

Formulario de registro de pacientes

Nombre del paciente: _____
Apellidos Primer nombre Segundo nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: (Principal) _____ (Celular) _____ (Trabajo) _____

Fecha de nacimiento _____ Correo electrónico: _____

Sexo: Masculino Femenino No. de seguridad social: _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Situación laboral: Tiempo completo Medio tiempo Empleador: _____

Estudiante: Tiempo completo Medio tiempo NA Institución educativa: _____

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nac.: _____ SS No. _____

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Blanco

Afroamericano Hispano

Asiático Nativo de Hawái

Otro: _____

Etnia: Hispano No hispano Idioma nativo: _____

Licencia de conducción #: _____ Estado: _____

Remitido por: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de contacto en el día: _____ Teléfono de contacto en la noche: _____

Nombre de la farmacia local preferida: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Farmacia de pedidos por correo: _____

Cómo se enteró de nosotros: Anuncio en el periódico Anuncio en TV/radio Páginas amarillas

Referencia de un familiar/amigo Internet Otro _____

Llene esta sección si el PACIENTE es estudiante o menor de edad:

Nombre de la madre: _____ Fecha de nac.: _____ SS No.: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre del padre: _____ Fecha de nac.: _____ SS No.: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

St. Joseph Pediatric Clinic
Formulario de información de salud
Recién nacido a 5 años

Nombre : _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Historial de nacimiento:

Edad de la madre al nacer: _____ número de embarazos de la madre: _____

Lugar de nacimiento: _____ fecha de vencimiento: _____

Tipo de entrega (círculo uno): vaginales o C-SECTION; fue de la mano de obra "inducido": SÍ NO

Medicamentos que se toman durante el embarazo: _____

Complicaciones médicas del embarazo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal | <input type="checkbox"/> Enfermedad similar a la gripe o alta temperatura |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Infección de riñón o la vejiga |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (gonorrea, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Problemas con sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Parto prematuro |
| <input type="checkbox"/> Exposición a la TB | <input type="checkbox"/> Exposición de a plomo/productos químicos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades dentales | <input type="checkbox"/> Lesiones o la hospitalización |

Peso del bebé al nacer: _____ libras, _____ ounces

Bodega antigua era el bebé en el momento de la aprobación de la gestión del hospital: _____

Los problemas para el bebé durante la estadía en el hospital?: _____

(incluir infecciones, ictericia, pantalla de audición fallida, soplo en el corazón, problemas respiratorios)

¿Bebé obtener la vacuna contra la hepatitis B en el hospital? SÍ NO

Historia médica del bebé/niño:

Las vacunas actuales: SÍ NO Lista cualquier alergia conocida: _____

¿Cualquier problemas médicos crónicos (círculo todas las que correspondan)? NONE o anemia, infecciones de oído, visión de problemas de audición problemas, las convulsiones y epilepsia, infecciones de la vejiga y riñón, neumonía, bronquitis, alergias, asma, eccema, lead exposure, other _____

¿Su hijo toma cualquier medicamento rutinariamente? SÍ NO en caso afirmativo, indique _____

Lista de cualquier cirugías, fracturas o lesiones: _____

¿Su hijo nunca tuvo que ser hospitalizado? SÍ NO en caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta: _____

¿Su hijo ha tenido algún problema del desarrollo? SÍ NO en caso afirmativo, sírvase precisar _____

Historia de la familia:

(MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

	Mamá	Padre	Hermanos	Tías	Tíos	Abuelas		Abuelos	
						De mamá Familia	De familia padre	De mamá Familia	De familia padre
Trastorno de la sangre/anemia									
Enfermedades del corazón									
Colesterol alto									
Presión arterial alta									
Trazo									
Cáncer									
Diabetes									
Epilepsia y las convulsiones									
Problemas renales									
Las enfermedades genéticas y defectos de nacimiento									
Audiencia de la infancia Problemas									
TB/tuberculosis									
Asma y las alergias									

Historia social:

¿Quién vive en casa actualmente? _____

¿Lista de cualquier mascotas: _____ nadie fume en su casa? SÍ NO

¿Does su hijo asistir a la guardería? SÍ NO



Consentimiento General Para Recibir Tratamiento Medico Para un Menor

Yo, _____ por medio del presente declaro que tengo el derecho legal de otorgar mi consentimiento para el tratamiento médico y quirúrgico debido a que soy el padre o tutor del paciente(s). Yo autorizo y concedo a las persona(s) mencionadas a continuación permiso del padre natural o tutor legal para consentir y firmar para cualquier y todos los procedimientos médicos/quirúrgicos o tratamientos que se consideren necesarias para el bienestar de mi hijo(s). Estoy estableciendo que tengo la autoridad de consentir para todos los cuidados médicos/quirúrgicos relacionado con los nombrados niño(s).

Esta autorización es para:

- o La fecha de hoy solamente: _____
- o Fecha especifica: _____
- o Todas las futuras visitas efectivas durante un año a partir de la fecha de hoy: _____

_____/_____/_____
 Firma de padre/tutor Relacion al paciente Fecha de hoy

Hijo(s):

1. _____	_____/_____/_____	2. _____	_____/_____/_____
Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
3. _____	_____/_____/_____	4. _____	_____/_____/_____
Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
5. _____	_____/_____/_____	6. _____	_____/_____/_____
Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento

Persona(s) que están autorizados para obtener atención médica para el niño(s) nombrados arriba.

1. _____	_____
Nombre (en letra de imprenta)	Relación el niño(s)
2. _____	_____
Nombre (en letra de imprenta)	Relación el niño(s)