

REGISTRO DE PACIENTE				
<b>Idioma Preferido</b>		Alergias		
Paciente	Primer, Segundo Y Apellido			
	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Casa Tel:	
	Dirección dónde paciente vive			
	Ciudad	Estado	Postal	
	Comunicacion por email? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dirección Email:		
	Raza del paciente: <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Native Alaskan <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black Hispanic <input type="checkbox"/> White Hispanic <input type="checkbox"/> Otro			
	¿Como escucho a cerca de nosotros?			
Padres / Tutor	Madre	Estado marital <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> D	Padre	
	Estado marital <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> D		Estado marital <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> D	
	Nombre		Nombre	
	SSN	Fecha de Nacimiento	SSN	Fecha de Nacimiento
	Dirección(si es diferente)		Dirección(si es diferente)	
	Cellular		Cellular	
	Ocupación		Ocupación	
	Empleador		Empleador	
	Teléfono/Trabajo		Teléfono/Trabajo	
	Tutor Legal (si no es padre)		Relación al paciente	
	Nombre		Cellular	
	SSN	FDN	Ocupación	
Empleador		Teléfono/Trabajo		
Nombre y Teléfono de un Amigo o Relativo				
Seguro	Compañía de Aseguranza		No. Póliza/ID:	
	Nombre del Subscriptor		FDN	
	Tel: del Servicio al Cliente		No. Grupo:	
	Numero Medicaid:		Nombre de Plan:	
Yo entiendo que al firmar abajo aseguro que la información dada es correcta.				
Firma del Padre/Tutor			Fecha	



### POLIZAS DE LA OFICINA

Gracias por escoger a la Dra Peggy Wongsa como su pediatra de sus hijo(a). A continuacion estan algunas de las reglas de la oficina para facilitar la relacion de usted y la Doctora. **Favor Lea y ponga su Inicial en cada linea.**

1. Yo estoy de acuerdo en llegar puntual a mi cita con la Dra Wongsa, y estoy de acuerdo en llamar ala oficina 24hrs antes de mi cita para cancelar o posponer mi cita. Yo entiendo que si no cumplo con el acuerdo de mi cita, se me seran retirados mis servicios. \_\_\_\_\_
2. Yo entiendo que la Dra Wongsa tendra que ver a mi hijo(a) en la oficina antes de recetarle cualquier medicina. Yo entiendo que la Dra wongsa no respondera ala farmacia para hacerle repuesto de medicamento si la medicina se le a acabado. Por lo tanto yo hablare ala oficina si el paciente todavia esta sufriendo por la condicion diagmsticada por la Dra Wongsa . \_\_\_\_\_
3. Yo le notificare ala oficina si hay cambios de Direccion, numero telefonico o seguro medico. Yo traere la tarjeta de aseguranza medica, o medicaid de cada mes en cada visita que tenga. \_\_\_\_\_
4. Muchas de los seguros medicos requieren de un pago minimo o un porcentaje en cada c visita . Yo entiendo que el adulto que traiga al nino(a) ala oficina esta dispuesto a pagar por los servicios medicos , estoy de acuerdo en pagar una cuota de \$25 si la porcion requerida por la aseguranza no fue pagada el dia del sevicio y pagar usted ala oficina en efectivo o tarjeta de credito. \_\_\_\_\_
5. Yo entiendo que soy responsable de entender los beneficios de mi seguro medico de mi depende, los empleados de la oficina verificaran los beneficios de cortesia, si el personal de la oficina no puede verificar los beneficios o el seguro no quiere pagar por los servicios , yo entiendo que me hara responsable por los cargos de los servicios obtenidos. \_\_\_\_\_
6. Yo entiendo que si pago con cheque si fondos se me combrara una cuota adicional de \$35 Nosotros le enviaremos un recibo con el monto que se debe por correo con fella de vencimiento. Yo me hare responsable de llamar para hacer el pago. Debe pagar en 30 dias de haber recibido el estado de cuenta \$25 se incluire cada vez que le mandemos un estado de cuenta. \_\_\_\_\_
7. Si tengo formas que la Dra Wongsa necesite llenar ya sean, del WIC, Guarderia o formas de preautorizacion, Yo traere estas formas para que sean llenandas en mi visita ala oficina. Y entiendo que si solicito que me llenen estas formas fuera de la oficina, nos llevara de 3 a 5 dias laborales de tiempo para poder tener sus formas listas. \_\_\_\_\_
8. Yo entiendo que la oficina por cortecia me dara una copia de la cartilla de vacunacion de mi hijo(a). Si solicito alguna copia adicional incluyendo el expediente medico se me cobrara una cuota. No requerimos pago para enviar archivos a otro Doctor via Fax. Si solicita el expediente medico tendra uestesd que llenar una forma autorizando, y eso se tendra que hacer personalmente en la oficina. \_\_\_\_\_

Le damos las gracias por dejarnos atender asu familia, si tienene alguna pregunta referente alas reglas de la poliza, favor de preguntar y con gusto le contestaremos. Por Favor de firmar abajo. Y tenga en cuenta que entendio nuestra poliza, se le dara una copia para sus records.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Padre o Guardian Letra Molde

Padre/Guardian Firma

Fecha

El paciente tiene algun hermano/a que venga a esta clínica? **(marque una) SÍ / NO**

Si usted dice SÍ, pongalos en la lista por favor:

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento

### AUTORIZACIÓN

Yo doy permiso a las siguientes personas para que traigan ami hijo/a

(nombre del paciente) \_\_\_\_\_ a la clínica de la Dr. Peggy Wongsa.

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

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

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

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

\_\_\_\_\_ firma de padre o guardián fecha

\_\_\_\_\_ su nombre y apellido

**NUEVO PACIENTE CUESTIONARIO**  
(Padres de llenar la forma para niño/a)

El Nombre del la mama \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nombre del niño/a \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Grafico No. \_\_\_\_\_  
 El nombre del papa \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_

If adults in the household works outside the home, what child care arrangements are made for this child? \_\_\_\_\_

**A. EMBARAZO Y DAR A LUZ:**

1. La edad de la mama hadar a luz \_\_\_\_\_
  2. Durante el embarazo usted se enfermo? Si No
  3. Usted tomo medicina parte de las vitaminas y hiero? Si No
  4. Su Bebe nació a tiempo? Si No
  5. Cuando peso al nacer? \_\_\_\_\_
  6. Su bebe no tuvo dificultades al principió respirando? Si No
  7. En le hospital el bebe no tuvo problemas por ejemplo ?  
(ictericia, infección, otros) Si No
- A Cuales? \_\_\_\_\_

1. Su Niño/a a tenido infección en los oídos? Si No
2. Problemas de los ojos? Si No
3. El/Ella a tenido problemas con los dientes? Si No
4. El/Ella frecuentemente le dado la tos o dolor de garganta? Si No
5. El/Ella tiene asma, neumonía, o tos recurrente? Si No
6. El/ella tiene sopló cardíaco, o problemas con del corazón Si No
7. Problemas con el miccion? Si No
8. Problema con Diarrea o estreñimiento? Si No
9. A tenido convulsión o otros problemas de sistema nervioso?  
Si No
10. Problema con eccema, urticaria o problema con la piel?  
Si No
11. El/ella a tenido Enemic? Si No
12. Por Favor lista otros problemas medico: \_\_\_\_\_

**B. PASADO MEDICAL:**

1. Donde a ido niño/a hacer se los chequeos asta horita? \_\_\_\_\_
2. Fecha de la ultimaves que se hizo los chequeos: \_\_\_\_\_
3. La ultimaves que fue haber el dentista \_\_\_\_\_
4. Su niño/a no es alérgico a medicamento, comida,  
Picaduras de Insectos? Si No
5. Su niño/a es alérgico a las vacunas? Si No  
A Cuales? \_\_\_\_\_
6. Otro Hospital a parte de donde nació? Si No  
Donde y Para que? \_\_\_\_\_
7. Cualquier accidenté? Si No  
Que tipo? \_\_\_\_\_
8. Esta tomando medicina regularmente Si No  
Que tipo? \_\_\_\_\_

**F. ACTUACION/EVOLUCION:**

1. A que edad niño/a se comeso a sentarse solo/a? \_\_\_\_\_
2. A que edad el/ella comeso a caminar? \_\_\_\_\_
3. Cuando niño/a tenia uno ano ½ en cualquier momento disia  
palabras? Si No
4. Como se comporta su niño/a con niños/a de su edad?  
\_\_\_\_\_
5. El/ella tiene problema durmiendo? Si No
6. En que grado esta niño/a horita? \_\_\_\_\_
7. Tiene el/ella problemas en la escuela? Si No
8. El/ella se comporta bien con otros niños/niñas? Si No
9. Circular si el/Ella tiene los siguientes problemas: comerse las  
unas, chupar el dedo gordo, mojar la cama, mal carácter, mal  
carácter, problemas entrenamiento al excusado, hiperactividad,  
pesadilla, problemas hablado, problema disciplina, otros \_\_\_\_\_

**C. HISTORIA FAMILIAR:**

1. Los Padres del Niño/a están en buena salu? Si No
2. Circular cualquier enfermedad que el niño /a padres;  
abuelos, hermanas, o tías y tíos que tengan:  
anemia, asma, alergias, diabetes, alta presión, problemas  
de corazón, tuberculosis, enfermedad mental, problemas con  
drogas problemas de alcohol, enfermedad heredado, venéreo  
cáncer, sida, o demás \_\_\_\_\_
3. Lista las edad, sexo, y salu general de hermanos y hermanas.  
\_\_\_\_\_
4. Nicunos de sus hijos a muerdo? Si No

**G. SIGURIDAD/ALREDEDORES:**

1. Usted vive en  
casa, apartamento, tráela de casa, otro? (CIRCULAR)
2. Usted sabe la temperatura de agua caliente de las pipas?  
Si No
3. El detecto de humos esta trabajado en cada piso de la casa?  
Si No
4. Su niño/a siempre usa el cinturón cuando conducir?  
Si No
5. En su casa no ay personas que fuma? Si No
6. Tiene problemas a la condición de su casa?  
(ratas, insectos,) Si No
7. Su niño/a siempre usa casco cuando usa la bicicleta?  
Si No

**D. ALIMENTACION Y NUTRICION:**

1. El/Ella su apetito siempre esta bien? Si No
2. Esta bien hora su apetito? Si No
3. A tupito cólico o problemas háleme dando durante los  
primeros meses? Si No
4. Cualquier comida le asido mal a el/ella? Si No
5. Los pasado 6meses le daba pecho o biberón? \_\_\_\_\_
6. Esta todavía en formula y Qua les la que usa? \_\_\_\_\_
7. El. / Ella están tomando vitaminas? Si No

**E. REPASAR EL SISTEMA:**

- H. USTED TIENE RECOR DE LAS VACUNAS? Si No**