CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DE MISSOURI CENTRAL
FORMULARIO DE INSCRIPCION

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido:	**Nombre:**	**Segundo nombre:**	**Sexo:** ☐ M ☐ F	**Fecha de Nac:** / /
Dirección:	**Ciudad, Estado:**	**Código Postal:**	**Condado:**	
Teléfono de casa: ( )	**Teléfono Celular:** ( )	**Correo electrónico:**		

Raza (Circular uno) Blanco/ negro o afroamericano/ multirracial/ indio americano o nativo de Alaska/ asiático/ indio asiático/ Hawaiano o isleño del Pacífico/ Otro isleño del Pacífico no hawaiano/ Chino/ Filipino/ Coreano/ Vietnamita/ Otro asiático/ Guameño o Chamorro/ Samoano/ Otros:

Hispano o de Origen Latino? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, especifique (circular uno): Mexicano/ Mexicano Americano/ Chicano Puertorriqueno/ Cubano/ Otros

Idioma Preferido: ☐ ingles ☐ Español ☐ Otros: | **Necesita interprete?** ☐ Si ☐ No | **Es Usted Veterano?** ☐ Si ☐ No

Médico Primario: | **Dentista:** | **¿Necesita información sobre directivas anticipadas?** ☐ Si ☐ No

INFORMACION DEL ENCARGADO / PARTIDARIO

Nombre del responsable:	**Fecha de Naci:** / /	**Relacion / parentesco de la parte responsable al Paciente:** ☐Usted ☐Padre / Encargado ☐Pareja ☐ Proveedor ☐ Otro:
Dirección (Si es diferente a la del Paciente):	**Ciudad, Estado:**	**Código Postal:**
Teléfono de casa: ( )	**Teléfono Celular:** ( )	**Es esta persona un paciente aqui?** ☐ Si ☐ No

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de amigo o familiar que no habite con usted:	**Relacion con el Paciente:**	**Teléfono de casa:** ( )	**Teléfono Celular:** ( )

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

(Proporcione informacion completa de su Seguro Medico sin importer el tipo de servicio utilizado. Proporcionar TODAS las tarjetas a la recepcionista.)

Seguro médico Primario: ☐ Sin Seguro ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐Privado/Comercial:
Nombre del suscriptor: **Fecha de nacimiento:** / / **Póliza / Número de identificación:**

Seguro médico Secundario: ☐ Sin Seguro ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐Privado/Comercial:
Subscriber Name: **Fecha de nacimiento:** / / **Póliza / Número de identificación:**

Seguro Dental Primario: ☐ Sin Seguro ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐Privado/Comercial:
Nombre del suscriptor: **Fecha de nacimiento** / / **Póliza / Número de identificación:**

Seguro Dental Secundario: ☐ Sin Seguro ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐Privado/Comercial:
Nombre del suscriptor: **Fecha de nacimiento:** / / **Póliza / Número de identificación:**

COMO UNA INSTALACION FEDERAL, ESTAMOS OBLIGADOS A HACER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

INGRESO ANUAL – ***Por favor circule, junto al tamaño de su familia, el Rango de Ingresos que mejor ADAPTE a su hogar.***

Aunque no somos una clínica gratuita, ofrecemos tarifas con descuento (nominales) a pacientes elegibles. Proporcionar lo siguiente puede ayudarnos a determinar la elegibilidad para dichos programas.

Tamaño de la Familia					
1	$0 - $15650	$15651-$23475	$23476-$27388	$27389-$31300	$31301 y mas
2	$0 - $21150	$21151-$31725	$31726-$37013	$37014-$42300	$42301 y mas
3	$0 - $26650	$26651-$39975	$39976-$46638	$46639-$53300	$53301 y mas
4	$0 - $32150	$32151-$48225	$48226-$56263	$56264-$64300	$64301 y mas
5	$0 - $37650	$37651-$56475	$56476-$65888	$65889-$75300	$75301 y mas
6	$0 - $43150	$43151-$64725	$64726-$75513	$75514-$86300	$86301 y mas
7	$0 - $48650	$48651-$72975	$72976-$85138	$85139-$97300	$97301 y mas
8	$0 - $54150	$54151-$81225	$81226-$94763	$94764-$108300	$108301 y mas

Para pacientes de 12 años y más

IDENTIDAD DE GENERO – Cual es su sentimiento interno de su genero? Piensa de usted mismo como:
☐Hombre ☐Mujer ☐Transgénero Masculino (Mujer a Hombre) ☐Transgénero Femenino (Hombre a Mujer) ☐Otro ☐Niego a Responder

ORIENTACION SEXUAL – Como identifica su atraccion fisica y emocional hacia los demas? Piensa de Usted mismo como:
☐Heterosexual (no gay o lesbiana) ☐Homosexual (Gay o lesbiana) ☐Bisexual ☐Algo mas ☐No se ☐Niego a Responder

Mi firma asegura y confirma que la informacion es exacta y verdadera de acuerdo a mi conocimiento:

Firma del Paciente o Encargado:	**Fecha:**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

POLÍTICAS GENERALES Y CONSENTIMIENTOS

HORARIOS DE LAS CITAS

Es importante que se presente a todas las citas a tiempo. Todos los **pacientes nuevos** deben registrarse al menos 30 minutos antes de su cita. Todos los **pacientes establecidos** deben registrarse al menos 15 minutos antes de su cita. Esto dará tiempo para completar todo el papeleo necesario y permitirá que el personal lleve al paciente a la sala de examen a la hora real de la cita. Esto permitirá una visita mucho más fluida y oportuna. Si no se registra a tiempo, puede resultar en la necesidad de reprogramar.
Todos los menores (niños menores de 17 años) deben estar acompañados por un padre o tutor legal en todas las citas.

CITAS PERDIDAS

Nuestra política de citas perdidas se aplica estrictamente, ya que realmente deseamos brindar atención oportuna y de calidad a nuestros pacientes, pero esto se vuelve difícil cuando los pacientes pierden las citas programadas. Una cita perdida incluye cualquier cita para la cual el paciente no se presente en la clínica/ubicación designada, una cita no cancelada/reprogramada con al menos 24 horas de anticipación y llegar tarde que requiera una reprogramación.

Valoramos a la familia aquí y entendemos que a menudo es más fácil programar todas las citas el mismo día. Si pierde citas programadas para varios miembros de la familia, cada miembro de la familia solo recibirá citas en días diferentes en el futuro. Si un niño requiere tratamiento, es importante asistir a estas citas para que pueda recibir la atención necesaria. No traer a un niño para recibir tratamiento se considera negligencia. CHCCMO está obligado a informar casos sospechosos de negligencia.

En caso de que se pierdan excesivamente las citas, CHCCMO tiene derecho a otorgar atención en caso de emergencia o sin cita previa. Para pacientes dentales, consulte los Consentimientos dentales para obtener más información sobre las políticas específicas para la odontología.

ACUERDO FINANCIERO

Se espera el pago en el momento del servicio. Si se ha proporcionado seguro, por la presente autoriza a CHCCMO a divulgar la información médica necesaria para procesar sus reclamos. Además, también está autorizando el pago de los beneficios del seguro que se pagarán directamente a CHCCMO. Usted comprende que es responsable de los copagos, coseguros, deducibles o servicios no cubiertos.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Entiendo que mi proveedor recomendará un plan de tratamiento destinado a mejorar mi salud y bienestar. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir la atención que se considere aconsejable de un proveedor de CHCCMO. Dicho tratamiento puede incluir, entre otros, exámenes y pruebas de diagnóstico básicas. Entiendo que el incumplimiento del tratamiento recomendado podría resultar en un empeoramiento de mi condición o un mayor riesgo de complicaciones. Doy fe de que tengo la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica y actuar en nombre del paciente si el paciente es menor de edad o está incapacitado.

CONDUCTA DEL PACIENTE

CHCCMO se compromete a proporcionar un entorno seguro para todos los pacientes, empleados y visitantes. No se tolerará el comportamiento violento, agresivo o verbalmente abusivo y puede resultar en la expulsión de las instalaciones.

OBJETOS DE VALOR PERSONALES

Reconozco que CHCCMO no es responsable de ninguna propiedad personal traída a las instalaciones de CHCCMO.

He leído y entiendo completamente las políticas y consentimientos incluidos en este formulario.

_____ _____

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR LEGAL FECHA

Nombre del paciente: _____ DOB:_____

POLÍTICAS Y CONSENTIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DENTAL

POLÍTICA DE CONFIRMACIÓN

Entiendo que programar una cita requiere que me comprometa a confirmar y asistir a la cita. Si la clínica no puede confirmar mi cita por teléfono o mensaje de texto **con al menos 24 horas de anticipación**, **la cita será cancelada** y ocupada por otros pacientes. Entiendo que si mi número de teléfono cambia, sigue siendo mi responsabilidad comunicarme con la clínica y confirmar mi cita. Puedo volver a nombrar llamando a la clínica, pero esta misma limitación aún se aplicará, lo que significa que debo confirmar la cita por teléfono o mensaje de texto.

NO PRESENTARSE

Después de su cita inicial perdida, cualquier cita futura se cancelará y reprogramará una a la vez. **Cualquier paciente que tenga 2 citas perdidas dentro de un período de 6 meses no podrá programar una cita por un período de 6 meses.** Durante ese tiempo, el paciente puede buscar atención solo a través de "citas el mismo día"; deberá llamar a la oficina el día que desee buscar atención para ver si hay vacantes disponibles para que podamos ayudarlo.

Si un paciente es reincorporado para ser atendido después de su período de 6 meses o programado para una visita el mismo día y acumula otra cita perdida, **no podrá programar una cita durante 1 año** y será atendido solo para necesidades dentales emergentes bajo nuestro programa limitado.

CONSENTIMIENTO DENTAL GENERAL

Autorizo a CHCCMO a realizar los procedimientos que se consideren necesarios o aconsejables para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otra persona de la que tenga responsabilidad, incluida la disposición y / o administración de cualquier sedante (incluido el óxido nitroso), analgésico, terapéutico y / u otro agente farmacéutico, incluidos los relacionados con la restauración, tratamientos paliativos, terapéuticos o quirúrgicos

Entiendo que la administración de anestesia local puede causar una reacción adversa o efectos secundarios, que pueden incluir, entre otros, hematomas, hematoma, estimulación cardíaca, dolor muscular y entumecimiento temporal o raramente permanente. Entiendo que ocasionalmente las agujas se rompen y pueden requerir una recuperación quirúrgica. Ocasionalmente, las gotas de anestésico local pueden entrar en contacto con los ojos y los tejidos faciales y causar irritación temporal.

Entiendo que como parte del tratamiento dental, incluidos los procedimientos preventivos como limpiezas y odontología básica, incluidos los empastes de todo tipo, los dientes pueden permanecer sensibles o incluso posiblemente bastante dolorosos tanto durante como después de completar el tratamiento. Los materiales dentales y los medicamentos pueden desencadenar reacciones alérgicas o de sensibilidad.

Después de citas prolongadas, los músculos de la mandíbula también pueden estar adoloridos o sensibles. Mantener la boca abierta puede, en un paciente predispuesto, precipitar un trastorno de la ATM. Las encías y los tejidos circundantes también pueden ser sensibles o dolorosos durante y / o después del tratamiento. Aunque es raro, también es posible que la lengua, la mejilla u otros tejidos orales se desgasten o laceren (corten) inadvertidamente durante los procedimientos dentales de rutina. En algunos casos, es posible que se requieran suturas o tratamiento adicional.

Entiendo que como parte del tratamiento dental, los artículos que incluyen, entre otros, coronas, pequeños instrumentos dentales, componentes de taladros, etc., pueden aspirarse (inhalarse en el sistema respiratorio) o tragarse. Esta situación inusual puede requerir que un médico u hospital tome una serie de radiografías y, en casos raros, puede requerir una broncoscopia u otros procedimientos para garantizar una extracción segura.

Entiendo la necesidad de revelar al dentista cualquier medicamento recetado que se esté tomando actualmente o que se haya tomado en el pasado, como Phen-Fen. Entiendo que tomar la clase de medicamentos recetados para la prevención de la osteoporosis, como Fosamax, Boniva o Actonel, puede provocar complicaciones de no cicatrización de los huesos de la mandíbula después de una cirugía oral o extracciones dentales.

Asumo voluntariamente todos y cada uno de los riesgos posibles, incluido el riesgo de daño sustancial y grave, si lo hubiera, que pueda estar asociado con los procedimientos generales de tratamiento preventivo y operativo con la esperanza de obtener los posibles resultados deseados, que pueden o no lograrse, para mi beneficio o el beneficio de mi hijo menor o pupilo. Reconozco que se me ha explicado la naturaleza y el propósito de los procedimientos anteriores si es necesario y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

_____ _____

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR LEGAL FECHA

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

CONSENTIMIENTO DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

El Intercambio de Información de Salud (HIE) permite que múltiples proveedores de servicios de salud vinculen los registros médicos electrónicos. Cuando vaya a un proveedor de salud, Community Health Center of Central Missouri puede compartir y/u obtener mis registros médicos a través del HIE. Todos los proveedores deben tener suficiente información personal para demostrar que tienen una relación de tratamiento con usted como paciente antes de que HIE le brinde acceso a la información. Un HIE es importante porque compartir información mejora la atención médica.
Community Health Center of Central Missouri se asocia con los siguientes HIE:

- Tiger Institute Health Information Alliance
- Carequality/SureScripts

Puedes elegir si quieres participar en el HIE. La atención que recibe de los proveedores de CHCCMO no depende de si decide participar en el HIE. Con este formulario puedes elegir entre 2 opciones:

Opción 1 - Optar por participar

Por la presente autorizo al Centro de Salud Comunitario de Missouri Central a LIBERAR y OBTENER todos mis registros médicos e información médica, incluyendo cualquier condición física o mental, condición psicológica, evaluación psiquiátrica y tratamiento, psicoterapia, asesoramiento, adicción de drogas, estado de infección, VIH / SIDA, pruebas genéticas o tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, aunque dicha información está protegida por la ley federal, por encima de HIE antes mencionados.

El propósito de esta divulgación es con fines de tratamiento, los servicios de salud y la continuidad de la asistencia médica. Autorizo específicamente la divulgación de la información de mi médico hacia y de parte de los HIE mencionados anteriormente en un formato electrónico.

Opción 2 - Optar por no participar

Al firmar este formulario, usted reconoce que comprende las siguientes declaraciones:

- Entiendo que estoy firmando este formulario porque no quiero que mis registros de salud se compartan con mis proveedores y miembros del equipo de atención médica a través de los HIE mencionados anteriormente.
- Entiendo que este formulario de exclusión voluntaria solo se aplica a los HIE mencionados anteriormente en los que participa Community Health Center of Central Missouri y NO cubre ni afecta mi exclusión voluntaria de ningún otro HIE.
- Puedo optar por unirme a los HIE en los que participa Community Health Center of Central Missouri en cualquier momento firmando un formulario de solicitud de suscripción de HIE.
- Entiendo que al optar por no participar en los HIE anteriores, mis proveedores no tendrán acceso inmediato a información crítica sobre mi salud accesible a través de estos HIE. Esto puede afectar la capacidad de mi proveedor para ver una imagen completa de mi salud, lo que podría limitar su capacidad para tomar las mejores decisiones posibles sobre mi atención.
- Esta solicitud puede tardar hasta 3-5 días hábiles en surtir efecto.

☐Optar – Elijo optar por el HIE; Doy mi consentimiento para que CHCCMO comparta toda la información de salud a través del HIE. Esta autorización es válida hasta que sea revocada por mí por escrito, y será efectiva en la fecha de recepción.

☐Optar por no participar: elijo optar por no participar en el HIE; Estoy solicitando que no se comparta ninguna de mi información de salud a través del HIE.

_____	_____	_____
Firma del paciente o tutor legal	Relación con el paciente	Fecha
_____	_____	
ATESTIGUADO POR	FECHA	

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

Centro de Salud Comunitario de Missouri Central

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO PARA MENORES O PUPILOS

El siguiente formulario está diseñado para aquellas situaciones en las que un padre o tutor legal no puede estar presente con un menor / pupilo en el momento de su visita. Este consentimiento da autoridad para que hasta 5 adultos designados lleven al menor / pupilo a su cita, den su consentimiento para cuidar y organicen visitas futuras. Este consentimiento es válido por un período de 12 meses a partir de la fecha de la firma, momento en el que el padre o tutor debe estar presente para proporcionar una nueva autorización por escrito. Cualquier menor / pupilo que se presente sin un adulto autorizado deberá reprogramar la cita.

Excepción: Para los servicios relacionados con el control de la natalidad, se requiere que un padre o tutor esté presente.

Yo _____ autorizar a la(s) siguiente(s) persona(s) a traer
Nombre completo del padre/tutor

_____ a las citas y el consentimiento para la atención según se considere
Nombre completo del menor/pupilo

necesario por el proveedor:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

_____	_____	_____
Firma del padre o tutor	*Relación*	*Fecha*

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

ACUERDO HIPAA

Entiendo que bajo la Ley y Portabilidad de Seguro de Salud ("HIPAA") de 1996, tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida (PHI). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

Conducta, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en el tratamiento de forma directa e indirecta
Obtener el pago de terceros pagadores
Llevar a cabo las operaciones de cuidados de salud, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas

Entiendo que puedo solicitar una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi PHI. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

.

Enumere a continuación las personas con las que le gustaría que CHCCMO pueda hablar sobre su atención, tratamiento, pago o citas (o las de sus dependientes). Para los menores, asegúrese de que todos los tutores legales estén en la lista. Cualquier persona que no figure en este formulario no podrá acceder a ninguna información sobre su atención médica. CHCCMO les pedirá a estas personas que se identifiquen antes de compartir cualquier PHI.

Yo,_____, doy mi permiso para que el personal del Centro de Salud de la Comunidad para analizar toda la información médica con:

Nombre	Relación con paciente

Nombre (Imprimir): _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha:_____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:**_____

Fecha:_____

Medico de atencion Primaria y Fecha de la ultima visita:_____

Dentista y Fecha de la última a visita: _____

Farmacia: _____

Problema Actual: _____

_____

Por favor mencione sus medicamentos actuales: _____

_____

Tiene alergia a la siguiente; Si es asi indicar reacción:

Anestésico Dental	Si	No	Penicilina	Si	No	Metales	Si	No
Latex	Si	No	Clindamicina	Si	No	Codeina	Si	No
Acetaminofen	Si	No	Aspirina	Si	No	Tetraciclina	Si	No

Otras Alergias: (Incluya la droga, la reacción, y edad del inicio): _____

_____

_____

Historial de Nacimiento:

Longitud al Nacer:_____ Peso al Nacer: _____Circunferencia de la cabeza de Nacimiento:_____

Peso la se dado de alta: _____ Edad gestacional al Nacer (Semanas):_____

Método del Parto: Vaginal Cesaria Si Cesaria, Porque? _____ Duración de parto: _____

APGAR 1m: _____ APGAR 5m:_____ APGAR 10m:_____

Alimentación infantil: Pecho Botella Ambos Nombre de la fórmula: _____

Examen de audición neonatal: aprobado Fallado Otros comentarios: _____

_____

Historial Medico: (Marque la casilla correspondiente y comente en el márgen)

ADD/TDAH_____	Si	No	Prematuridad_____	Si	No
Anemia_____	Si	No	Asma _____	Si	No
Cardiopatía congénita _____	Si	No	Estreñimiento _____	Si	No
Retraso en el desarrollo_____	Si	No	Diabetes_____	Si	No
Eczema_____	Si	No	Alergias a Alimentos_____	Si	No
Reflujo de GE o úlceras_____	Si	No	Depresion _____	Si	No
Solpo_____	Si	No	Ansiedad_____	Si	No
infecciones recurrentes del oído____	Si	No	Faringitis estreptocócica _____	Si	No
Convulsiones_____	Si	No	Abuso de Substancias_____	Si	No
ITU (UTI)_____	Si	No	Problemas de visión _____	Si	No
Problemas Renales _____	Si	No	Sibilancia_____	Si	No
Alergias Estacionales_____	Si	No	Trastornos de la coagulación sanguínea _____	Si	No
Problemas Sinusales _____	Si	No	Problemas de la tiroides _____	Si	No
Derrame Cerebral _____	Si	No			

Otros antecedentes médicos: _____

Historia quirúrgica: (Marque la casilla correspondiente)

			Fecha	Cirujano
Adenoidectomía (extirpación de adenoides)	Si	No		
Apendicectomía (extirpación del Apéndice)	Si	No		
Tubos de Oido	Si	No		
Fundoplicatura	Si	No		
Colocación de sondas de gastrostomía	Si	No		
Cirugía cardíaca	Si	No		
Reparación de hernias	Si	No		
Cirugía ortopédica	Si	No		
Amigdalectomía	Si	No		
Cirugía urológica	Si	No		
Derivación ventriculoperitoneal	Si	No		

Otros antecedentes quirúrgicos: _____

Nombre del Paciente:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____

Fecha:_____

Historia Familiar: (Marque todas las casillas que aplican)

Relacion con el niño		V:Vivo	F:Fallecido	ADD/TDAH	Alergias	Anemia	Asma	Cancer	Diabetes	Enfermedad Ocular	Problema Gastrico	Enfermedad Cardi.	Colesterol Alto	Hipertensión	Enfermedad Renal	Enfermedad Menta	Migrañas	Convulsiones	Abuso de Sustancia	Problema Tiroide	Otros
Padres	**Madre**	V	F																		
	Padre	V	F																		
Hermanos	**Hermana**	V	F																		
	Hermano	V	F																		
Tias Y Tios	**Tia *M**	V	F																		
	Tio *M	V	F																		
	Tia *P	V	F																		
	Tio *P	V	F																		
Abuelos	**Abuela*M**	V	F																		
	Abuelo *M	V	F																		
	Abuela *P	V	F																		
	Abuelo *P	V	F																		

*M=Maternal, Familia por parte de la Madre del Paciente *P=Paternal, Familia por parte del Padre del Paciente

Comentarios (incluyendo otros problemas médicos familiares):_____

_____

Antecedentes familiares adicionales, incluyendo otros hermanos, puede agregarse a continuación:

Relación con el niño	V:Vivo	F:Fallecido	ADD/TDAH	Alergias	Anemia	Asma	Cancer	Diabetes	Enfermedad Ocular	Problemas Gastrico	Enfermedad Cardi.	Colesterol Alto	Hipertensión	Enfermedad Renal	Enfermedad Menta	Migrañas	Convulsiones	Abuso de Sustancia	Problema Tirodes	Otros
	V	F																		
	V	F																		
	V	F																		
	V	F																		
	V	F																		
	V	F																		

Entorno Doméstico:

Número de personas en el hogar: _____

Vive con padres biológicos: Si No

Cuidado de crianza: Si No

Cuidadores primarios: Padres Guardería Parientes Otros: _____

Guarderia (horas/dia) _____

Tiempo con Familiares (Horas/dia): _____

Mascotas: Si No

Uso de tabaco Padres Paciente ¿Qué tipo de tabaco? _____

Estado de los Padres:

Estado marital de los padres (círculo): Casados Divoriados Viviendo juntos Amigos Padre en la cárcel

Madre en la cárcel Nunca Juntos Separados Otro: _____

Ocupación de la madre: _____Ocupación del Padre: _____