



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

School Based Health and Wellness Centers

Los servicios de salud están disponibles para TODOS los niños(as) que están inscritos en los Centros de Salud!

Los Centros de Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery ofrecen servicios de salud a los estudiantes de la escuela que están inscritos, incluyendo el cuidado preventivo de salud y por enfermedad. Estos servicios de salud estarán disponibles en el edificio de la escuela. Muchos estudiantes son examinados y regresan a la escuela en vez de ir a la casa. En la mayoría de las ocasiones los padres de familia no tienen que salir de su trabajo para que sus hijos reciban los servicios de salud.

Los servicios incluyen:

- Exámenes físicos anuales
- Exámenes físicos para participar en algún deporte
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones
- Vacunas
- Medicinas que se ofrecen en los Centros
- Exámenes de laboratorio

Los exámenes físicos anuales hacen que los estudiantes se mantengan saludables y asistan a la escuela, y son recomendados por la Academia Pediátrica Americana.

Los estudiantes que se inscriben por primera vez deben completar y entregar el paquete de inscripción. Para obtener este paquete por favor póngase en contacto con el Centro de Salud localizado en la escuela de su hijo/a.

Los estudiantes que ya están inscritos tienen que actualizar la información de su archivo de salud como sea necesario.

A los estudiantes y sus familias no se les cobrará por los servicios ofrecidos por el Centro de Salud.

Todos los niños/as que estén inscritos en los Centros de Salud serán atendidos sin importar si tienen seguro de salud o no.

Si su niño/a tiene seguro de salud (Asistencia Médica o seguro privado que participa con el Condado de Montgomery) se cobrará al seguro los servicios dados a sus hijos/as. Si su hijo/a no tiene seguro por favor indíquelo en su formulario de inscripción y un trabajador del Centro de Salud le ayudará a hacer una solicitud para el seguro de salud de Asistencia Médica, o Care for Kids.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Centro de Salud de la escuela de su hijo/a.

**Formulario de Inscripción**

Ubicación del Centro de Salud:

#de ID del Estudiante:

Nombre del Estudiante _____	Escuela _____	Grado _____
Fecha de Nacimiento _____	# de Seguro Social _____ - -	Sexo _____ Raza _____
Dirección _____	Teléfono de la Casa _____	
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____ Teléfono del estudiante _____
País de Nacimiento _____	Idioma _____	
Nombre del proveedor de salud del estudiante _____	Teléfono _____	
Padre de Familia/Guardián _____	Fecha de Nacimiento _____	Teléfono _____
Contacto de Emergencia _____		
Relación del Contacto de Emergencia con el niño(a) _____	Teléfono _____	

Doy mi permiso para que mi hijo/a, _____, se inscriba en el Centro de Salud (SBHWC). Doy mi consentimiento para que él/ella reciba servicios que pueden incluir examen físico completo, vacunas, tratamiento para problemas de salud agudos y crónicos, pruebas de laboratorio y exámenes simples, prescribir y/o administrar medicina, educación de salud, llevar y/o referir casos de salud mental y servicios sociales. Doy permiso para que los profesionales de salud, de salud mental y personal de Servicios de Salud de SBHWC puedan compartir información o registros que sean necesarios para proporcionar los servicios adecuados a mi hijo a través del SBHWC y apoyar el éxito de mi hijo en la escuela.

Yo entiendo que:

- El padre de familia/guardián puede o no estar presente cuando los servicios sean provistos, pero será notificado/a por teléfono o con una nota cuando el estudiante reciba servicios en el Centro de Salud.
- Todos los documentos del Centro de Salud son confidenciales y solamente el personal del Centro de Salud tiene acceso a ellos, a no ser que el padre de familia o apoderado de un consentimiento por escrito o el menor de un consentimiento por escrito en caso de que esté recibiendo un tratamiento para el cual él tiene autoridad para autorizarlo.
- En este momento, que la ley de Maryland no requiere consentimiento, notificación o consejo del padre de familia/apoderado para los siguientes servicios provistos por el Centro de Salud: tratamiento o consejería sobre el abuso de drogas, alcoholismo, infección de transmisión sexual, embarazo o contracepción para menores de 18 años de edad y servicios de salud mental a menores de 16 años de edad.
- Los servicios en el Centro de Salud serán proporcionados por personal del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery, o personas que tengan contrato con éste.
- Si mi hijo/a tiene seguro de salud que participa con el Condado de Montgomery, se puede cobrar al seguro por los servicios dados en el Centro de Salud y el seguro puede ser provisto de información requerida acerca del estado de salud del estudiante.
- Si mi hijo/a no tiene seguro de salud, yo lo indicare en el formulario de inscripción y usted será contactado por alguien del centro de salud para ayúdale a llenar la solicitud de Asistencia Médica o Care for Kids.
- Yo autorizo cualquier pago de beneficios médicos por los servicios administrados en el Centro de Salud del Condado de Montgomery.
- Todos los niños que están inscritos con el programa serán atendidos sin importar si tienen cobertura médica y no se les cobrara por los servicios ofrecidos por el Centro de Salud.

Yo entiendo la descripción de los servicios y regulaciones del Centro de Salud mencionados arriba y doy permiso para que mi hijo/a se inscriba y reciba los servicios en el Centro de Salud. Yo entiendo que este permiso puede ser terminado en cualquier momento dando una nota por escrito.

Firma del Padre de Familia/Guardián _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____ Relación con el estudiante _____

Fecha _____ Nombre del Centro de Salud _____

**Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
Centro de Salud**

Información de Seguro de Salud

Nombre del Estudiante: _____
(apellido) (nombre) (Inicial)

Escuela _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Pediatra _____ Teléfono del Pediatra _____

Fecha del último examen físico _____

Por favor complete la siguiente información. Provea una copia de su tarjeta de seguro médico. Su seguro recibirá la cuenta.

Padre de Familia/Guardián _____ Fecha de Nacimiento _____

Padre de Familia/Guardián _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de personas en la familia ____ Ingreso familiar anual _____ de semana, mes, año (favor de circular)

Tiene su niño/a seguro de salud? Si _____ No _____

Si la respuesta es afirmativa, por favor, complete una de las siguientes opciones:

- My hijo/a está inscrito/a con el Programa de Care For Kids PULS# _____
- Mi hijo/a tiene Asistencia Médica (HealthChoice) Si puede incluya la copia de la tarjeta
Número de la tarjeta de Asistencia Médica _____
Nombre de la Organización que tiene su hijo/a _____
(Si no la tiene, ponga, "ninguna")
- Mi hijo/a tiene seguro privado *Adjunte una copia de la tarjeta, si la tiene disponible*
Nombre de la persona que está a cargo del seguro _____
Relación con el niño/a _____
Número de seguro social o póliza de la persona que está a cargo _____
Lugar de empleo de la persona que tiene el seguro _____
Nombre de la Compañía Aseguradora _____
Dirección de Cobro de la Compañía Aseguradora _____

Todos los niños/as serán atendidos sin importar si tienen seguro médico y nos se les cobrará por los servicios ofrecidos por el Centro de Salud de la escuela.

POR FAVOR ENTREGUE ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

**CENTRO DE SALUD ESCOLAR Y COLEGIO ENLACES DEL
APRENDIZAJE**

**Consentimiento para administrar medicina sin receta a los estudiantes que
han completado la hoja de inscripción**

Las medicinas mencionadas a continuación se encuentran en el Centro De Salud Escolar Y Colegio. Si su niño(a) está inscrito para los servicios, él o ella pueden recibir una de esas medicinas, si de acuerdo al juicio de la enfermera escolar/enfermera práctica ellas puedan ser útiles. Usted será notificado por teléfono o por escrito, si se administra a su niño(a) una de esas medicinas.

Para dar permiso que su niño(a) tome cualquiera de estas medicinas, por favor marque **SI** en la parte de abajo. Si usted no desea que su niño(a) reciba una o más medicinas, ponga **NO**.

SUSTITUTO DE LA ASPIRINA (acetaminofén {Tylenol}) ___SI ___NO
para fiebre mayor que 100.4° y/o dolor /incomodidad.

ANTIISTAMINICO (loratadina {Claritin}) ___SI ___NO
reacción alérgica y/o congestión nasal

ANTIISTAMINICO (hidrocloro de difenidramine {Benadryl}) ___SI ___NO

Nombre del niño(a) _____ Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___

Firma del padre/madre _____ Fecha ___ / ___ / ___ Grado _____

SCHOOL BASED HEALTH AND WELLNESS CENTER

Cuestionario de Historial Médico Familiar

Nombre del Paciente: _____		Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> (circule)																																																																																																																																																																																																				
Persona que llenó el Formulario: _____	Fecha de Hoy: _____	Relación con el Paciente: _____																																																																																																																																																																																																					
HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER		HISTORIAL PSICOSOCIAL																																																																																																																																																																																																					
Nombre del Hospital: _____ Enfermedades durante el embarazo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Medicamentos durante embarazo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol o drogas No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas al Nacer No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Describe: _____ Tipo de Parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea Peso al Nacer _____ Peso al darle de alta _____ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Fecha de la vacuna de Hepatitis B: _____ Examen Auditivo para recién nacidos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		¿Quién vive en el hogar? _____ ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____ <input type="checkbox"/> Alquilan <input type="checkbox"/> casa propia <input type="checkbox"/> refugio ¿Quién cuida el niño/a? _____ Fecha de Nacimiento Madre _____ Padre _____ Trabajan los Padres Madre No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Padre No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hogar Sustituto _____ Fecha: _____ ¿Qué otros idiomas se hablan en la casa? _____																																																																																																																																																																																																					
HISTORIAL FAMILIAR		HISTORIAL DE SALUD																																																																																																																																																																																																					
Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alergias (a qué) _____ ¿Quién? _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		Alguna vez su niño/a ha tenido:																																																																																																																																																																																																					
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">Asma</td><td style="width: 10%;">No <input type="checkbox"/></td><td style="width: 10%;">Si <input type="checkbox"/></td><td style="width: 10%;">_____</td></tr> <tr><td>TB/Enfermedad del Pulmón</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>VIH/SIDA</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Intentos Suicidas/Problemas Mentales</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedad del Corazón</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Presión alta/Derrame</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Colesterol Alto</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell"</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Convulsiones</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Alergias/Asma</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Desórdenes Mentales</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Cáncer</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Defectos de Nacimiento</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pérdida de Audición</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas de habla</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedades Renales</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Abuso de Alcohol/ Droga</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Hepatitis/Enfermedad del Hígado</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedad de la Tiroide</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD")</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Violencia Doméstica</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Otras: _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">Alergias (a qué) _____</td><td style="width: 10%;">No <input type="checkbox"/></td><td style="width: 10%;">Si <input type="checkbox"/></td><td style="width: 10%;">_____</td></tr> <tr><td>Asma</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Varicela (año) _____</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Infecciones frecuentes de oído</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas de Audición/Infecciones de la Vista</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas de la Piel/Eczema</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Asma/Alergias</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>TB/Enfermedad del Pulmón</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Convulsiones/Epilepsia</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Hipertensión/Presión Alta</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedad del Corazón/Defectos</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Hepatitis/Enfermedad del Hígado</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedades del Riñón/Vejiga</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas Físicos o de Aprendizaje</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Desórdenes de la Sangre/Hemofilia</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedades Transmitidas Sexualmente</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas Emocionales o de Comportamiento</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Depresión/Pensamientos Suicidas</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Hospitalizaciones/Cirugías</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas en las Coyunturas/Huesos</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Obesidad/Trastornos Alimenticios</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Otras: _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Lista de Medicamento/s que toma: _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Revisado por: _____</td> <td colspan="2">Fecha que fue Revisado: _____</td> </tr> </table>		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">Asma</td><td style="width: 10%;">No <input type="checkbox"/></td><td style="width: 10%;">Si <input type="checkbox"/></td><td style="width: 10%;">_____</td></tr> <tr><td>TB/Enfermedad del Pulmón</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>VIH/SIDA</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Intentos Suicidas/Problemas Mentales</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedad del Corazón</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Presión alta/Derrame</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Colesterol Alto</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell"</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Convulsiones</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Alergias/Asma</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Desórdenes Mentales</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Cáncer</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Defectos de Nacimiento</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pérdida de Audición</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas de habla</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedades Renales</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Abuso de Alcohol/ Droga</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Hepatitis/Enfermedad del Hígado</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedad de la Tiroide</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD")</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Violencia Doméstica</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Otras: _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	TB/Enfermedad del Pulmón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	VIH/SIDA	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Intentos Suicidas/Problemas Mentales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad del Corazón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Presión alta/Derrame	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Colesterol Alto	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell"	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Alergias/Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Desórdenes Mentales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Cáncer	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Defectos de Nacimiento	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Pérdida de Audición	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas de habla	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedades Renales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Abuso de Alcohol/ Droga	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de la Tiroide	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD")	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Violencia Doméstica	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Otras: _____				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">Alergias (a qué) _____</td><td style="width: 10%;">No <input type="checkbox"/></td><td style="width: 10%;">Si <input type="checkbox"/></td><td style="width: 10%;">_____</td></tr> <tr><td>Asma</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Varicela (año) _____</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Infecciones frecuentes de oído</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas de Audición/Infecciones de la Vista</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas de la Piel/Eczema</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Asma/Alergias</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>TB/Enfermedad del Pulmón</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Convulsiones/Epilepsia</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Hipertensión/Presión Alta</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedad del Corazón/Defectos</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Hepatitis/Enfermedad del Hígado</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedades del Riñón/Vejiga</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas Físicos o de Aprendizaje</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Desórdenes de la Sangre/Hemofilia</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedades Transmitidas Sexualmente</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas Emocionales o de Comportamiento</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Depresión/Pensamientos Suicidas</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Hospitalizaciones/Cirugías</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas en las Coyunturas/Huesos</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Obesidad/Trastornos Alimenticios</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Otras: _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Lista de Medicamento/s que toma: _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Alergias (a qué) _____	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Varicela (año) _____	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Infecciones frecuentes de oído	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas de Audición/Infecciones de la Vista	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas de la Piel/Eczema	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Asma/Alergias	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	TB/Enfermedad del Pulmón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones/Epilepsia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Hipertensión/Presión Alta	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad del Corazón/Defectos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedades del Riñón/Vejiga	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas Físicos o de Aprendizaje	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Desórdenes de la Sangre/Hemofilia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedades Transmitidas Sexualmente	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas Emocionales o de Comportamiento	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Depresión/Pensamientos Suicidas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Hospitalizaciones/Cirugías	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas en las Coyunturas/Huesos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Obesidad/Trastornos Alimenticios	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Otras: _____				Lista de Medicamento/s que toma: _____				Revisado por: _____		Fecha que fue Revisado: _____	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">Asma</td><td style="width: 10%;">No <input type="checkbox"/></td><td style="width: 10%;">Si <input type="checkbox"/></td><td style="width: 10%;">_____</td></tr> <tr><td>TB/Enfermedad del Pulmón</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>VIH/SIDA</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Intentos Suicidas/Problemas Mentales</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedad del Corazón</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Presión alta/Derrame</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Colesterol Alto</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell"</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Convulsiones</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Alergias/Asma</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Desórdenes Mentales</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Cáncer</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Defectos de Nacimiento</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pérdida de Audición</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas de habla</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedades Renales</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Abuso de Alcohol/ Droga</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Hepatitis/Enfermedad del Hígado</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedad de la Tiroide</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD")</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Violencia Doméstica</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Otras: _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	TB/Enfermedad del Pulmón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	VIH/SIDA	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Intentos Suicidas/Problemas Mentales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad del Corazón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Presión alta/Derrame	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Colesterol Alto	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell"	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Alergias/Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Desórdenes Mentales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Cáncer	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Defectos de Nacimiento	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Pérdida de Audición	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas de habla	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedades Renales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Abuso de Alcohol/ Droga	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de la Tiroide	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD")	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Violencia Doméstica	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Otras: _____				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">Alergias (a qué) _____</td><td style="width: 10%;">No <input type="checkbox"/></td><td style="width: 10%;">Si <input type="checkbox"/></td><td style="width: 10%;">_____</td></tr> <tr><td>Asma</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Varicela (año) _____</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Infecciones frecuentes de oído</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas de Audición/Infecciones de la Vista</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas de la Piel/Eczema</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Asma/Alergias</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>TB/Enfermedad del Pulmón</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Convulsiones/Epilepsia</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Hipertensión/Presión Alta</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedad del Corazón/Defectos</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Hepatitis/Enfermedad del Hígado</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedades del Riñón/Vejiga</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas Físicos o de Aprendizaje</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Desórdenes de la Sangre/Hemofilia</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedades Transmitidas Sexualmente</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas Emocionales o de Comportamiento</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Depresión/Pensamientos Suicidas</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Hospitalizaciones/Cirugías</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas en las Coyunturas/Huesos</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Obesidad/Trastornos Alimenticios</td><td>No <input type="checkbox"/></td><td>Si <input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr><td>Otras: _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Lista de Medicamento/s que toma: _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Alergias (a qué) _____	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Varicela (año) _____	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Infecciones frecuentes de oído	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas de Audición/Infecciones de la Vista	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas de la Piel/Eczema	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Asma/Alergias	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	TB/Enfermedad del Pulmón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones/Epilepsia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Hipertensión/Presión Alta	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad del Corazón/Defectos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedades del Riñón/Vejiga	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas Físicos o de Aprendizaje	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Desórdenes de la Sangre/Hemofilia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedades Transmitidas Sexualmente	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas Emocionales o de Comportamiento	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Depresión/Pensamientos Suicidas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Hospitalizaciones/Cirugías	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas en las Coyunturas/Huesos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Obesidad/Trastornos Alimenticios	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Otras: _____				Lista de Medicamento/s que toma: _____									
Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
TB/Enfermedad del Pulmón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
VIH/SIDA	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Intentos Suicidas/Problemas Mentales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Enfermedad del Corazón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Presión alta/Derrame	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Colesterol Alto	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell"	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Convulsiones	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Alergias/Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Desórdenes Mentales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Cáncer	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Defectos de Nacimiento	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Pérdida de Audición	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Problemas de habla	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Enfermedades Renales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Abuso de Alcohol/ Droga	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Enfermedad de la Tiroide	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD")	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Violencia Doméstica	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Otras: _____																																																																																																																																																																																																							
Alergias (a qué) _____	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Varicela (año) _____	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Infecciones frecuentes de oído	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Problemas de Audición/Infecciones de la Vista	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Problemas de la Piel/Eczema	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Asma/Alergias	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
TB/Enfermedad del Pulmón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Convulsiones/Epilepsia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Hipertensión/Presión Alta	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Enfermedad del Corazón/Defectos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Enfermedades del Riñón/Vejiga	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Problemas Físicos o de Aprendizaje	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Desórdenes de la Sangre/Hemofilia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Enfermedades Transmitidas Sexualmente	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Problemas Emocionales o de Comportamiento	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Depresión/Pensamientos Suicidas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Hospitalizaciones/Cirugías	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Problemas en las Coyunturas/Huesos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Obesidad/Trastornos Alimenticios	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																				
Otras: _____																																																																																																																																																																																																							
Lista de Medicamento/s que toma: _____																																																																																																																																																																																																							
Revisado por: _____		Fecha que fue Revisado: _____																																																																																																																																																																																																					



SPANISH

Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
(Notice of Privacy Practices Summary and Signature Page)
Síntesis y Página de Firma de la Notificación sobre Prácticas de Privacidad

¿Qué es la Notificación sobre Prácticas de Privacidad?

La ley nos exige que le proporcionemos una notificación de nuestras prácticas sobre privacidad. Encontrará el texto completo de nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad adjunto a la presente. El objeto de la *Notificación* es informarle sobre:

- nuestra obligación legal de proteger su información;
- la manera en que compartiremos su información sin su permiso escrito;
- los derechos que usted tiene con respecto a su información;
- con quién se puede comunicar usted para formular preguntas, presentar una solicitud o poner una queja.

¿Cómo compartiremos su información?

Nuestro Departamento brinda diversos servicios de salud, apoyo financiero y servicios sociales. Para poder brindarlos, debemos conocer su información personal que puede incluir datos sobre salud, financieros y de otra clase que lo/la identifiquen. A fin de mantener protegida su información sólo la compartiremos cuando la ley nos permita o nos exija hacerlo. Compartiremos su información cuando sea necesario para:

- Brindarle tratamiento y servicios coordinados, y de alta calidad.
Por ejemplo: comunicaremos información entre programas para referirlo(la) a otros servicios, establecer la elegibilidad o elaborar un plan de atención.
- Obtener pago por los servicios. Por ejemplo: mandar cobros a Medicaid.
- Administrar nuestros servicios y programas. Por ejemplo: revisar la calidad de los servicios que recibe.

La *Notificación* adjunta enumera otros motivos por los que podremos compartir su información. Si nos resulta necesario compartir su información por motivos que **no** están enumerados, solicitaremos su permiso escrito. Usted tiene otros derechos relativos a su información que se enumeran en la página 4 de la *Notificación*.

Con quién puede hablar para solicitar más Información:

Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad, desea hacer un pedido con relación a su información o tiene alguna duda o preocupación sobre su privacidad, comuníquese con el empleado de nuestro departamento que trabaja con usted o con el Funcionario de Privacidad al 240 777- 3050. Al final de la *Notificación* se incluye información adicional de a quién recurrir para solicitar más información.

Acuse de recibo del texto completo de la *Notificación*:

Cliente o Representante Autorizado (Firme en este espacio)

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Firma del representante del DHHS

Firma del intérprete / traductor, si corresponde

Si no puede acusar recibo, especifique el motivo: _____

DHHS

MONTGOMERY COUNTY

Department of Health
and Human Services

NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN EXPLICA CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y OTRA INFORMACIÓN PERSONAL, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALA CON ATENCIÓN.

Nuestros servicios y la información que recabamos

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery (DHHS, por sus siglas en inglés) es una agencia muy grande que brinda multitud de servicios, incluyendo servicios de salud, salud mental, relativos al abuso de sustancias, al bienestar de menores, ayuda financiera y otros servicios sociales. A fin de brindarle estos servicios, el equipo del DHHS le pedirá datos personales que serán registrados en su expediente. Esta información puede incluir:

- Información que lo/la identifique, tal como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y número de seguro social.
- Información financiera, que abarca información sobre sus ingresos, sus cuentas bancarias y otros bienes, y la cobertura de seguro que tenga.
- Información de salud protegida, que incluye información que nos habla de su salud pasada, presente o futura, o de su tratamiento de salud mental.
- Información sobre los beneficios o servicios que usted recibe en la actualidad, o ha recibido en el pasado.

Nuestras responsabilidades

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de la información sobre su salud y otra información personal, y nosotros respetamos dichas leyes. Adoptaremos las medidas razonables para mantener protegida su información y utilizaremos (cuando compartimos dentro del DHHS) y divulgaremos (cuando compartimos con personas fuera del DHHS) su información, sólo cuando sea necesario para llevar a cabo nuestro trabajo y en la medida en que lo permita o exija la ley. Estamos obligados a informarle si ocurre una violación que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información de salud.

Si nos resulta necesario utilizar o divulgar su información por motivos distintos de los enumerados más abajo, solicitaremos su permiso escrito. Usted tiene el derecho de suspender cualquier permiso escrito que nos haya otorgado. Si usted suspende su permiso, la suspensión no se aplicará a los casos en los que ya hayamos utilizado o divulgado su información de acuerdo con su permiso.

La ley nos exige que le proporcionemos esta notificación y que la respetemos. Podremos modificar los términos de esta notificación, y los cambios aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. La nueva notificación estará disponible en nuestra oficina, cuando usted la solicite, y en el sitio web del DHHS, www.montgomerycountymd.gov/hhs.

De qué manera podemos utilizar y divulgar su información

- **Para tratamiento y servicios:**
El personal del DHHS que trabaja con usted puede utilizar su información médica y otra información personal cuando sea necesario para brindarle un tratamiento y servicios coordinados. DHS ha implementado un sistema integrado de administración de casos y un registro médico electrónico para

guardar su información médica y otra información personal. Puede que recopilemos información sobre usted de otros proveedores de atención médica que haya visitado, instalaciones médicas que le hayan realizado pruebas, su plan médico y, a veces, incluso miembros de la familia o amigos cercanos que ayudan a cuidar de usted. Toda su información médica, o parte de ésta, puede ser creada o guardada en un formato electrónico.

Ejemplos:

- Si usted se atiende en una de nuestras clínicas y desea solicitar otros servicios, tales como asistencia para la vivienda o apoyo financiero, su trabajador social le puede ayudar a acceder a dichos servicios refiriéndolo a otras agencias de servicio y compartiendo información sobre su elegibilidad con esas agencias.
- Si usted recibe más de un servicio del DHHS, los trabajadores sociales que se ocupan de su caso se podrán comunicar entre sí a fin de elaborar un plan de servicio coordinado, junto con usted, cuando corresponda.

Cuando se permita para fines válidos (por ejemplo, brindar tratamiento o facturar por los servicios), sus proveedores de atención médica pueden tener acceso a su información médica electrónicamente. Otros proveedores de atención médica fuera de DHHS que cuiden de usted también pueden tener acceso a sus registros electrónicos.

Compartiremos su información con personas externas a la agencia del DHHS en caso de tratamiento o servicios, únicamente con su permiso escrito, o cuando así lo permitan las leyes federales o estatales. Por ejemplo, las leyes federales y estatales permiten a nuestro personal del DHHS que le brinda atención médica, que compartan la información sobre su salud con proveedores de atención médica externos que también se encargan de su tratamiento.

Si recibe servicios de salud mental de nosotros:

- Sus registros de salud mental podrán ser compartidos a fin de brindarle a usted tratamiento o servicios sin su autorización, pero únicamente compartiremos la información que sea relevante a su tratamiento o plan de servicios.
- Mantenemos un registro electrónico de salud, con información referente a su salud, y salud mental, de modo que nuestros proveedores de atención médica puedan tomar decisiones informadas de tratamiento y coordinar su atención médica.
- La mayoría de la divulgación de las notas de psicoterapia será llevada a cabo únicamente con su autorización por escrito. Las notas de psicoterapia son definidas por ley como notas creadas por un profesional de salud mental, que se mantienen separadas de su expediente de salud. En general, nuestro personal incluye todas sus notas en su expediente de salud y no mantienen notas separadas de psicoterapia.
- No compartiremos su expediente del programa de abuso de sustancias o alcohol a menos que:
 - Usted nos haya otorgado autorización por escrito;
 - La divulgación sea autorizada por una orden judicial de la corte;
 - La divulgación sea hecha al personal médico durante una emergencia médica, o a personal calificado con fines de investigación, auditoría o evaluación del programa;
 - Compartamos información con alguien que esté ofreciendo servicios a usted o a nuestro programa, y tengamos un acuerdo para proteger la información.
Llegamos a estos acuerdos para permitir que los expedientes del programa de abuso de sustancias sean compartidos con sus proveedores de atención médica y del comportamiento de DHHS.
- No compartiremos la información de nuestros programas de personas abusadas, ayuda a las víctimas y agresiones sexuales, sin su permiso por escrito, a menos que sea permitido o requerido por ley.

Algunos de nuestros programas mantienen expedientes que son considerados "expedientes educativos" según la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia de 1974 (FERPA, por sus siglas en inglés). No compartiremos información acerca de usted de estos expedientes con otros proveedores de servicio sin su permiso por escrito a menos que sea necesario para atender una emergencia.

Para sus pacientes, DHHS ha elegido participar en el Sistema Informativo Regional de Chesapeake, Inc. (CRISP, por sus siglas en inglés), que es un servicio de "intercambio de información de salud" (HIE, por sus siglas en inglés) de esta región. Tal y como lo permita la ley, su información de salud podrá ser compartida con este "intercambio" a fin de ofrecer acceso más rápido, mejor coordinación de atención, y para asistir a los proveedores y funcionarios de salud pública a que tomen decisiones más informadas. Usted puede "excluirse voluntariamente" y prevenir búsquedas en su información de salud disponible a través de CRISP, llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un formulario de "Opt Out" (exclusión voluntaria) a CRISP por correo, fax o a través de su sitio web, www.crisphealth.org. Si decide excluirse voluntariamente de su participación en CRISP, sus proveedores de atención médica aún podrán seleccionar el HIE como un modo de recepción de resultados de pruebas de laboratorio, informes de radiología y otra información que les es enviada directamente, que ya haya sido recibido previamente por fax, correo u otra comunicación electrónica. Los informes de salud pública sobre los que existe un mandato legal, tales como los reportes de enfermedades infecciosas a los funcionarios de salud pública, también se darán a través del HIE una vez usted decida excluirse de manera voluntaria.

Información Médica. Podemos usar o divulgar su información médica para proveerle información sobre alternativas de tratamiento, otros servicios y beneficios médicos relacionados, u otros servicios que pudieran ser de beneficio para usted.

Directorio de DHHS. A menos que usted objete, podemos usar su información médica, como su nombre e información demográfica general, para nuestro directorio. La información en nuestro directorio no se divulgará a personas fuera de nuestro ambiente de salud y servicios humanos sin su autorización.

- **Para pago:** podemos utilizar o divulgar información sobre su salud y otra información personal cuando sea necesario para obtener el pago por servicios de salud y de salud mental que usted recibe. Por ejemplo, podemos utilizar su información para mandar cobros a Medicaid o a Medicare por el tratamiento que usted recibió.
- **Para atención médica/operaciones administrativas:** podemos utilizar o divulgar su información de salud y otra información personal a fin de administrar nuestros programas o actividades. Por ejemplo, el personal del DHHS o los auditores externos pueden leer su expediente para revisar la calidad de los servicios que usted recibe a través de nuestro departamento.
- **Para hacer citas o notificaciones:** puede ser necesario que nos comuniquemos con usted o su representante para programar o recordarle una cita, para solicitarle que llene formularios, para informarle sobre otros beneficios o servicios relacionados en los que pueda estar interesado, o para ponernos en contacto con usted en caso de emergencia.
- **Para nuestros asociados comerciales:** tenemos convenios con personas externas al DHHS, los cuales nos brindan servicios administrativos y de apoyo, tales como servicios financieros o jurídicos, análisis de datos y revisiones de acreditación y garantía de calidad. Estas personas se denominan asociados comerciales. Podemos divulgar su información a estos asociados a fin de que puedan llevar a cabo los servicios que les hemos solicitado. Sin embargo, exigimos a nuestros asociados comerciales que mantengan protegida su información.
- **Para su familia, amigos y otras personas que se ocupan de su atención:** podemos divulgar la información de salud a su familia o a otras personas que se ocupan de su atención médica. Por ejemplo, podemos discutir su estado médico con su hija o hijo mayor de edad que esté haciendo arreglos para su atención domiciliaria. Si usted no desea que compartamos esta información con su familia, puede solicitar

que no lo hagamos. No compartiremos con su familia la información sobre su salud mental o sobre sus antecedentes o tratamiento por abuso de drogas a menos que usted nos otorgue una autorización por escrito.

- **Para programas del gobierno:** podemos divulgar información sobre su salud y otra información personal para determinar si usted es elegible para obtener otros beneficios o participar en otros programas del gobierno, como por ejemplo los beneficios del Seguro Social.
- **Para actividades de salud pública:** podemos utilizar o divulgar la información de salud acerca de usted para actividades de salud pública. Por ejemplo, si usted ha estado expuesto a una enfermedad transmisible (como por ejemplo una enfermedad de transmisión sexual), podemos informar al Estado y adoptar otras medidas para evitar la proliferación de esa enfermedad.
- **Para actividades de supervisión de los servicios de salud.** Podemos divulgar su información, como lo establece la ley, a otras agencias que supervisan nuestros programas cuando realizan auditorías, inspecciones, investigaciones, o para otorgar licencias.
- **Para reportes e investigaciones sobre abuso y abandono:** la ley nos exige que reportemos los casos de sospecha de abuso o abandono de menores o de adultos vulnerables, que incluye a los adultos que son víctimas de abuso tanto como los niños. A los proveedores de salud y de salud mental se les exige por ley compartir información con los servicios de protección de adultos y menores, si el proveedor de salud/salud mental considera que la información contribuirá en la investigación de un servicio de protección, la evaluación de riesgos, o la creación de un plan de servicios o seguridad.
- **Para evitar daños:** en determinadas circunstancias, el DHHS puede divulgar su información de salud y otra información personal a personal de seguridad o policía. Por ejemplo, si usted lesiona a un integrante de nuestro personal o a otro cliente, si usted provoca daños a nuestra propiedad o si nuestro personal profesional cree que es probable que usted provoque daños graves a otros o a usted mismo, nos comunicaremos con personal de seguridad o la policía. DHHS también puede divulgar información de su salud y otra información personal en caso de amenaza pública, como un ataque terrorista o una catástrofe.
- **Para los médicos forenses, directores de funerarias, examinadores médicos o para donación de órganos:** DHHS puede divulgar información de salud relacionada con un fallecimiento a los médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias, así como a las organizaciones autorizadas que se ocupan de donaciones o trasplantes de órganos, ojos o tejidos.
- **Para fines de investigación:** podemos utilizar o divulgar su información de salud para fines de investigación médica, en ciertas circunstancias. En algunos casos, será necesario su permiso escrito. En los estudios e informes de investigación no se identificará a las personas por su nombre.
- **Para procesos judiciales en la corte:** la ley o una orden judicial de la corte puede exigirnos que brindemos información sobre usted a una corte o tribunal. Asimismo, podemos compartir su información de salud en un caso de queja de compensación de los trabajadores.
- **‘Cuando lo exija la ley:** si una ley o reglamento exige que divulguemos su información de salud u otra información personal, debemos hacerlo.
- **Recaudación de fondos:** generalmente no participamos de actividades de recaudación de fondos con nuestros clientes, pero si lo(la) contactamos a usted para esfuerzos de recaudación de fondos, nos puede decir que no lo(la) contactemos de nuevo.
- **Disponibilidad de información médica después del fallecimiento.** DHHS puede usar o divulgar su información médica sin su autorización hasta que pasen cincuenta (50) años después de su fallecimiento. Usted tiene derecho a restringir dichas divulgaciones.

Sus derechos con respecto a su información

Usted tiene derecho a:

- Tener una copia de esta notificación. Esta notificación está disponible en otros formatos, si es solicitada.
- Solicitarnos que nos comuniquemos con usted en un lugar diferente o mediante un método diferente del que utilizamos como rutina. Por ejemplo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted por teléfono o correo electrónico a su trabajo en lugar de hacerlo a su casa.
- Ver, revisar y recibir una copia de la información que mantenemos acerca de usted. *Usted debe formular esta solicitud por escrito* y se le podrá cobrar una cuota para cubrir el costo de fotocopiar su expediente. Existen algunas situaciones en las que no podemos otorgarle el derecho de revisar sus expedientes o de obtener una copia de los mismos. En estos casos, le explicaremos por qué. Si mantenemos su información de salud en un registro electrónico, usted también podrá pedir su información en formato electrónico.
- Solicitar que su información sea modificada (cambiada) si cree que la información con la que contamos es errónea o está incompleta. *Debe realizar este procedimiento por escrito*. En algunos casos, no se nos exige que hagamos la modificación. Si decidimos no hacer la modificación, le explicaremos por qué.
- Solicitar un resumen (un listado detallado) de las veces en que hemos divulgado su información por un periodo de seis años previos a la fecha de la solicitud. Este listado no incluirá los casos en que compartimos información con fines terapéuticos, de pago o de operaciones de cuidado de la salud, ni los casos en que divulgamos información con su permiso. *Debe formular este pedido por escrito*.
- Solicitar que no compartamos información médica con un miembro de su familia o con otras personas que se ocupan de su atención.
- Solicitar que no compartamos su información por un tratamiento/servicio, pago, u operación de atención médica. *Estas solicitudes deben formularse por escrito*. No estamos obligados a acceder a estas solicitudes, pero si lo hacemos, debemos cumplir el acuerdo con usted, a menos que sea necesario divulgar la información para su tratamiento en una emergencia. Si no podemos aceptar su solicitud, le explicaremos por qué.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica totalmente de su bolsillo, usted puede pedirnos que no compartamos esa información para efectos de pago de nuestras funciones con su asegurador médico. Aceptaremos cumplir con su solicitud a menos que la ley nos exija compartir esa información.
- Solicitar que obtengamos su permiso por escrito si queremos vender su información o compartirla con fines comerciales.
- Recibir una notificación de nosotros si alguna vez se divulga su información.
- Presentar una queja o reportar un problema si usted siente que hemos violado sus derechos. No tomaremos ninguna acción contra usted por presentar una queja. Para presentar una queja o reportar un problema, póngase en contacto con nuestro Funcionario de Privacidad en la siguiente dirección:

Funcionario de Privacidad
Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
401 Hungerford Drive
Rockville, MD 20850
240-777-3050 (voz) 240-777-1398 (TTY)

Si su queja tiene que ver con su información de *salud*, usted también podrá ponerse en contacto con el Funcionario de Derechos Humanos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, llamando al 1-877-696-6775.

Cómo presentar una solicitud

Si usted tiene preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad o quiere solicitar cualquiera de las posibilidades presentadas arriba, comuníquese con el empleado de nuestro Departamento que trabaja con usted, o con nuestro Funcionario de Privacidad en la dirección que figura arriba. Por favor, utilice el *Formulario de Solicitud de*