

JUST KIDZ PEDIATRICS FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha:		PCP:				
INFORMATION DEL PACIENTE						
Apellido del paciente:		Primero:	Medio:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Sta.	# de Seguro Social:
¿Es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si no es así, ¿cuál es?	(Antiguo nombre):		Fecha de Nacimiento / /	Edad: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección de calle:		Ciudad y Estado:			Codigo postal:	
No. telefonico: ()		No. de celular: ()		Nombre de escuela:	Dirección de escuela:	
Nombre de Madre:		Nombre de Padre:				
Elegió la clínica porque /Referido a clínica por <i>(por favor marque una casilla)</i> :				<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Plan de seguro	<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Cerca de casa/trabajo	<input type="checkbox"/> Yellow Pages	<input type="checkbox"/> Otro		
Otros miembros de la familia vistos aquí:						

INFORMATION DE SEGURO						
<i>(Por favor, dé dar su tarjeta del seguro a la recepcionista.)</i>						
Persona responsable:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (si es diferente):		No. telefonico: ()		
¿Es paciente aquí? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Ocupación:	Empleador:	Dirección de empleador:		Teléfono del empleador: ()		
¿Este paciente está cubierta por el seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Fecha efectiva: / /				
Por favor indicar seguro primario <input type="checkbox"/> Horizon BCBS <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> Empire						
<input type="checkbox"/> GHI		<input type="checkbox"/> Oxford Health Plans	<input type="checkbox"/> QualCare	<input type="checkbox"/> Medicaid <i>(Indicar el grupo en el cuadro siguiente)</i>		<input type="checkbox"/> Otro:
Nombre del miembro:	No. de S.S. del miembro:	Fecha de nacimiento: / /	No. de grupo:	No. de polisa:	Co-pago: \$	
Relación del paciente al miembro: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/hija <input type="checkbox"/> Otro						
Nombre de seguro secundario (si procede):		Nombre del miembro:		No. de grupo:	No. de polisa:	
Relación del paciente al miembro: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/hija <input type="checkbox"/> Otro						

EN CASO DE EMERGENCIA		
Nombre de amigo local o relativa <i>(no viven en la misma dirección)</i> :	Relación con el paciente:	No. telefonico: ()
La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mi seguro pagarse prestaciones directamente al médico. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier saldo. También autorizo a Just Kidz Pediatrics o compañía de seguros para liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamaciones.		
Firma del paciente/Guardian:		Fecha:

JUST KIDZ PEDIATRICS

FORMULARIO DE PACIENTE

Fecha:	PCP:
EMBARAZO Y NACIMIENTO	COMPORTAMIENTO Y DESARROLLO
Edad de madre en embarazo:	<i>¿A qué edad hizo el paciente:</i>
¿Cualquier enfermedad durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Se sentó por sí solo: Camino: Uso frases:
¿Medicamentos durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>(excluir hierro & vitaminas)</i>	baño usado por sí sola Uso bicicleta:
¿ Fumar – alcohol – drogas de calle – durante el embarazo?	¿Desarrollo en comparación con los otro niños?
El bebe nacio- temprano – en tiempo – tarde?	Grado en la escuela: Problemas en la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tipo de parto? Peso al nacer: De largo:	
Complicaciones: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Apgar Score:	Problemas de aprenisaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Problemas con el bebé al nacer? Respirando: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Obtiene junto con otros niños y niñas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Audiencia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ictericia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de comoprtaimientos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro:	Habitos malo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Enuresis? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Problemas poco después? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Morderse las uñas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Durmiendo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿En la guardería o casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Uso de drogas ilegales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

HX MEDICA	HX MEDICA FAMILIAR						
¿Reacciones alérgicas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Medicina? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<i>Por favor, "✓" si aplica.</i>						
Comida: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Picaduras de insectos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	enfermedad:	M	P	MM	PM	MP	PP
<i>Si la respuesta es 'Si', por favor explique:</i>	Anemia/Blood disorder						
¿Medicamentos que se toman sobre una base regular? (excluye vitaminas)	Arthritis						
	Asthma						
Inmunizaciones –al fecha <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tene el registro: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Birth Defects						
Hospitalizaciones-(cuando-dónde-porqué?)	Cancer						
	Cholesterol problem						
Asthma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de audicion <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cystic Fibrosis						
Anemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sarampión Rojo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes						
Problemas de sangrado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Early Deafness						
Transfusiones de sangre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Escarlatina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsy/ Seizures						
Varicella <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Convulsiones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Heart Disease						
Infecciones de oido <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sudoración <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	High Blood Pressure						
Eccema <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Infecciones urinarias <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Migraine						
Sarampión alemán <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Resuello <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Muscular Dystrophy						
Hepatitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos ferina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sickle Cell Anemia						
Problemas de Coyuntura <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Otro:	Tuberculosis						
Paperas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Otro:	Otro:						