



NKN STUDENT HEALTH & WELLNESS CENTER

24705 US-101, Rockaway Beach, OR 97136 | Dirección postal: PO Box 176, Wheeler, OR 97147
Teléfono: 503-355-3500 | Fax: 844-720-1901

El Centro de Salud Nehalem Bay cumple con la ley de Oregon (ORS 109.640, 109.675), que permite a los menores de 15 años o más dar su consentimiento para recibir atención médica y dental, y a los menores de 14 años o más dar su consentimiento para recibir tratamiento ambulatorio de salud mental o por consumo de sustancias sin la presencia de un padre o tutor. Los menores pueden firmar a cualquier edad su propio consentimiento para acceder a los servicios de salud reproductiva. Si bien alentamos la participación de los padres y podemos notificarles cuando sea clínicamente apropiado (ORS 109.650, 109.680), también nos aseguramos de que los expedientes de salud de los estudiantes permanezcan confidenciales y solo se compartan con el personal de la escuela según lo permita la ley o con una autorización específica por escrito.

Fecha de hoy: _____

FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS DE PACIENTES NUEVOS – ESTUDIANTES

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del médico: _____ Última visita: _____

Nombre del dentista: _____ Última visita: _____

¿Tiene alergias a medicamentos? _____

¿Cuáles son sus motivos para la visita de hoy? _____

Idioma de preferencia: _____ ¿Necesita un intérprete? Sí No

VACUNAS

¿Sus vacunas están al día? Sí No No estoy seguro/a

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19?

Sí No No estoy seguro/a

Si tiene vacunas pendientes, ¿quiere dárselas el día de hoy?

Sí No No estoy seguro/a

EXAMEN DEL NIÑO SANO/ANUAL

¿Se realizó un examen físico en el último año?

Sí No No estoy seguro/a

Si la respuesta es "sí", ¿dónde?: _____

Si la respuesta es "no", ¿le interesa programar uno en el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN?

Sí No

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Padeció alguna de las siguientes afecciones? (Marque todas las opciones que correspondan).

Problemas de visión	Accidentes graves. Traumatismo de cráneo, conmoción cerebral o pérdida de conocimiento.
Alergias (a algo diferente a los medicamentos, p. ej. maní)	Problemas dentales graves
Asma (sibilancias crónicas o tos)	Depresión
Dolor en el pecho con el ejercicio	Ansiedad
Dolor de cabeza frecuente	Problemas para dormir
Infecciones frecuentes (oído, garganta o pulmón)	Enfermedades graves o crónicas, como diabetes, cáncer, convulsiones
Pérdida o daño de órganos (por ejemplo: ojo, riñón, testículo)	Actualmente recibe medicamentos

Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ Fecha: _____

Problemas auditivos	Cirugías
Problemas para movilizar el intestino	Infección del tracto urinario, problemas renales, orinarse en la cama
Problemas de aprendizaje o del desarrollo	Víctima de abuso físico o sexual
Problemas cardíacos o de presión arterial	Otra:
Para pacientes mujeres: ¿Cuándo fue su último período? _____ ¿Son regulares? _____ ¿Tuvo un aborto espontáneo/parto/aborto provocado en los últimos 12 meses? _____	
Explique todos/cada uno de las opciones marcadas:	

ANTECEDENTES SOCIALES

¿Con quién vive? (Marque todas las opciones que correspondan).

Madre Padre Otro: _____

¿Quién tiene su custodia legal? _____

¿Alguna vez estuvo en un hogar de acogida? _____

En el último año, ¿hubo algún cambio en su familia? (Marque todas las opciones que correspondan).

Separación Divorcio Nacimiento

Pérdida de trabajo

Cambio a una nueva escuela Enfermedad grave

¿Algún otro cambio/factor de estrés? _____

¿Tiene una vida sexual activa? _____

Hábitos: (Marque todas las opciones que correspondan)

30 minutos de ejercicio la mayoría de los días

5 porciones de frutas y verduras la mayoría de los días

Cafeína Tabaco Alcohol

Drogas recreativas

ORIENTACION SEXUAL E IDENTIDAD DE GENERO

¿Cuál es su orientación sexual?

Lesbiana Heterosexual Bisexual

Gay Pansexual *Queer* Omnisexual

Asexual Prefiere no decirlo Otro: _____

¿Con qué género se identifica?

Femenino Masculino Mujer transgénero

Hombre transgénero No binario/*genderqueer*

Cuestionamiento Dos espíritus Otro: _____

Prefiere no decirlo

¿Qué pronombre prefiere? _____

Ella/la Él/lo Elle/Le Nombre del paciente

Prefiere no responder Desconocido Otro _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Alguno de los miembros de su familia tiene lo siguiente?

Explique quién lo padece de su familia junto al problema de salud (madre, padre, hermana, hermano, tía, tío, abuelo, abuela).

Consumo de alcohol o drogas
Alergias
Asma
Problemas sanguíneos
Diabetes
Muerte (45 años o menos)
Problemas cardíacos
Hipertensión
Enfermedad mental
Obesidad
Convulsiones
Otro: