

**Registro de pacientes pediátricos (Pediatric Patient Registration)**

*Para ser completado por el padre: los padres deben estar presentes para la visita inicial a nuestra clínica (To be completed by parent – Parent(s) must be present for initial visit to our clinic).*

**Apellido (Last Name):** \_\_\_\_\_ **Nombre (First Name):** \_\_\_\_\_  
**Sexo: Masculino Femenino (Sex: M F)** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento (DOB):** \_\_\_\_\_  
**domicilio (Address)** \_\_\_\_\_  
**Ciudad (City):** \_\_\_\_\_ **Estado (ST):** \_\_\_\_\_ **ZIP** \_\_\_\_\_  
**Teléfono (Phone):** \_\_\_\_\_ **Teléfono móvil (Cell):** \_\_\_\_\_  
**Correo electrónico (email address):** \_\_\_\_\_

**Idioma (Language):** \_\_\_\_\_ **Raza (Race):** Black White Asian Hawaiian Native Indian Other  
**origen étnico:** Not Hispanic/Latino Hispanic/Latino

**Principales métodos de contacto preferidos (Primary Preferred Contact Methods):**  
 Usted nos está dando su consentimiento para contactarlo a través de las opciones que seleccione  
 (You are giving us consent to contact you via the options you select).

<b>Recuerda (Recalls):</b>	<b>Llamar a la primaria (call primary)</b>	<b>Texto móvil (Text mobile)</b>	<b>Correo electrónico (email)</b>
<b>General:</b>	<b>Llamar a la primaria (call primary)</b>	<b>Texto móvil (Text mobile)</b>	<b>Correo electrónico (email)</b>
<b>Portal:</b>	<b>Llamar a la primaria (call primary)</b>	<b>Texto móvil (Text mobile)</b>	<b>Correo electrónico (email)</b>
<b>Recordatorios (Reminder):</b>	<b>Llamar a la primaria (call primary)</b>	<b>Texto móvil (Text mobile)</b>	<b>Correo electrónico (email)</b>

<b>Relación de garante (Guarantor):</b> _____	<b>Otro padre (Other parent):</b> _____
<b>Nombre (Name):</b> _____	<b>Nombre (Name):</b> _____
<b>Fecha de nacimiento (DOB):</b> _____	<b>Fecha de nacimiento (DOB):</b> _____
<b>Domicilio (Address)</b> _____	<b>Domicilio</b> _____
<b>Ciudad, Estado, Código postal (City, State, ZIP)</b> _____	<b>Ciudad, Estado, Código postal (City, State, ZIP)</b> _____
<b>Teléfono (Phone):</b> _____	<b>Teléfono</b> _____
<b>Teléfono móvil (Cell):</b> _____	<b>Teléfono móvil</b> _____
<b>Trabajo (Employer):</b> _____	<b>Trabajo</b> _____
<b>Teléfono del trabajo (Work Phone):</b> _____	<b>Teléfono del trabajo</b> _____
<b>Número de Seguro Social (SSN):</b> _____	

**Contacto de emergencia (Emergency Contact)**

**Nombre (Name):** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono residencial (Home Phone):** \_\_\_\_\_ **teléfono móvil:** \_\_\_\_\_  
 Usted nos está dando permiso para discutir la información de la paciente con este contacto. ( You are giving permission for us to discuss patient information with this contact).

**Información del seguro (Insurance Information)**

**Usted está obligado a informarnos sobre todos los seguros médicos (You are required to list all medical coverage).**

**Primario (Primary)**

**Secundario (Secondary)**

Compañía de seguros (Ins Co): _____	Compañía de seguros _____
Número de póliza o identificación: _____	Número de póliza o identificación: _____
Nombre del titular de la póliza _____	Nombre del titular de la póliza _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____	Fecha de nacimiento del asegurado: _____

**Autorización (Authorization)**

\* Doy mi consentimiento y autorizo a The Pediatric Clinic, PLLC, sus proveedores, incluidos médicos, enfermeras practicantes, técnicos, enfermeras y otro personal calificado para realizar servicios y procedimientos de evaluación y tratamiento según sea necesario de acuerdo con su juicio profesional. Reconozco que existen algunos riesgos con todos los tratamientos y procedimientos médicos y entiendo que nadie puede garantizar qué tan bien funcionarán los tratamientos o procedimientos.

\* Reconozco la revisión y la copia ofrecida del Aviso de privacidad de información de salud para la Clínica Pediátrica.

\* Entiendo que la Clínica Pediátrica es una clínica de enseñanza. Además de mi proveedor y otro personal de apoyo, puedo recibir atención de proveedores que están en capacitación. Son supervisados por proveedores de atención médica con licencia.

\* Autorizo la divulgación de todos los registros médicos a los médicos remitentes, mi compañía de seguros y la compañía de facturación, si corresponde. Permito la transmisión por fax de registros médicos, si es necesario.

\* Entiendo que el pago de los cargos incurridos o mi copago / deducible según mi contrato de seguro vence en el momento de los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos financieros previos antes del tratamiento. Estoy de acuerdo y entiendo los cargos financieros aplicables en cualquier saldo de más de 30 días.

\* Reconozco la plena responsabilidad financiera por los servicios cubiertos y no cubiertos prestados por The Pediatric Clinic. Además, autorizo y solicito que los pagos del seguro se realicen directamente a la Clínica Pediátrica.

\* Entiendo que la Clínica Pediátrica utiliza un sistema de receta electrónica que permite que las recetas y la información relacionada se envíen electrónicamente entre los proveedores de la Clínica Pediátrica y mi farmacia. He sido informado y entiendo que los proveedores de la Clínica Pediátrica que utilizan el sistema de prescripción electrónica podrán ver información sobre los medicamentos que ya estoy tomando, incluidos los recetados por otros proveedores. Doy mi consentimiento a los proveedores de mi Clínica Pediátrica para ver esta información de salud.

\* Entiendo que la Clínica Pediátrica cobra \$ 25 por copiar o enviar por fax los registros médicos, \$ 5 por las tarjetas de inmunización azul de reemplazo y \$ 50 por el papeleo de FMLA. Espere de 2 a 3 días hábiles para completar.

\* Entiendo que no presentarse a una cita programada o no cancelar una cita con el aviso apropiado de 4 horas resultará en un cargo por no presentarse cargado a mi cuenta de \$ 25.

**He leído y entiendo completamente el consentimiento anterior para el tratamiento, la responsabilidad financiera, la divulgación de**

Firma (Signature): \_\_\_\_\_ Fecha (Date): \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO CONFIDENCIAL (CONFIDENTIAL MEDICAL HISTORY)**

**Nombre (Name):** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento (DOB):** \_\_\_\_\_

**Alergias y medicamentos (Allergies and Medications)**

<b>¿Alergia a los frutos secos?</b> (Allergy to Nuts?)	Sí No	<b>¿Alergia al látex?</b> (Allergy to Latex?)	Sí No
<b>Alergias (Allergies):</b>	<input type="radio"/>	<b>No hay alergias conocidas a medicamentos</b> (No Known Drug Allergies)	
alérgico a (Allergic to): _____	reacción (Reaction) _____	Leve	Moderado
alérgico a (Allergic to): _____	reacción (Reaction) _____	Leve	Moderado
alérgico a (Allergic to): _____	reacción (Reaction) _____	Leve	Moderado
alérgico a (Allergic to): _____	reacción (Reaction) _____	Leve	Moderado

**Farmacia** Arlington Apothecary - Kroger Arlington - Kroger Lakeland - Kroger Oakland - Walmart Oakland -

**domicilio:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_

**medicamentos actuales (Current Medications):**

medicación _____	dosis: _____	frecuencia: _____
medicación _____	dosis: _____	frecuencia: _____
medicación _____	dosis: _____	frecuencia: _____
medicación _____	dosis: _____	frecuencia: _____
medicación _____	dosis: _____	frecuencia: _____

**Vacunas (Vaccines):** **¿Vacunas al día? (UTD on vaccines?)** Sí No

**¿Registro de vacunación proporcionado? (Vaccination Record Provided?):** Sí No

**Historial médico anterior del paciente (Patient Medical History): Encierre en un círculo todas las aplicaciones**

**Sin problemas médicos (No Previous History)** \_\_\_\_\_

Acné ADD/TDAH SIDA/VIH Abuso/Violencia doméstica Alcohol/Uso de drogas Alergias/fiebre del heno Anemia Asma Autismo Mojar la cama  
 Defectos de nacimiento Problemas de vejiga/riñón Enfermedades de la sangre Cáncer de mama Bronquiolitis/VSR Bronquitis Cáncer \_\_\_\_ Infección de  
 Varicela Infecciones crónicas del oído Estreptococos crónicos Garganta Anomalías congénitas Parálisis cerebral Depresión Trastornos del  
 desarrollo/comportamiento Diabetes Dificultad para tragar/comer Problemas de oído o audición Eczema Problemas oculares Anteojos/Contactos  
 Problemas gastrointestinales Lesión en la cabeza/conmoción cerebral Dolores de cabeza Problemas cardíacos Hepatitis Hernia \_\_\_\_ Discapacidad de  
 aprendizaje Leucemia Enfermedad hepática Lupus Menstruación <11 años de edad Problemas musculares/articulares/óseos Sobre peso/obesidad  
 Neumonía Prematuridad <37 semanas Psoriasis Estreptococos recurrentes Reflujo/ERGE Convulsiones Problemas de la piel Enfermedad de  
 células falciformes (Hbg SS/SC) Rasgo de células falciformes Apnea del sueño Fumar(activo o pasivo) Retraso del habla Alteración del habla/tartamudez  
 Problemas de tiroides Hiper/Hipo Tuberculosis Aumento de peso (inexplicable) Pérdida de peso (inexplicable) Otros:

**Ingreso a Hospitalización - Historia Quirúrgica (Hospitalization Admission - Surgical History):**

Motivo/Procedimiento: (Reason/Procedure): _____	Fecha: _____

**Historia Social (Social History):**

<b>Fumadores en casa (Smokers in home):</b> Sí No	<b>Si hay armas en la casa, ¿están bajo llave?</b> Sí No
<b>Tipo de dieta:</b> Regular Vegano Vegetariano Sin gluten Otro	<b>¿Hogar dental?:</b> Sí No
<b>Consumo de cafeína:</b> Ninguno Ocasional Moderado Pesado	<b>Última visita al dentista:</b>
<b>Nivel de ejercicio:</b> Ninguno Ocasional Moderado Pesado	<b>Tiempo diario de ejercicio:</b> Ninguno menos de 1 hora más
<b>Actividades deportivas (Sporting activities):</b> _____	<b>¿Agua de la ciudad? ¿O agua de pozo?</b>
<b>Estado civil de los padres:</b> Casado soltero Separado Divorciado Viudo	
<b>Vive con:</b> Ambos padres (both) Madre(mom) Padre dad Parientes (relatives) Padres adoptivos Otros	
<b>¿Hermanos/as?</b> # _____	<b>¿Horas de tiempo de pantalla diario?</b> _____
<b>Cuidado de niños (Childcare):</b> Ninguno (None) Familiar (Relative) niñera(sitter) Guardería (daycare)	
<b>Mascotas (Pets):</b> Sí No	<b>Detectores de humo:</b> Sí No
<b>Cinturón de seguridad utilizado de forma rutinaria:</b> Sí No	<b>Protector solar utilizado:</b> Sí No
<b>Cascos de bicicleta:</b> Sí No	
<b>Escuela:</b> Híbrido virtual tradicional educado en casa	
<b>Grados:</b> A's A/B's B's B/C's C's C/D's D's D/F's F's	<b>¿Grado en la escuela?</b>

**Historia ginecológica (pacientes femeninas) Gynecologic History (Female Patients)**

<b>No aplicable - demasiado joven</b>	<b>último período menstrual (LMP):</b> _____ <b>Regular/Mensual:</b> Sí No
<b>Flujo:</b> Ligero Moderado Pesado	<b>Edad del primer período:</b> _____

**Historial de nacimiento (para pacientes menores de 1 año) Birth History (For patients less than 1 years old)**

<b>Hospital de nacimiento</b> _____	<b>Semanas de gestación al nacer</b> _____
<b>Problemas prenatales/de nacimiento:</b> Sí No	<b>Bebés múltiples gemelo</b> A B <b>Triplete</b> A B C
<b>Tipo de parto:</b> cesárea vaginal uso de fórceps/ventosa	<b>peso al nacer</b> _____ Libras _____ onzas
<b>Prueba de audición:</b> Pass Fail No realizado	<b>Longitud de nacimiento:</b> _____ pulgadas
<b>¿Complicaciones con el embarazo/parto?</b> Sí No	_____
_____	_____
<b>¿Circuncisión masculina?</b> Sí No	<b>Días en Nursery</b> _____ <b>¿Vacuna contra la hepatitis B al nacer?</b> Sí No
<b>Días en la UCIN:</b> _____	<b>Razón (Reason):</b> _____
<b>Alimentación:</b> Fórmula lactancia (breast) tanto (both)	<b>cantidad (amt)</b> _____ <b>frecuencia</b> _____

<b>Firma (Signature):</b> _____	<b>Fecha:</b> _____
<b>Firma del médico (Provider Signature):</b> _____	<b>Fecha:</b> _____