CHILDREN'S MEDICAL GROUP of Orange County

INFORMATION DEL PACIENTE

Nombre del nino/nina_____ Apellido_____

Sexo: Masculino____ Femenino____ Edad_____ Fecha de Nacimiento_____ Pasatiempo_____

Direccion del domicilio_____

Persona responsable financieramente:_____

Telefono del domicilio_____ Telefono del trabajo_____

INFORMACION DE LA ASEGURANZA

Nombre del padre/guardian_____

Empleador_____

Seguro Social#_____

Fecha de nacimiento_____

Tiene aseguranza cubriendo al menor?_____

Nombre del plan_____

Numero de grupo_____

Numero de poliza_____

Direccion_____

Nombre de la madre/guardian_____

Empleador_____

Seguro Social#_____

Fecha de nacimiento _____

Tiene aseguranza cubriendo al menor?_____

Nombre del plan_____

Numero de grupo_____

Numero de poliza_____

Direccion_____

CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, a quien se puede contactar?

Nombre_____ Telefono_____ Relacion_____

Nombre_____ Telefono_____ Relacion_____

HISTORIA DE LA FAMILIA

Algun miembro de la familia o pariente cercano a padecido estos sintomas.

SI	NO		SI	NO		SI	NO	
__	__	Artritis	__	__	Convulciones/Epilepsia	__	__	Cancer
__	__	Dependencia quimica	__	__	Hemofilia-Sangrante	__	__	Asma/fiebre del heno
__	__	Enfermedad del corazon	__	__	Desordenes mentales	__	__	Presion alta
__	__	Enfermedad del rinon	__	__	Colesterol elevado	__	__	Jaqueca/migrana
__	__	Tuberculosis	__	__	Diabetes			

HISTODIA DE NACIMIENTO

Hospital_____ Obstretrician_____

Tipo de parto_____ Complicasiones_____Peso al nacimiento_____

Medida de nacimiento_____

Tubo problemas el bebe antes o despues de nacer?_____

HISTORIA DE SALUD

Nombre del pediatra?_____Ciudad/Estado_____Telefono_____

Fecha de la ultima examinacion_____Resultados_____

El menor esta bajo el cuidado de algun pediatra?_____

Recive algun medicamento o droga?_____

El menor a sido hospitalizado?_____Fecha_____Hospital_____

Razon porque lo hospitalisaron_____

Medicamentos_____

Allergias_____

El menor a tenido dificultades recientes o en el pasado sobre estos sintomas?

SI	NO		SI	NO		SI	NO	
__	___	Sida	__	___	Problemas de la vejiga	__	___	Estrenimiento/diarrea
__	___	Defectos de nacimiento	__	___	Varicela	__	___	Infeccion del oido
__	___	Paralisis cerebral	__	___	Drogas/abuso del alchol	__	___	Problemas del corazon
__	___	Diabetes	__	___	Problemas del oido	__	___	Plomo venenoso
__	___	Desmayos	__	___	Sarampion	__	___	Fiebre reumatico
__	___	Enfermedades del rinon	__	___	Pulmonia	__	___	Tuberculosis
__	___	Paperas	__	___	Problemas de la tiroides	__	___	Enfermedad del higado
__	___	Problemas al hablar	__	___	Problemas urinarios	__	___	Problemas de sinusitis
__	___	Problemas de la vision	__	___	Asma	__	___	Colvulsiones
__	___	Anemia	__	___	Sangre en exceso	__	___	Cancer
__	___	Moja la cama	__	___	Hepatitis	__	___	Epilepsia
__	___	Lombrices	__	___	Otros Problemas			

Si su nino necesita attension medica y lo a traido otra persona que no sean sus padres o guardian legal, por favor firmar el consentimiento para ser atendido a su ausencia.
Yo doy mi concentimiento_____

La informacion que e dado es correcta al lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que sera guardada en stricta confidencia, y que es mi responsabilidad de informar a esta oficina de cualquier cambio en mi menor/nino estado medico.

Yo certifico que mi menor/nino esta cubierto por la aseguranza_____
Nombre de la aseguranza

Y relevo directamente al Dr._____todos los beneficios, si alguno, que pagare por los servicios prestados. Yo entiendo que yo soy finacieramente responsible por todos los cargos sean o no cubiertos por la aseguranza. Yo autorizo al doctor a dar toda la informacion necesaria para asegurar el pago de mis beneficios. Yo autorizo a usar mi firma en todos los documentos de mi aseguranza sean manuales o electronicos.

Firma de los padres/guardian_____Fecha_____

La informacion que e dado es correcta al lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que sera guardada en stricta confidencia, y que es mi responsabilidad de informar a esta oficina de cualquier cambio en mi menor/nino estado medico.

Yo certifico que mi menor/nino esta cubierto por la aseguranza_____

Nombre de la aseguranza

Y relevo directamente al Dr._____todos los beneficios, si alguno, que pagare por los servicios prestados. Yo entiendo que yo soy finacieramente responsible por todos los cargos sean o no cubiertos por la aseguranza. Yo autorizo al doctor a dar toda la informacion necesaria para asegurar el pago de mis beneficios. Yo autorizo a usar mi firma en todos los documentos de mi aseguranza sean manuales o electronicos.

Firma de los padres/guardian_____Fecha_____