



23 Sunnybrook Rd.  
Suite 116  
Raleigh, NC 27610

### Formulario de Registro del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

#### Información del Paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ SSN#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Raza:  Afroamericano  Asiático  Nativo Americano  Blanco  Otro  Sin respuesta

Ethnicity:  Hispano  No Hispanos  Sin respuesta

#### Información del Seguro

Nombre del seguro principal: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

#### Madre/Tutor Legal

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado civil (Marque uno)

Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

#### Padre/Tutor Legal

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado civil (Marque uno)

Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

¿Quién es el cuidador principal de salud del el paciente?  Ambos  Madre  Padre  Otro

¿Quién tiene custodia legal de el paciente?  Ambos  Mother  Father

Otro \_\_\_\_\_ (\*Por favor proveer documentos necesarios de confirmación legal de custodia del paciente.)

## Contacto de Emergencia (Además de los Padres)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**NOMBRE TODAS LA PERSONAS QUE PODRAN LLAMAR A HACER CITAS MEDICAS, PEDIR AVISO MEDICO O TRAER SU HIJO A LA OFICINA PARA TRATAMIENTO (I.E. ABUELOS, NIÑERA, TIA...ETC) ESTOS INDIVIDUOS SERAN REQUERIDOS A PRESENTAR IDENTIFICACIÓN EN EL DIA DE LA CITA. SI ALGUIEN MAS APARTE DE LAS PERSONAS NOMBRADAS NOS CONTACTA CON RELACION A SU HIJO(A), CONTACTAREMOS A LOS PADRES O GURDIANES PARA PEDIR PERMISO PARA TRATAR AL PACIENTE. EN EL CASO DE UNA EMERGENCIA, TRATAREMOS Y HAREMOS TODO LO POSIBLE PARA CONTACTAR A LOS PADRES O GUARDIANES.**

NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO TELÉFONO

### Información Adicional

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Médico Preferido: \_\_\_\_\_

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de la Farmacia: \_\_\_\_\_

### Autorización

Como una cortesía, Kids First Pediatrics verificara y archivara una demanda con su aseguransa pero Kids First Pediatrics no garantiza el pago. Yo entiendo que yo seré financieramente responsable por los servicios facilitados cuando los cargos sean contraídos. Por la presente, autorizo a Kids First Pediatrics y/o a al médico(s) a liberar los toda mi información médica requerida por mi compañía de seguro médico para poder archivar las demandas medicas. Yo autorizo pagos de todos los beneficio aplicables directamente a Kids First Pediatrics of Raleigh.

Esta autorización permancerá en efecto hasta ser revocada por mí por escrito. Una fotocopia será considerada como un original.

Permiso para liberar información adquirida en el curso de exanimación y/o tratamiento con referencia a tratamientos, pagos a servicios y operaciones es entendida y explicada en el Aviso de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



¿Cuántas veces has movido en el último año? (Por favor marque uno)

0

1-2

3-4

5 o más

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No Sé</b>
¿Su hijo vive con ambos padres actualmente?			
¿Siente que su hijo vive en un lugar seguro?			
¿Hay animales domésticos en el hogar de su hijo/a?			
¿Hay detectors de humo en su hogar?			
¿Hay armas de fuego en el hogar de su hijo/a?			
¿Alguien en su casa fuma cigarrillos?			

	<b>Siempre</b>	<b>A menudo</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>	<b>No Aplicable</b>
¿Con qué frecuencia su hijo use un casco al manejar bicicleta?						
¿Con qué frecuencia su hijo usa el cinturón de seguridad y silla adecuada a la edad?						
¿Con qué frecuencia come su familia juntos?						
¿Con qué frecuencia usted lee cuentos a su hijo?						

### **Antecedentes Familiares Biológicos:**

Por favor marque una **X** en la casilla si la relación cotizada nunca ha sido diagnosticado con las siguientes condiciones médicas.

	<b>Madre</b>	<b>Padre</b>	<b>Hermanos</b>	<b>Abuelos</b>	<b>Otros Parientes</b>
Asma					
Diabetes					
Colesterol Alto					
Enfermedad del Corazón					
Alta Presion Sanguinea					
Cáncer					
Problemas de Aprendizaje					
Enfermedad Mental					
Enfermedad del Rinón					
Convulsiones					
Enfermedad Hepática					
Otras Preocupaciones					

## Antecedentes Médicos:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma                               | <input type="checkbox"/> Lleva lentes de contacto                     | <input type="checkbox"/> Malformación Urológica                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de vía aérea reactiva   | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído frecuentes               | <input type="checkbox"/> Otros Problemas Renales                     |
| <input type="checkbox"/> Sibilancias                        | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición                       | <input type="checkbox"/> Trastorno Metabólico o Genético             |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis                         | <input type="checkbox"/> Otros problemas con los oídos y la audición  | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística                           |
| <input type="checkbox"/> Bronquiolitis                      | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes                 | <input type="checkbox"/> Anemia                                      |
| <input type="checkbox"/> Neumonía                           | <input type="checkbox"/> Convulsiones                                 | <input type="checkbox"/> Problema de sangrado                        |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas respiratorios      | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral                           | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre                       |
| <input type="checkbox"/> Alergias estacionales              | <input type="checkbox"/> Otros problemas neurológicos                 | <input type="checkbox"/> Cáncer                                      |
| <input type="checkbox"/> Eczema                             | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                               | <input type="checkbox"/> Tumores                                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas crónicos de la piel      | <input type="checkbox"/> Alta presión Sanguinea                       | <input type="checkbox"/> Trasplante de médula osea                   |
| <input type="checkbox"/> Alergia a las abejas               | <input type="checkbox"/> Otros problemas cardiacos                    | <input type="checkbox"/> Quimioterapia                               |
| <input type="checkbox"/> Allergy a los cacahuetes           | <input type="checkbox"/> Obesidad                                     | <input type="checkbox"/> Ronquidos                                   |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas de alergia         | <input type="checkbox"/> Diabetes                                     | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                             |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos                       | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal frecuente                    | <input type="checkbox"/> Otros problemas de sueño                    |
| <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral                 | <input type="checkbox"/> Estrenimiento que requiere visitas al médico | <input type="checkbox"/> Trastorno hiperactivo y deficit de atencion |
| <input type="checkbox"/> Puntos necesarios                  | <input type="checkbox"/> Infección renal                              | <input type="checkbox"/> Problemas de humor                          |
| <input type="checkbox"/> En un accidente de coche           | <input type="checkbox"/> Enuresis (después de cinco años)             | <input type="checkbox"/> Ansiedad                                    |
| <input type="checkbox"/> Otra lesión                        | <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes del tracto urinario  | <input type="checkbox"/> Depresión                                   |
| <input type="checkbox"/> Caries dental                      |   | <input type="checkbox"/> Otros problemas de comportamiento           |
| <input type="checkbox"/> Problemas con los ojos o la visión |   | <input type="checkbox"/> Retraso en el habla                         |
| <input type="checkbox"/> Usa anteojos                       |   | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo                    |
|   |   | <input type="checkbox"/> Utiliza el alcohol/ las drogas              |
|   |   | <input type="checkbox"/> Usa productos de tabaco                     |