



## 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's Pediatric Clinic  
Formulario de información de salud  
Niños en edad escolar

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

Peso del bebé al nacer: \_\_\_\_\_ libras, \_\_\_\_\_ ounces

**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 del oído, problemas de visión, audiencia de problemas, las convulsiones y epilepsia, infecciones de la vejiga y riñón, neumonía, bronquitis, alergias, asma, eczema, exposición al plomo, ADD/ADHD, otros: \_\_\_\_\_

¿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									
Traza									
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:**

En casa, quien actualmente vive: \_\_\_\_\_

¿Lista de cualquier mascotas: \_\_\_\_\_ Nadie fume en su casa? SÍ NO

¿Su hijo asisten a la escuela? SÍ NO, si cuál es su nivel de grado? \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido que repetir un grado? SÍ NO, si es así ¿qué nivel de grado? \_\_\_\_\_

¿Su hijo participar en programas educativos especiales? \_\_\_\_\_

¿Qué ocurre fuera de las actividades escolares does su hijo participar en? \_\_\_\_\_



**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 específica: \_\_\_\_\_
- 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)