.
- Usted tiene derecho a revisar su expediente del centro de salud.
- Usted tiene derecho a revisar una copia de cualquier factura enviada a su compañía de seguros.
- Si usted piensa que sus derechos han sido violados, debe informar al personal del centro, llamar al oficial de derechos de los receptores de salud mental de Van Buren en 1-888-357-0016 o 269-782-7604, o llamar al representante de servicio al cliente en 269-657-5574.
- Recibirá servicios independientemente del estado de su seguro.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- Cancelar o cambiar su cita de manera oportuna. Alguien más puede necesitar una cita.
- Esté a tiempo para sus citas.
- Dele al centro de salud información actualizada sobre su seguro, dirección, nombre o número de teléfono.
- Díganos si no entiende ningún aspecto de su tratamiento.
- Proporcionar información completa, precisa, honesta sobre su salud para que el personal pueda darle la mejor atención médica posible.
- Siga nuestras recomendaciones y consejos.
- Sea considerado con los derechos de otros clientes y del personal del centro de salud y la propiedad.
- Pague como pueda para ayudar a apoyar los servicios de este centro.
- Dele a su proveedor y al personal del centro de salud respeto y consideración.
- Asegúrese de que entienda, o haga preguntas para aclarar su comprensión de su atención médica.
- Siga con el tratamiento prescrito, incluidas las consultas de seguimiento y los medicamentos, si está de acuerdo con el curso de tratamiento prescrito.
- Analice, de manera oportuna, sus inquietudes con el proveedor o el supervisor del personal si surgen problemas.
- Ser un consumidor de salud consciente de los costos. Esta responsabilidad incluye el uso del centro de salud para obtener exámenes físicos y chequeos deportivos que pueden ayudar a prevenir lesiones o enfermedades innecesarias, así como evitar visitas innecesarias y costosas a la sala de emergencias para los servicios que no son de emergencia.
- Tratar al personal, otros estudiantes y clientes en el centro de salud sin discriminación, independientemente de la raza, credo, color, religión, sexo, orientación sexual, origen nacional, edad o discapacidad.
- Estar activo en sus decisiones de atención médica. Esto incluye involucrar a su familia, adulto de confianza o cuidador en cualquier aspecto de cuidado que sienta que beneficiaría su atención.