

# PEDIATRÍA: Divulgación del historial médico (MHD)—Teladoc

*Se debe llenar para todos los miembros menores de 7 años de edad. Para los miembros de 7 años de edad o mayores se debe llenar el formulario MHD estándar.*

\*NOMBRE LEGAL DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ \*FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ \*SEXO: M / F  
 \*NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_  
 \*PADRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ \*MADRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_  
 \*DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_  
 \*CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ Grupo étnico \_\_\_\_\_  
 HERMANOS (AS) DEL NIÑO (y fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_

\*DESARROLLO ACTUAL DEL NIÑO (aproximado): \*Altura \_\_\_\_\_ \*Peso: \_\_\_\_\_ Cuidado infantil fuera del hogar:  Sí  No  
 Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Número de contacto del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

HISTORIAL DE DESARROLLO: Aproximadamente a qué edad: Se sentó \_\_\_\_\_ Gateó \_\_\_\_\_ Caminó \_\_\_\_\_ Dijo la primera palabra \_\_\_\_\_  
 Médico que atendió el parto: \_\_\_\_\_ Centro/Ubicación: \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Altura al nacer: \_\_\_\_\_ Circunferencia de la cabeza al nacer: \_\_\_\_\_

Tipo de parto: \_\_\_\_\_ Asistido con ventosa/fórceps: \_\_\_\_\_ A término/prematuro (Total de semanas): \_\_\_\_\_

¿Al niño se le: Amamantó?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ dio biberón?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Responda las siguientes preguntas relacionadas con el historial médico del niño. El formulario MHD es confidencial y sólo lo puede revisar un médico.

Antes de solicitar una consulta, debe responder todas las preguntas marcadas con un asterisco (\*).

### Historial del embarazo

Fumar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Drogas/alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parto prematuro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Infecciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Toxemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Preeclampsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros (explique)					

### Problemas del recién nacido

Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infecciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cólicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas con la alimentación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Otros (explique)					

### \*Historial médico del niño: ¿Tiene o ha tenido el niño problemas en las siguientes áreas?

Marque "Sí" o "No". Si la afección es actual, indíquelo con una marca en la casilla "Actual".

	Actual		Actual		Actual
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tos crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Goteo post-nasal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Resfriados 'frecuentes'	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Infecciones del oído	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tubos en los oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sangrado de nariz	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cirugía del ojo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Anteojos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Aftas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Trastorno tiroideo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Problemas de la piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cirugía del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estreñimiento crónico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diarrea crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dolor de estómago	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Inflamación y dolor de articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dolores musculares crónicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moja la cama (después de los 3 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de cabeza/migraña	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno conductual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Problema de amígdalas/adenoides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros (explique):					

### \*Alergias del niño (indique la reacción de cada una)

*Medicamentos	Reacción
*Alimentos	

\*Haga una lista de los medicamentos que toma actualmente. Incluya la cantidad y la frecuencia (si necesita receta médica o es de venta libre):

### \*Vacunas: Revise que todas las vacunas estén al día.

DTap  Td  HiB  HBV  MMR  VAR  HAV  PCV-7  Synagis  Influenza  Otra: \_\_\_\_\_

PEDIATRÍA: DIVULGACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO (MHD)—TELADOC

Pruebas		Fecha de la más reciente		Fecha de la más reciente
Radiografía de tórax	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Hematología completa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Glucosa en ayunas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Panel tiroideo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lípidos (colesterol)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Prueba de audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Panel de química sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Prueba de visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Análisis de orina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Prueba de tuberculina (PPD)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros (detalles):				

**Historial familiar**

Pregunta	Respuesta	Relación con el niño
1. Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. Reacción a la anestesia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. Trastorno de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. Cáncer (tipo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. Diabetes (tipo I o II)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8. Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. Muerte prematura/inexplicable	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10. Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
13. Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
14. Otros (explique)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Términos y condiciones:** Lea los siguientes términos y condiciones de su membresía de Teladoc y firme abajo para indicar que comprende y acepta los términos.

- Usted está iniciando una relación médico/paciente con los médicos de la TelaDoc Physicians, P.A. y acepta pagar las consultas médicas en el momento en que se soliciten las consultas médicas, a menos de que se haya establecido algún tipo de convenio por medio de su empleador, asociación u otra entidad.
- Usted acepta que se ingresen sus registros médicos en la base de datos computarizados de Teladoc y comprende que se han tomado todas las medidas razonables para proteger su información médica, de acuerdo con las normas federales de HIPPA, pero ningún sistema telefónico o de cómputo es completamente seguro. Teladoc reconoce su privacidad y, de acuerdo con nuestra política de privacidad, no compartirá su información con nadie sin su autorización por escrito o según lo requiera la ley o de acuerdo con la política de privacidad de su empresa de seguro médico, cuando corresponda.
- Usted acepta llenar el formulario de divulgación del historial médico que Teladoc almacenará electrónicamente y pondrá a disposición de cada médico que le proporcione consulta telefónica.
- Usted reconoce que ya tiene un médico de atención primaria y que Teladoc no sustituirá a su médico de atención primaria.
- Usted acepta designar a la TelaDoc Physicians, P.A. como su médico si no está disponible su médico de atención primaria.
- Reconoce que los médicos de Teladoc no le recetarán ninguna sustancia controlada por la DEA ni garantizan que le extenderán una receta médica.
- Adicionalmente, no hay ninguna garantía de que se le aceptará como paciente.
- Si un médico de Teladoc le acepta como paciente, usted tiene derecho a tener acceso a sus registros médicos, de acuerdo con la ley aplicable.

Soy el padre, la madre o el tutor legal del niño mencionado anteriormente y tengo autorización para dar consentimiento para el tratamiento médico del mismo. Tengo autorización y conozco verdadera y completamente el historial médico del niño para llenar de manera exacta y completa el formulario de divulgación de información médica del niño mencionado, en caso de que sean necesarios los servicios de un médico de TelaDoc Physicians, P.A. para dicho niño.

**HE LEÍDO, ENTIENDO Y POR ESTE MEDIO DOY MI CONSENTIMIENTO Y ACEPTO TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE DESCRIBEN EN EL PRESENTE DOCUMENTO.**

**OBLIGATORIO** → Nombre legal del niño: \_\_\_\_\_  
 Firma del miembro primario: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_  
 Nombre del miembro primario en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha en que se llenó el formulario: \_\_\_\_\_  
 Persona que llenó el formulario: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

**Envíe por fax o correo este formulario llenado al Departamento de Relaciones con el Cliente de Teladoc:**

Fax (972) 661-2312 \* 4100 Spring Valley, Ste 515, Dallas TX 75244