



12409 W Indian School Rd, Avondale, AZ 85392—Ph: (866) 207-3882—Fax: (480) 562-6253

Estimado Padre / Guardian,

Gracias por elegir a Touchstone Integrated Care como su Pediatra. Nuestros doctores y personal aprecian su confianza y esperamos crecer una larga y saludable relación con usted y su hijo/a.

La meta principal de medicina integrada es, mejorar la salud física y comportamiento y el bienestar de nuestros miembros al darles acceso a recibir atención centrada en la salud bajo un cuidado altamente calificado y profesional en un ambiente seguro, cómodo, y único para niños. En Touchstone Integrated Care, sabemos que cuando atendemos a un niño, también atendemos a la familia. Nosotros creemos que, en cada visita, llamada, o tratamiento nos acompañemos con las familias para el cuidado de cada niño. Una prioridad en nuestra dedicación es la educación al padre y al paciente, para promoverla salud y el bienestar de los niños y sus familias. La meta de nuestro equipo es tratar bien a su hijo/a, hacerlos sentir bien, y ayudar a mantenerlos sintiéndose bien. En educar a niños en una edad temprana, sobre la importancia de hábitos saludables, realizamos esta meta.

Todos nuestros proveedores son certificados por la junta, y tienes muchos años de experiencia. Los proveedores y todo nuestro personal que completan Touchstone Integrated Care, compartimos la misma misión. Ellos desean hacer una diferencia en las vidas de niños y se sienten muy afortunados de tener la oportunidad de hacer el trabajo que ellos aman.

Para su conveniencia, hemos incluido formas de registración para el paciente, forma de historial médico, forma de privacidad HIPPA, y encuestas depende de la edad del niño/a, que usted puede completar antes de su cita, acompañado con información sobre nuestros servicios en oficina. Estas formas están disponibles en la oficina, si usted no puede obtenerlas vía correo electrónico.

Nuestra oficina está abierta de Lunes a Viernes, 8 a.m. - 5 p.m., excepto días festivos.

Damos la bienvenida a los dos padres / guardianes, a presentarse en la cita de su hijo/a. Si uno de los padres no puede estar presente, pedimos al padre que si este presente, compartir su experiencia de su visita. **Si por alguna razón los dos padres no pueden atender la visita, requerimos una nota escrita y firmada, autorizando a tal persona as traer al niño/a en lugar de sus padres. Favor de presentar esa nota a la recepcionista al llegar a su visita. La nota es SOLAMENTE válida para esa visita, a menos que la nota sea notariada, será válida por un año. Guardianes, Notificación al Proveedor o documentos de custodia/corte son requeridos.**

Favor de llamar para hacer cita en la mañana si su hijo/a esta enfermo. Nos cometimos a honrar citas el mismo día, con que llame temprano si nuestro registrar lo permite. Si no puede fijar la cita o va llegar tarde, favor de llamarnos por cortesía. Si llega tarde, su niño tendrá que esperar hasta que los niño/as que llegaron a tiempo sean tratados. **Si llega 10 minutos tarde a su cita sin notificarnos, la cita tendrá que ser reprogramada.**

Servicios que ofrecemos incluyen:

- **Cuidado Preventivo**
- **Cuidado para Enfermedades Comunes**
- **Vacunas / Inmunizaciones**
- **Visitas de Niño Sano**
- **Físicos para Deportes / Campamentos**

El modelo de integración está construido en el concepto que miembros tendrán equipos motivados, de proveedores en la salud física y comportamiento, designados a ofrecer un cuidado centrado, al trabajar juntos en metas compartidas, y comunicar activamente e abiertamente y regularmente.

Nuestro equipo usará encuestas, buena comunicación, e interacciones terapéuticas para asistir a miembros y familias en identificar metas personalizadas, significativas, y alcanzables.

Por favor recuerde traer a su cita:

- **Formas a completadas o llegue 15 minutos TEMPRANO para completar las formas**
- **Documentos de Custodia/Corte o Notificación al Proveedor**
- **Identificación de Padre/Guardian presente**
- **Tarjeta de Seguro Médico (Contacte a la compañía para asegurar que nos asignen como su Proveedor Principal)**
- **Lista de Medicamentos**

Esperamos conocer a usted y su familia y trabajando juntos realizar la salud óptima de su hijo/a. Si tiene alguna pregunta ahora – o después que se haga parte de nuestra práctica, por favor, llámenos. Touchstone Integrated Care quedará.... con usted, para su niño/a... por años.

Touchstone
Cuidado Integrado

Información de Miembro

Date: _____ Sexo: _____ Lenguaje Principal: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ AHCCCS #: _____

Nombre Completo de Miembro: _____

Nombre de Escuela: _____

Distrito Escolar: _____

Guardian Principal

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Numero de Teléfono: _____ Lenguaje Preferido de Guardian: _____

Guardian Secundario

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Numero de Telefono: _____

Demografía de Miembro

Contacto de Emergencia:

Relación:

Número de Teléfono de Emergencia:

Llenar si DCS/SRP-MIC están involucrados:

Nombre de Administrador de Caso:

Numero de Teléfono:

Nombre de Pediatra:

Número de Teléfono:

Como se informo de Touchstone Health Services?

- Evento Comunitario
- Google
- LinkedIn
- Twitter
- Facebook
- Instagram
- Yelp
- Escuela
- Agencia de Referencia
- Sitio de Touchstone Health Services



FORMULARIO DE HISTORIA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

HISTORIA DEL NACIMIENTO

Entrega: Vaginal Cesárea - debido a:		Peso de nacimiento:
¿Fue este niño prematuro Sí No Si sí, ¿cuántas semanas? _____	¿Hubo problemas con el parto de este niño?? Sí No En caso afirmativo, enumere:	
¿Tuvo este niño algún problema inusual en el hospital como dificultad para respirar, hechizos azules, ictericia amarilla, problemas para alimentarse, etc.? En caso afirmativo, sírvase enumerar:		
¿Necesitaba este niño tratamiento especial en el hospital, como oxígeno, transfusiones y luces?		
¿Se le dio de mamar al niño? No Sí		
¿Este niño (a) tuvo algún problema con la lactancia materna o la alimentación con fórmula?		

HISTORIA SOCIAL (Circule las respuestas apropiadas)

Padres: Casado Divorciado Separado Soltero	
Hermanos - por favor liste:	
¿Cuántas personas viven en tu casa? _____ Adultos _____ Niños	
¿Está su hijo actualmente matriculado en guardería o escuela? No Sí	
¿Su niño / a participa en el ejercicio regular? No Sí Explicar:	
¿Su niño bebe cafeína? No Sí	
¿Hay una piscina en casa? No Sí	¿Hay fumadores en casa? No Sí
¿Hay detectores de humo en casa? No Sí	¿Detectores de monóxido de carbono? No Sí
¿Todas las mascotas en casa? No Sí Explicar:	
¿Cuál es su fuente de agua?	¿Se mantienen armas en su casa? No Sí
¿Utilizan todos los miembros de la familia Cinturones de seguridad / cuidado conjuntos de seguridad? No Sí	¿Utilizan todos los miembros de la familia ¿Cascos al andar en bicicleta? No Sí
¿Hay algún problema que debamos tener en cuenta? No Sí Explicar:	

Padres Iniciales: _____

Fecha: _____

Iniciales del proveedor médico: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

MEDICAL HISTORY

¿Hospitalizaciones? Ninguno Sí - lista:

¿Cirugías? Ninguno Sí - lista:

Alergias a las drogas? Ninguno Sí - lista:

¿Trajo usted una copia del registro de inmunización del niño? No Sí
Si no, por favor proporcione lo antes posible.

¿Vacuna contra la hepatitis B? No Sí

¿Ha tenido su hijo varicela? No Sí
En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿Su hijo ha recibido la vacuna contra la varicela? No Sí

Cualquier enfermedad crónica: ninguno Sí - lista:

¿Ha visto su hijo a un sub-especialista? No Sí
En caso afirmativo, ¿cuándo?

REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Tiene problemas pulmonares?	Ninguna	Sí - lista:
------------------------------	---------	-------------

¿Algún problema cardíaco?	Ninguna	Sí - lista:
---------------------------	---------	-------------

¿Tiene problemas renales / urinarios?	Ninguna	Sí - lista:
---------------------------------------	---------	-------------

¿Algún problema óseo / muscular?	Ninguna	Sí - lista:
----------------------------------	---------	-------------

¿Algún problema gastrointestinal?	Ninguna	Sí - lista:
-----------------------------------	---------	-------------

¿Algún problema cerebro / sistema nervioso?	Ninguna	Sí - lista:
---	---------	-------------

¿Algún problema genital?	Ninguna	Sí - lista:
--------------------------	---------	-------------

¿Tiene problemas de piel?	Ninguna	Sí - lista:
---------------------------	---------	-------------

¿Algún problema de ojo / oído / nariz / garganta?	Ninguna	Sí - lista:
---	---------	-------------

¿Problemas de desarrollo o problemas de aprendizaje?	Ninguna	Sí - lista:
--	---------	-------------

¿Problemas de conducta o trastornos de la	Ninguna	Sí - lista:
---	---------	-------------

¿Alguna medicina regular (sin receta médica o receta médica)? Incluye hacer y frecuencia.

¿Hay algún problema médico que debemos tener en cuenta? Ninguno Sí - lista:

Padres Iniciales: _____

Fecha: _____

Iniciales del proveedor médico: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

	Padre del niño	Madre del Niño	Hermano	Hermano	Abuelo	Otro
Año de nacimiento (si se						
Año de la muerte (si se						
Causa de muerte (si se conoce)						
Enfermedad del corazón						
Alta presión sanguínea						
Carrera						
Colesterol alto						
Anemia						
Diabetes (observe si se presenta como adulto o niño)						
Asma						
Tuberculosis						
Fibrosis quística						
Abuso de alcohol						
Abuso de drogas						
Problemas mentales						
Problemas sociales						
Problemas psiquiátricos						
Cáncer (tipo)						
Enfermedad del riñón						
Migrañas						
Convulsiones						
Defectos Congénitos de						
Desorden alimenticio						
Otro:						
Otro:						

NECESIDADES DE COMUNICACIÓN

Idioma que no es el inglés: Niño Padre (s)
 ¿Necesita alguna comunicación especial? No Sí
 En caso afirmativo, explique: _____

EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE

¿Preferiría que la educación del paciente le sea proporcionada a usted o a su hijo por:
 Demostración
 Materiales escritos
 Otro Explique: _____

DERECHOS DEL PACIENTE

¿Hay algo que necesitamos saber sobre su religión o cultura para cuidar a su hijo? Sí No
 En caso afirmativo, explique: _____

Padres Iniciales: _____

Fecha: _____

Iniciales del proveedor médico: _____

Fecha: _____