

**Haywood Pediatric & Adolescent Associates, P.A.**

DATE \_\_\_\_\_

ACCOUNT # \_\_\_\_\_

**¡Llene por favor completamente!**

**Nombre Apellido:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Seguro:** \_\_\_\_\_ **Sex:** Niño Niña

**Raza:**  Los indios americanos  Asia  Negro o Afro-Americana  Más de una raza Blanca  Hispano o Latino  Prefiero no responder  
 Otros: \_\_\_\_\_

**Ethnicity/Etnicidad:**  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Prefiero no responder **Preferencia de idioma:** (Círculo Uno) Español Inglés

**Nombre y apellidos de madre o guardian** \_\_\_\_\_  
El Apellido de Soltera \_\_\_\_\_

Seguro \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
(Dirección de envío) (Ciudad) (Estados, Código Postal)

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

la relación al paciente:  Madre  Otro: \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Nombre y apellidos de padre o guardian** \_\_\_\_\_

Seguro \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
(Dirección de envío) (Ciudad) (Estados, Código Postal)

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

la relación al paciente:  Padre  Otro: \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Contacto durante Emergencia:** (marque uno)  Madre  Padre  Otro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre de Seguros:** \_\_\_\_\_

**El método preferido de comunicación:** recordatorios de cita, recordatorios de inmunización, etc...

- \_\_\_\_\_ Correo Postal
- \_\_\_\_\_ Teléfono
- \_\_\_\_\_ El Mensaje de la web por nuestro Pórtico Paciente

**MAS EN LA PROXIMA PAGINA →**

**¡Llene por favor completamente!**

**Proveedor preferido: (por favor marque sólo uno)**  Dr. Stephen Wall     Dr. Steven Hammel     Dr. Sara Evers  
 Dr. Karin McLelland     Dr. Trew Stransky     Anne Sarzynski     Lillian Norris

**La autorización para el Uso y la Revelación de Información Individualmente Identificable de Salud**

¿Puede los mensajes Confidenciales, inclusive recordatorios, los resultados del laboratorio y la radiografía u otro información de asistencia sanitaria son dejados en contestadores, en el teléfono celular, o en buzón de voz de trabajo?

(Círculo Uno )                      SÍ                      NO

Yo por la presente autorizo el uso o la revelación de mi información individualmente identificable de la salud describieron como abajo. Entiendo que la información yo autorizo a una persona o la entidad a recibir re-reveló y ya no protegido por regulaciones federales de intimidad.

Yo, siendo el padre o guardián del niño(s mencionado), por la presente solicito y autorizo Haywood Pediatric and Adolescent Medicine Group para llevar a cabo los servicios necesarios para mi hijo que se considere conveniente por el médico o el proveedor, si estoy o no presente en el nombramiento real.

Por favor, miembros de la familia de lista que puede traer a su niño al médico para el diagnóstico y el tratamiento, y quién puede coger prescripciones. Entiendo que cada esfuerzo será hecho para contactarme en caso de accidente, en caso de la enfermedad grave, o en caso de la admisión del hospital.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Yo autoriso a Haywood Pediatrics que puede dar información concernientes a mi hijo/a mi seguro que tengo, a otro personal medico que mi hijo sea referido por Haywood Pediatrics para cualquier tratamiento, y que mi hijo sea admitido en el hospital.

Todos servicios profesionales son cargados al paciente. El pago para cargas de oficina es debido en el tiempo del servicio. Los pacientes cubrieron bajo un plan contratado del seguro son responsable de cualquier co-pago, deducible, o el coaseguro en el tiempo del servicio. El paciente es responsable de todos honorarios a pesar de la cobertura. La información actualizada del seguro debe ser dada en tiempo de servicios. El fracaso para hacer así le puede obligar para pago para servicios rendidos. El divorcio no tiene relación con la responsabilidad para el cuidado médico como afecta terceros partidos. La Pediatría de Haywood no se mete en disputas de pago entre pagos.

He recibido una copia de la Nota de Prácticas de Intimidad. Consiento al tratamiento médico y procedimientos diagnósticos por proveedores de asistencia sanitaria de Haywood Pediatrics. He leído el encima del Consentimiento para Utilizar o Revelar Información para el Tratamiento, para el Pago, o para las Operaciones de Asistencia sanitaria y por la presente autoriza la liberación/transmisión de información médica pertinente necesaria para el tratamiento, para el pago, o para las operaciones de asistencia sanitaria. He leído también y completé el encima de la Autorización para el Uso y la Revelación de Información Individualmente Identificable de Salud y entiendo que si yo me niego a firmar esta autorización, la ley puede permitir la Haywood Pediatrics para negarse el tratamiento. Soy responsable de todas cargas contraída en la Haywood Pediatrics y autorizo el pago de beneficios de insurance directamente a la Haywood Pediatrics. Soy responsable del pago de todas cargas no cubrió por contratos de seguro – inclusive co-pagos, deducible, los servicios de no-cubrió, y esos determinado por la compañía de seguros, donde no hay contrato con la Haywood Pediatrics, para ser arriba el honorario usual y de costumbre de compañía de seguros.

La firma de Paciente o Partido Responsable : \_\_\_\_\_(SEAL)

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

**MAS EN LA PROXIMA PAGINA →**

**¡Llene por favor completamente!**

**EL NACIMIENTO**

La duracion del embarazo \_\_\_\_\_

Enfermedades de la madre durante el embarazo

- a. Vomitos severos \_\_\_\_\_
- b. Presion sanguinea subida \_\_\_\_\_
- c. Viruses (el gripe, resfriado ...) \_\_\_\_\_
- d. Infecciones del rinon \_\_\_\_\_
- e. Depresion \_\_\_\_\_
- f. Hinchazon \_\_\_\_\_
- g. Hemorragia Vaginal \_\_\_\_\_
- h. Erupciones \_\_\_\_\_
- i. Hospitalizaciones \_\_\_\_\_
- j. Otro \_\_\_\_\_

El Parto

Espontáneo \_\_\_\_\_ Inducido \_\_\_\_\_

La duracion del parto (horas) \_\_\_\_\_

El Parto

Tipo: Vaginal \_\_\_\_\_ Cesaraea \_\_\_\_\_  
Presentacion: "Vertex" (La cabeza llego primera) \_\_\_\_\_  
"Breech" (Las nalgas llegaron primeras) \_\_\_\_\_

Recien nacido:

El peso al parto:  
Problemas en la guarderia del hospital (dificultades de respirar, ictericia ("jaundice"), azulidad, convulsiones, hemorragia, dificultades de comer, deformaciones, otros): Si afirmativo, por favor explique:  
\_\_\_\_\_

Alimentar

Amamantar (del pecho) \_\_\_\_\_  
Formulario del biberon (y que tipo) \_\_\_\_\_  
Algunos problemas de comer? \_\_\_\_\_

El Desarrollo (la edad lo que le hizo el siguiente para la primera vez):

- a. darse vuelta: \_\_\_\_\_
- b. Sentarse solo sin soporte: \_\_\_\_\_
- c. Pongase de pie sin ayuda: \_\_\_\_\_
- d. Recibio el primer diente: \_\_\_\_\_
- e. Camino solo (mas de cuatros pasos): \_\_\_\_\_
- f. Dijo la primera palabra (con excepcion de 'mama, papa'): \_\_\_\_\_
- g. Puso dos palabras juntos (con excepcion de 'bye bye'): \_\_\_\_\_
- h. Control de la vejiga la mayor parte del tiempo: \_\_\_\_\_
- i. Control de las entranas la mayor parte del tiempo: \_\_\_\_\_

Alergias

Tiene algunas alergias a:  
\_\_\_\_\_

Que tipo de reaccion hay (erupcion, dificultad respirar o tragar, ..)  
\_\_\_\_\_

**MAS EN LA PROXIMA PAGINA →**

Las medicinas tomando actualmente:

---

**Enfermedades:**

Enumere algunas enfermedades o condiciones persistentes que duran meses o años (por ejemplo infecciones del oído, alergias, asma, el trastorno de pérdida de atención, síndrome de ADD, convulsiones, problemas de dormir, otros)

---

---

**Heridas:**

Tipo

Edad

Efectos que duran

---

**Cirujía:**

Tipo

Edad

Complicaciones

---

**Hospitalizaciones (con excepción del parto/embarazo, heridas, y cirugía):**

Diagnostico

Edad

Tratamiento y Exito

---

**Historia de la Familia**

Hay alguna historia familiar con lo siguiente (incluyendo los padres, los bisabuelos, los hermanos, y los tíos)

- |                                |                                     |                                                                           |
|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1. Asma                        | 9. Enfermedades del hígado          | 17. Obesidad                                                              |
| 2. Alergias severas            | 10. Enfermedades del riñón          | 18. Presión sanguínea alta                                                |
| 3. Diabetes                    | 11. Fiebre reumática                | 19. Ataques del corazón antes de la edad 50                               |
| 4. Convulsiones/ataques        | 12. Enfermedades del corazón        | 20. Ataque cerebral antes de la edad 60                                   |
| 5. Retardación Mental          | 13. Defectos al Parto               | 21. Alguno otro condición que ocurre con dos o más miembros de la familia |
| 6. Trastornos de la sangre     | 14. Muerte en el primer año de vida |                                                                           |
| 7. Tendencias a hemorragia     | 15. Tuberculosis                    |                                                                           |
| 8. Enfermedades de la tiroides | 16. Cáncer                          |                                                                           |

Si afirmativo, escriba la enfermedad o condición; de la relación del miembro de la familia que tiene con el niño, de diagnósticos específicos y las circunstancias (si conocido)

---

**Inmunizaciones**

Por favor, nos dé una copia de las inmunizaciones ya recibidas de las otras clínicas de salud, escuelas, o otros doctores.

**Registros Médicos**

Por favor, firme un documento lo que dice que podemos obtener otros registros de otras clínicas de salud, hospitales, o otros doctores.

**¡Gracias!**