



FORMULATO DE REGISTRO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DE PACIENTE _____ SS# _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ ESTATURA _____ PESO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELEFONO CASA _____ TELEFONO CELLULAR/TRABAJO _____

EMPLEADOR/ESCUELA _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

POSICIÓN DE TRABAJO _____

PERSONA DE EMERGENCIA _____ TELÉFONO _____ RELACIÓN _____

FARMACIA _____ MEDICO DE REFERENCIA _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

INFORMACION DE MADRE/PADRE/TUTOR LEGAL

NOMBRE DE PADRE/MADRE/TUTOR _____ SS# _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

FECHA DE NACIMIENTO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELEFONO CASA _____ TELEFONO CELLULAR/TRABAJO _____

EMPLEADOR/ESCUELA _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

ASEGURANZA PRIMARIA E INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE DE ASEGURANZA _____ ID # _____

GRUPO/# PÓLIZA _____ PAGO DE VISITA _____ DEDUCIBLE _____

NOMBRE DE ASEGURADO _____

RELACIÓN AL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SS# _____

EMPLEADOR _____ TELÉFONO DE EMPLEADOR _____

EMPLEADOR ADICIONAL _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

ASEGURANZA SECUNDARIA E INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE DE ASEGURANZA _____ ID # _____

GRUPO/# PÓLIZA _____ PAGO DE VISITA _____ DEDUCIBLE _____

NOMBRE DE ASEGURADO _____

RELACIÓN AL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SS# _____

EMPLEADOR _____ TELÉFONO DE EMPLEADOR _____

EMPLEADOR ADICIONAL _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

SI USTED NO TIENE ASEGURANZA MEDICA Y PAGARA POR LOS SERVICIOS MÉDICOS POR SU CUENTA, FAVOR DE PAGAR EL DIA QUE SE LE PRESTA EL SERVICIO. ANTES DE SER ATENDIDO, POR FAVOR HABLE CON NUESTRO DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD.

NOMBRE DE PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO:

AUTORIZACIÓN CONTINUA PARA LA DISTRIBUCIÓN DE INFORMACIÓN Y BENEFICIOS

Aquí mismo autorizo a Tuscany Children Clinic a distribuir información medica a la(s) aseguranzas pertinentes acerca de mi padecimiento(s) y tratamiento(s) y autorizo a mi medico a cobrar por los servicios médicos proporcionados a mi persona y mis dependientes.

Iniciales: _____

Aquí mismo corrobo que comprendo y que me haré cargo de las tarifas medicas pendientes que mi plan y aseguranza no cubran. Me hago responsable por la cantidad restante de los procedimientos y servicios médicos otorgados a mi persona y mis dependientes.

Iniciales: _____

Yo autorizo a _____ a distribuir mi información medica a Tuscany Children Clinic con el objetivo de continuar con tratamiento medico y servicios pertinentes.

Iniciales: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Yo autorizo y doy mi consentimiento a Tuscany Children Clinic y sus médicos a que examinen mi persona, que realicen estudios médicos, y provean el tratamiento medico correspondiente a un servicio medico de calidad.

Iniciales: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR VACUNAS

Yo autorizo y doy mi consentimiento a Tuscany Children Clinic y sus médicos a que le proporcionen las vacunas necesarias a mi hijo(a).

Enliste excepciones aquí: _____

Iniciales: _____

HIPPA

Yo _____ corrobo que he leído una copia de "Nota de Practicas de Privacidad". Mi firma aquí significa que entiendo y doy mi consentimiento a Tuscany Children Clinic a hacer el uso correspondiente y distribuir mi información medica privada para poder otorgar de el servicio medico necesario, recibir pago, y hacer los procedimientos médicos adecuados.

Menores de edad (menos de 18 años): _____

Consentimiento para recibir tratamiento (firma)

_____ Relación al paciente

Yo aquí certifico que la información que aquí reporto con respecto a mi aseguranza y otra información personal es correcta.

Firma: _____

Fecha: _____

PREGUNTAS ACERCA DE SU NIÑO/A

Su pediatra quiere conocer a su niño/a mejor como persona, y no tratar un solo padecimiento en específico. Muchas de las siguientes preguntas no están relacionadas con la visita de hoy, pero ayudaran a que su pediatra conozca más de su niño/a. Esta información ayudara a prevenir otros problemas antes de que empeoren. Sus respuestas serán confidenciales.

	No	Si
1. El embarazo de su niño/a fue 2-3 semanas mas largo/corto de lo normal?	_____	_____
2. La mama del niño/a tuvo alguna complicación seria durante el embarazo?	_____	_____
3. La mama fumo durante el embarazo?	_____	_____
4. La mama uso algún tipo de droga antes o después de saberse embarazada?	_____	_____
5. Fue un embarazo “no planeado” (“oops”)?	_____	_____
6. El parto fue normal/vaginal _____ o fue cesaría _____? Cual fue el peso del niño/a al nacer? _____	_____	_____
7. El niño/a tuvo alguna complicación al nacer o se quedo hospitalizado mas que la mama?	_____	_____
8. El niño/a fue admitido al hospital (no solamente a emergencias) durante el primer mes de nacimiento o durante su niñez?	_____	_____
9. El niño/a ha sido sometido a alguna operación? Si fue así, de que tipo y a que edad? _____	_____	_____
10. El niño/a ha tenido alguna enfermedad crónica seria? Si fue así, cual fue y a que edad comenzó? _____	_____	_____
11. El niño/a se atraso en su aprendizaje (sentarse, pararse, caminar, hablar, etc...) o en su inteligencia?	_____	_____
12. Esta usted preocupado que su niño/a no habla, escucha o mira bien?	_____	_____
13. Su niño/a moja la cama (si es mayor de 4 años)?	_____	_____
14. Su niño/a tiene problemas para defecar (constipación)?	_____	_____
15. Existe asma, convulsiones u otro problema serio en algún lado de la familia?	_____	_____
16. Cuantos niños hay en la familia (total)? _____ Son de padre/madre diferentes?	_____	_____
17. Los padres del niño/a están separados o divorciados?	_____	_____
18. Alguno de los padres del niño fuma?	_____	_____
19. La mama o papa del niño/a ha tenido algún problema con el alcohol, drogas o violencia? (ex. violencia domestica)?	_____	_____

Nombre del Niño/a

Fecha de Nacimiento

Fecha