

# 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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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 Physician Association (Asociación de médicos de Teladoc) 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 Physician Association (Asociación de médicos de Teladoc) 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 Physician Association (Asociación de médicos de Teladoc) 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** → 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 correo el formulario lleno al Departamento de Relaciones con el Cliente de Teladoc:**

4100 Spring Valley, Ste 600, Dallas TX 75244