



**COMPLETAR LAS SEIS PÁGINAS
TINTA NEGRO SOLAMENTE**

Checked-in: _____ Updated: _____

Nombre del paciente: _____ **Sexo:** M / F
(Primero) (Segundo) (Apellido)

Dirección de Casa: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ **NSS #:** ____ - ____ - ____

Información Garante (persona financieramente responsable de paciente):

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____ / ____ / ____

Dirección de Casa: _____

NSS #: ____ - ____ - ____ **Relación:** _____ **Estado Civil:** _____

E-mail: _____ **Teléfono de Casa:** () _____

Teléfono del Trabajo: () _____ **Celular:** () _____

Estado de Empleo: Sí / No / Jubilado **Empleador:** _____

Dirección de Empleado: _____

Nombre del Asegurado: _____ **Relación:** _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ **NSS #:** ____ - ____ - ____

Empleador Asegurado: _____ **Teléfono Empleador:** () _____

Contacto de Emergencia (Paciente más cercano oa un amigo que no viva con usted en caso de emergencia)

Nombre Completo: _____ **Relación:** _____

Teléfono #: () _____

Médico Solicitante / Médico de Referencia: _____

Médico de Cabecera: _____

Información Alternativa Padres

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección de Casa: _____ NSS #: _____-_____-_____

Teléfono #: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Empleador: _____ Dirección de Empleado: _____

Información de Seguros de Salud

Seguro Primario: _____ Tenedor de una Póliza: _____

Política (ID) #: _____ Grupo #: _____

Seguro Secundario: _____ Tenedor de una Póliza: _____

Política (ID) #: _____ Grupo #: _____

Seguro de Auto *(si accidente automovilístico):* _____

Tenedor de una Póliza: _____ Reclamación #: _____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono #: () _____ Accidente Fecha: _____

Legal *(si es necesario):*

Si usted tiene un abogado o corriente acción legal o pendientes para los que usted está buscando asesoría legal:

Nombre Abogado: _____ Teléfono #: () _____

AUTO PAGO ***\$250 PREPAGO REQUERIDO ANTES DE SU VISITA CLÍNICA ***

Por favor lea y firme nuestra Política Financiera y reunirse con el consejero financiero en nuestra oficina.

Nombre de El Paciente/Name: _____ **Fecha de Nacimiento/DOB:** _____

Estatura/Height: _____ **Peso/Weight:** _____ **Edad/Age:** _____

Razon por la visita de hoy/Reason for visit: _____

Embarazo o el Parto Complicaciones /Complications with pregnancy or delivery:

¿Nacimiento premature/Premature birth? No Sí – ¿Qué tan temprano/how early? _____

¿Estancia de cuidados intensivos/NICU stay? No Sí – ¿Cuánto tiempo/how long? _____

¿Dependiente de un ventilador/Ventilator use? No Sí – ¿Cuánto tiempo/how long? _____

¿Sangrado en el cerebro/bleeding in the brain? No Sí

¿Trauma del nacimiento/birth trauma? No Sí Fractura de Cráneo/Skull Fracture No Sí
 Cefalohematoma No Sí Nervio Brachioplexus No Sí

¿Cuándo los niños empiezan a caminar/when did your child start walking? Edad/Age: _____

¿Qué edad usted era niño potty entrenados/Age your child “potty” trained? Edad/Age: _____

¿Su hijo tiene alguna de las siguientes/Does your child have any of the following?

Hidrocefalia No / Sí Anormal Cabeza/Abnormal Head: Grande/Large Pequeña/Small

Trastornos Genéticos/Genetic Disorders (*lista*): _____

Problemas crónicos de salud adicionales/other chronic health problems: _____

Especialistas que atienden a su hijo/Other specialists: _____

Cirugías/Hospitalizaciones	Año/Year	Complicaciones

Nombre de El Paciente/Name: _____

Medicamentos Actuales/Current Medications:

Medicamentos/Medications	Dosis/Dose	Frecuencia/Frequency

Medicamentos u otras Alergias/ALLERGIES: _____

Alergia al látex/Allergy to Latex: No Sí

Dieta: Normal para la edad/Normal for age Oral/By mouth Por sonda/By tube

Historia Familia/Family History (*hermanos, padres, abuelos*):

- Enfermedad del Riñón/Kidney Disease Enfermedad del Corazón/Heart Disease
 Enfermedad del Hígado/Liver Disease Problemas de Sangrado/Bleeding Problems
 Defectos de Nacimiento/Birth Defects Hipertensión/HTN Cáncer Diabetes

Explicar si es necesario _____

¿Tiene su hijo algún retraso en el desarrollo/Developmental delays? No Sí

- Motor** **Habla o del Lenguaje/Speech or Language** **Social**

Explicar si es necesario _____

Nombre de El Paciente/Name: _____

Revision de el Systema/Review of Systems *(síntomas actuales o recientes)*

Constitucional/Constitutional	<u>Círculo Uno</u>	
Fiebre Inexplicable/Unexplained fever (recent)	Sí	No
Perdida de Peso/Weight loss	Sí	No
Ojos/Eyes		
Ojos cruzados/Eyes crossing	Sí	No
Pérdida de la vision/Vision loss	Sí	No
Oidos, Nariz, Garganta y Boca/Ear, Nose, Throat & Mouth		
Perdida de el Oido/Hearing loss	Sí	No
Dificultad para tragar o masticar/Problems swallowing or chewing	Sí	No
Asfixia/Choking	Sí	No
Dolor de cuello/Neck pain	Sí	No
Cardiovascular		
Anormalidad cardiaca o defecto/Heart abnormality or defect	Sí	No
Respiratorio/Respiratory		
Poniendo azul/Turning blue	Sí	No
Ventilación mecánica (pasado o presente)/Mechanical ventilation	Sí	No
Traqueotomía (pasado o presente)/Tracheostomy	Sí	No
Displasia broncopulmonar/BPD	Sí	No
Endocrino/Endocrine		
Problemas de crecimiento/Growth problems	Sí	No
Sed excesiva o micción/Excessive thirst or urination	Sí	No
Tegumentario/Integumentary		
Marcas de nacimiento/Birthmarks	Sí	No
Hoyuelo sacro/Sacral dimple	Sí	No
Gastrointestinal		
Reflujo estomacal/Stomach reflux	Sí	No
Estreñimiento/Constipation	Sí	No
Incontinencia intestinal/Bowel incontinence	Sí	No
Tubo de alimentación/Feeding tube	Sí	No

Nombre de El Paciente/Name: _____

Musculoesqueletico/Musculoskeletal

Círculo Uno

Dolor de espalda/Back pain	Sí	No
Dolor de brazos/Arm pain	Sí	No
Adormecimiento del brazo/Arm numbness	Sí	No
Dolor de pierna/Leg pain	Sí	No
Adormecimiento de la pierna/Leg numbness	Sí	No
Escoliosis/Scoliosis	Sí	No

Genitourinario/Genitourinary

Infecciones renales o urinarios/Kidney or urinary infections	Sí	No
Reflujo de la vejiga/Bladder reflux	Sí	No
Incontinencia urinaria/Urinary incontinence	Sí	No
Uretral cateterismo recta/Urethral straight catheterization	Sí	No

Neurológicos/Neurological

Dolores de cabeza/Headaches	Sí	No
Mareo/Dizziness	Sí	No
Convulsiones/Seizures	Sí	No

Hematologico/Linfático / Hematologic/Lymphatic

Hemofilia o trastorno de la coagulación/Clotting disorder	Sí	No
Anemia	Sí	No

Desarrollo Social/Social Development

Problemas en la escuela o guardería/Problems in school/daycare	Sí	No
--	----	----

Formulario completado por/Form completed by: _____

Relacion hacía el niño/Relationship: _____

Fecha/Date: _____