

PCP _____ Malinda Manzo, APRN _____ Lisa Powell, APRN _____ Heather Vandiver, APRN

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).

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

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

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 \$ 50.

He leído y entiendo completamente el consentimiento anterior para el tratamiento, la responsabilidad financiera, la divulgación de información, la autorización del seguro, la privacidad y las políticas de cancelación.

Firma (Signature): _____ Fecha (Date): _____

Printed Name: _____

HISTORIAL MÉDICO CONFIDENCIAL (CONFIDENTIAL MEDICAL HISTORY)

Nombre (Name): _____ **Fecha de nacimiento (DOB):** _____

Alergias y medicamentos (Allergies and Medications)

¿Alergia a los frutos secos? (Allergy to Nuts?) **Sí** **No** ¿Alergia al látex? (Allergy to Latex?) **Sí** **No**
Alergias (Allergies): **No hay alergias conocidas a medicamentos (No Known Drug Allergies)**
 alérgico a (Allergic to): _____ reacción (Reaction): _____ Leve Moderado Severo
 alérgico a (Allergic to): _____ reacción (Reaction): _____ Leve Moderado Severo
 alérgico a (Allergic to): _____ reacción (Reaction): _____ Leve Moderado Severo
 alérgico a (Allergic to): _____ reacción (Reaction): _____ Leve Moderado Severo

Farmacia Arlington Apothecary - Kroger Arlington - Kroger Lakeland - Kroger Oakland - Walmart Oakland -
 domicilio: _____
 Número de teléfono: _____

medicamentos actuales (Current Medications): **No medications**
 medicación _____ dosis: _____ frecuencia: _____
 medicación _____ dosis: _____ frecuencia: _____
 medicación _____ dosis: _____ frecuencia: _____
 medicación _____ dosis: _____ frecuencia: _____
 medicación _____ dosis: _____ frecuencia: _____

Vacunas (Vaccines): ¿Vacunas al día? (UTD on vaccines?) **Si** **No**
 ¿Registro de vacunación proporcionado? (Vaccination Record Provided?): **Si** **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 _____ Infeccion 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 (Hgb 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: _____

Motivo/Procedimiento: (Reason/Procedure): _____

Fecha: _____

Motivo/Procedimiento: (Reason/Procedure): _____

Fecha: _____

Motivo/Procedimiento: (Reason/Procedure): _____

Fecha: _____

Historia Social (Social History):

Fumadores en casa (Smokers in home): Sí No

Si hay armas en la casa, ¿están bajo llave? Sí No

Tipo de dieta: Regular Vegano Vegetariano Sin gluten Otro

¿Hogar dental?: Sí No

Consumo de cafeína: Ninguno Ocasional Moderado Pesado

Última visita al dentista: _____

Nivel de ejercicio: Ninguno Ocasional Moderado Pesado

Tiempo diario de ejercicio: Ninguno menos de 1 hora más

Actividades deportivas (Sporting activities): _____

¿Agua de la ciudad? ¿O agua de pozo? _____

Estado civil de los padres: Casado soltero Separado Divorciado Viudo

Vive con:

Ambos padres (both)

Madre(mom)

Padre dad)

Parientes (relatives)

Padres adoptivos

Otros

¿Hermanos/as? # _____

¿Horas de tiempo de pantalla diario? _____

Cuidado de niños (Childcare): Ninguno (None) Familiar (Relative) niñera(sitter) Guardería (daycare)

Mascotas (Pets): Sí No

Detectores de humo: Sí No

Cinturón de seguridad utilizado de forma rutinaria: Sí No

Protector solar utilizado: Sí No

Cascos de bicicleta: Sí No

Escuela: Híbrido virtual tradicional educado en casa

Grados: A's A/B's B's B/C's C's C/D's D's D/F's F's

¿Grado en la escuela? _____

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

No aplicable - demasiado joven

último período menstrual (LMP): _____

Regular/Mensual: Sí No

Flujo: Ligeramente Moderado Pesado

Edad del primer período: _____

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

Hospital de nacimiento _____

Semanas de gestación al nacer _____

Problemas prenatales/de nacimiento: Sí No

Bebés múltiples

gemelo A B

Triplete A B C

Tipo de parto: cesárea vaginal uso de fórceps/ventosa

peso al nacer _____ Libras _____ onzas

Prueba de audición: Pass Fail No realizado

Longitud de nacimiento: _____ pulgadas

¿Complicaciones con el embarazo/parto? Sí No

Estreptococo del grupo B (Group B strep)

VIH (HIV)

Herpes

Sífilis

Diabetes

Hipertensión Fiebre (Fever)

¿Circuncisión masculina? Sí No Días en Nursery _____

¿Vacuna contra la hepatitis B al nacer? Sí No

Días en la UCIN: _____

Razón (Reason): _____

Alimentación: Fórmula lactancia (breast) tanto (both)

cantidad (amt) _____

frecuencia _____

Firma (Signature): _____

Fecha: _____

Firma del médico (Provider Signature): _____

Fecha: _____

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Patient Name:

DOB:

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Indique con una (X) los miembros de la familia (padres, abuelos, tías, tíos, hermanos, hermanas) que hayan tenido algunas de las siguientes condiciones:

Enfermedad Illness/Disease	Mamá Mom	Papá Dad	Hermana Sister	Hermano Brother	abuela materna Mom's Mom	abuelo materno Mom's Dad	abuela paterna Dad's Mom	abuelo paterno Dad's Dad	Otros especificar Other - specify
Anemia/problemas de sangrado									
Asma									
Problemas de consumo de alcohol									
Ansiedad									
Mojar la cama (después de los 10 años de edad)									
Cáncer: Tipo									
Pérdida de audición infantil									
Caries dentales/caries múltiples									
Depresión									
Discapacidad del desarrollo									
Diabetes									
Infarto									
Enfermedad cardíaca (antes de los 55 años)									
Colesterol alto									
Presión arterial alta									
Nefropatía									
Enfermedad hepática									
Condiciones de salud mental									
Convulsiones o epilepsia									
Rasgo de células falciformes o de células falciformes									
Golpe									
Problemas de uso de sustancias									
Muerte súbita (antes de los 50 años)									
Trastorno de la tiroides									
Tuberculosis									
Otro - especificar									

Proveedor revisado (Provider Reviewed):

Fecha (Date):

**Consentimiento no parental para la atención médica y el tratamiento
 (Non-Parental Consent to Medical Care and Treatment)**

Yo, _____ presente autorizo y concedo que la(s) persona(s) nombrada(s) a continuación tiene(n) permiso del padre natural o tutor legal para firmar cualquier procedimiento o tratamiento médico que se considere necesario para el bienestar de mi(s) hijo(s).

Estoy, mediante este documento, declarando que tengo la autoridad para dar su consentimiento para toda la atención médica y el tratamiento de dicho (los) niño (s). Esto puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

_____ Firma (Signature)	_____ Fecha (Date)
----------------------------	-----------------------

Niño(s):
Child(ren):

_____ Nombre del paciente (Patient Name)	_____ Fecha de nacimiento
---	------------------------------

_____ Nombre del paciente (Patient Name)	_____ Fecha de nacimiento
---	------------------------------

_____ Nombre del paciente (Patient Name)	_____ Fecha de nacimiento
---	------------------------------

Personas autorizadas (authorized persons):

_____ Nombre	_____ Relación con el paciente
-----------------	-----------------------------------

_____ Nombre	_____ Relación con el paciente
-----------------	-----------------------------------

_____ Nombre	_____ Relación con el paciente
-----------------	-----------------------------------

Testigo (Personal) (Witness/Staff)

_____ Firma del personal (Staff Signature)	_____ Date
---	---------------

Divulgación de registros médicos (Medical Records Release)

Nombre del paciente (Name of Patient)

domicilio (Street Address)

Autoriza (Authorizes):

Nombre del proveedor/la clínica (Name of Provider/Clinic)

Teléfono (Phone):

domicilio (Street Address)

Ciudad, Estado, Código postal (City, State, ZIP)

fecha de nacimiento (Birth Date)

Ciudad, Estado, Código postal (City, State, ZIP)

Liberación de registros a (Release of Records to):

Nombre del proveedor (Name of Provider)

The Pediatric Clinic, PLLC

Nombre de la clínica (Name of Clinic)

3161 Hwy 64, Suite 100

domicilio (Street Address)

Eads, TN 38082

Ciudad, Estado, Código postal (City, State, ZIP)

Información a divulgar (Information to be Released):

Todos los registros clínicos (All Clinic Records) Campos visuales (Visual Fields) Informes de laboratorio (Lab Reports) Notas de Office (Office Notes) Registros de vacunas (Vaccine Records) Otro- especificar (Other-specify)

Enumere los registros de otras instalaciones que se incluirán al divulgar con el propósito de continuar la atención médica (List other facilities' records to be included when releasing for the purpose of continuing medical care):

Para las siguientes fechas (For the following dates) : _____

En cumplimiento con los estatutos estatales que requieren un permiso especial para divulgar información privilegiada, por favor divulgue los registros relacionados con (In compliance with state statutes which require special permission to release otherwise privileged information, please release records pertaining to):

- Salud mental (Mental health)
- Resultados de la prueba de SIDA (AIDS test results)
- Abuso de drogas (Drug abuse)
- Discapacidades del desarrollo (Developmental disabilities)
- Pregonancia (Pregnancy)
- Diagnóstico de enfermedad liberada por SIDA (AIDS-released disease diagnosis)
- Alcoholismo (Alcoholism)
- ITS/ETS (STI/STD)
- Otro (Other)

Entiendo que esta autorización será válida por un (1) año a menos que se indique lo contrario a continuación o se revoque mediante notificación por escrito a Medical Records (I understand that this authorization shall be valid for one (1) year unless otherwise stated below or revoked through written notice to Medical Records _____ (Alternate date if not (1) year)

Al firmar este formulario, lo autorizo a divulgar información médica confidencial sobre mí, al divulgar una copia de mis registros médicos, o un resumen o narrativa de mi información médica protegida, a la(s) persona(s) o entidad listada. (By signing this form, I authorize you to release confidential health information about me, by releasing a copy of my medical records, or a summary or narrative of my protected health information, to the person(s) or entity listed.)

Firma del paciente/padre (Signature of Patient/Parent)

Fecha (Date)

El paciente es: (Patient is) Menor (Minor) Incompetente (Incompetent) Discapacitado (Disabled) Fallecido (Deceased)
Autoridad legal (Legal authority): Legal Legal Guardian Familiares más cercanos (Next of kin)

Política de vacunación (Vaccination Policy)

La Clínica Pediátrica se esfuerza por brindar atención médica integral, compasiva y de alta calidad a todos nuestros pacientes y familias.

Uno de los servicios más importantes que podemos proporcionar a los pacientes es la vacunación contra enfermedades potencialmente mortales.

Estamos totalmente de acuerdo con la Academia Americana de Pediatría (AAP) y los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) en que las vacunas infantiles son fundamentales para mantener a los niños y las comunidades saludables. Como profesionales médicos, creemos que vacunar a los niños siguiendo el calendario recomendado con las vacunas disponibles actualmente es absolutamente lo correcto para todos los niños y adultos jóvenes.

- *Creemos firmemente en la eficacia de las vacunas para prevenir enfermedades graves y salvar vidas.*
- *Creemos firmemente en la seguridad de las vacunas*
- *Creemos firmemente que todos los niños y adultos jóvenes deben recibir todas las vacunas recomendadas de acuerdo con la AAP y los CDC.*
- *Creemos firmemente, basándonos en toda la literatura disponible, evidencia y estudios actuales, que las vacunas no causan autismo u otras discapacidades del desarrollo.*
- *Creemos firmemente que vacunar a niños y adultos jóvenes puede ser la intervención más importante para promover la salud que realizamos como proveedores de atención médica, y que usted puede realizar como padres / cuidadores.*

Nuestra política es que:

- Nos adherimos a las pautas de inmunización de la Academia Americana de Pediatría (AAP) y los CDC.
- Debido a que estamos comprometidos a proteger la salud de sus hijos, requerimos que todos nuestros pacientes sean vacunados.
- No seguimos "horarios alternativos". Cualquier padre que se niegue a cumplir con el calendario de vacunas recomendado por la AAP puede ser dado de alta de nuestra práctica después de un aviso por escrito de 30 días. Los nuevos pacientes no serán vistos en absoluto.
- Si se niega a vacunar a su hijo a pesar de todos nuestros esfuerzos, le pediremos que busque otro proveedor de atención médica que comparta sus puntos de vista. Por favor, reconozca que al no vacunar, está poniendo a su hijo y a otras personas a su alrededor en riesgo innecesario de enfermedad y discapacidad potencialmente mortales, e incluso la muerte. Permitimos la declinación de las vacunas contra la influenza y el covid.
- We understand that the choice to vaccinate may be a very emotional decision for some parents. We will do everything we can to educate you that vaccinating according to the recommend schedule is the best thing you can do for your child. If you have doubts, please talk with your child's provider.

Nombre del paciente (Patient's Name)

Nombre del responsable (Responsible Party)
