



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: _____

DOB: ____/____/____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa: _____

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Estado civil (Marque uno)

Soltero Casado Divorciado Viudo

Padre/Tutor Legal

Nombre: _____

DOB: ____/____/____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa: _____

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Estado civil (Marque uno)

Soltero Casado Divorciado Viudo

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

¿Quien 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

	Sí	No	No Sé
¿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 detectores de humo en su hogar?			
¿Hay armas de fuego en el hogar de su hijo/a?			
¿Alguien en su casa fuma cigarrillos?			

	Siempre	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca	No Aplicable
¿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.

	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos	Otros Parientes
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:

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