

<b>PACIENTE</b>	Primero	Entremedio	Ultimo	Apodo (si es asi)	Edad Ahora	Fecha de Nacimiento
	Dirección			Numero de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Numero De Telefonó
	<b>Raza:</b> Blanco Afroamericano Indio Americano Asiático Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico				<b>Etnicidad:</b> Hispano/Latino No-Hispano/Non-Latino Otro (o) No Determinado	
	Idioma Preferido: Ingles Español Otro					

<b>PADRES/GUARDIAN</b>	Nombre de Madre		Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó	Casa Trabajó Celular	
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo	Casa Trabajó Celular
	Empleador			Direccion de correo Electrónico		
	Nombre de Padre		Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó	Casa Trabajó Celular	
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo	Casa Trabajó Celular
	Empleador			Direccion de correo Electrónico		
	Responsible del Pago (si el padre es menor de 18 años)			Relación	Numero de Telefonó	Casa Trabajó Celular
	Dirección				Telefono Alternativo	Casa Trabajó Celular

<b>CONTACTOS DE EMERGENCIA</b>	Nombre	Telefono	<b>Hermanas/os</b>	Nombre	Fecha de Nacimiento
	Nombre	Telefono		Nombre	Fecha de Nacimiento
	Nombre	Telefono		Nombre	Fecha de Nacimiento
	Nombre	Telefono		Nombre	Fecha de Nacimiento

<b>Seguranza</b>	Aseguradora:	Nombre del titular de la política:
	Politica fecha titular de nacimiento:	Numero de poliza:
	Numero de grupo:	Employer:

Firma de Persona Responsable

Fecha

Firma de Actualización

Fecha

Firma de Actualización

Fecha

Firma de Actualización

Fecha



## Reconocimiento de Revisa de Noticia de Practicas Privadas

Yo he revisado la Noticia de Practicas Privadas de su oficina que me explica como podrá ser usada y divulgada mi información medica. Yo entiendo mis derechos a recibir una copia de este documento.

---

Nombre de Paciente

---

Nombre del Padre o Guardian

---

Firma de Paciente, Padre, o Guardian

---

Relacion a Paciente

---

Fecha



## ***CONSENTIMIENTO DEL PADRE PARA TRATAMIENTO***

En acuerdo con la ley de Texas, Northeast Texas Pediatrics no proveerá la preocupación de salud a los menores a menos que un padre o madre le acompaña, un padre o madre provee un consentimiento escrito, o hay un curso que la clínica puede estar en contacto con el padre.

En Texas, un paciente está considerado un “menor” sí él/ella está menor que la edad de 18, nunca está casado, o no ha sido declarado un menor legalmente emancipado.

Yo autorizo las personas siguientes piden la tratamiento para el hijo (a) siguiente en mi ausencia.

\_\_\_\_\_  
Paciente/Hijo (a)

\_\_\_\_\_  
Paciente/Fecha de nacimiento del Hijo

\_\_\_\_\_  
Nombre/Relación

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre/Relación

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre/Relación

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre/Relación

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



## LA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Paciente/Nombre del Hijo (a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

*Por favor escribe su inicial todas cajas.*

### RESPONSABILIDAD FINANCIAL

Yo honraré la póliza del pago de la Northeast Texas Pediatrics, PLLC en su totalidad en el momento que los servicios son prestados. Yo entiendo que efectivo, cheque o tarjeta de crédito son aceptados para pagos.

### CANCELACION DR CITA QUOTA/MULTA

Las citas deben ser canceladas antes de la visita o de no presentarse, una multa de 25 dolares se le cobrara. No se harán citas posteriores hasta que haiga pagado esta cuota. Cualquier cita programada para la mañana tendrá que ser cancelada el día anterior. Cualquier cita programada paral la tarde tendrá que ser cancelada a las 9:00am el mismo día.

### AUTORIZACIÓN PARA EL CUIDADO

Yo concedero permiso a Northeast Texas Pediatrics, PLLC para administrar tan cuidado como ese de mi medico quien puede juzgar nesecario en mi diagnosis y tratamiento. Yo comprendo que tan cuidado puede incluir tratamiento medico y trasmitar procesos de cirugia menores.

### AUTORIZACIÓN PARA SOLTAR INFORMACIÓN

Yo por este acto, autorizo que Northeast Texas Pediatrics, PLLC suelte informacion necesaria por los siquientes razones: a otros medicos para continuar evidado profesional; a cualquier compania de aseguransa o a sus representantes; o de otra manera conceder por ley. Yo suelto a Northeast Texas Pediatrics, PLLC de cualquier obligacion para el suelto de está informacion y yo comprendo que en soltar específicamente incluye cualquier y todos exámenes de sangre y los que son relacionados incuyendo HIV, HIB y otras enfermedades. Esta autorización no cambiará y es limitada tiempo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



Por favor marque con un circulo cada elemento que se aplica a su hijó/a.

Paciente/Nombre del Hijo (a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Historia de la Familia** ¿Hay antecedentes familiares de cualquiera de los siguientes?

- \* Deficiencia de Atencion e Hiperactividad trastorno caracterizado
\* Alcoholismo
\* Alergias tipo \_\_\_\_\_
\* Anemia
\* Artritis
\* Asma
\* Trastorno hemorrágico
\* Cáncer de mama
\* Cáncer de cuello uterino
\* Enfermedad cardíaca congénita
\* Cáncer de colon
\* Los pólipos de colon
\* Enfermedad de la arteria coronaria
\* Depresión
\* Diabetes
\* Enfermedad del corazón
\* Hepatitis B
\* Hepatitis C
\* Hipertensión
\* Hiperlipidemia
\* Enfermedad de riñon
\* Problemas de aprendizaje
\* Cáncer de pulmon
\* Melanoma
\* Migraña
\* Cáncer de ovario
\* Cáncer de pancreas
\* Enfermedad renal
\* Convulsiones
\* Cáncer de piel
\* Suicidio
\* Enfermedad de la tiroides
\* Tuberculosis

**Historia Social** ¿Alguno de los siguientes afectan a su hijó/a?

- \* Historia de abuso doméstico
\* Padres divorciados
\* ¿Alguien fuma alrededor de su hijo/a? Sí / No
\* Religión afectara el cuidado
\* Vive con sus abuelos Explicar Sí \_\_\_\_\_
\* Cuidado de crianza temporal
\* Adoptado/a \_\_\_\_\_

**Historia Medica** ¿Ha sido diagnosticado su hijó/a con alguna de los siguientes?

- \* Dificiencia de Atencion trastorno caracterizado
\* Asma
\* Fractura tipo \_\_\_\_\_
\* Hernia inguinal
\* Dificiencia de Atencion e media
\* Esotropia (estrabismo fijo interno)
\* Enfermedad de reflujo gastroesofágico
\* Recurrente Otitis
\* Hiperactividad trastorno caracterizado
\* Exotropia (estrabismo divergente)
\* Lesión en la cabez (infección del oído)
\* Anemia
\* Convulsiones febriles
\* Hepatitis B
\* Virus Sincicial Respiratorio
\* Apnea (detencion de la respiracion)
\* Hepatitis C
\* Hernia umbilical
\* Apendicitis
\* Hipertension
\* Infección del tracto urinario

**Historia Quirúrgica** ¿Su hijó/a ha tenido alguna de las siguientes operaciones?

- \* Cirugia abdominal
\* Colectectomia
\* Artroscopia de rodilla
\* Problema de la anestesia - Sí / No
\* Adenoidectomia
\* Circuncisión
\* Miringotomia Explicar Sí \_\_\_\_\_
\* Apendectomia
\* Digitos adicionales
\* Delirio postoperatorio \_\_\_\_\_
\* Cirugia de la espalda
\* Hernia umbilical
\* Sondeado conducto lagrimal
\* Complicaciones quirúrgicas - Sí / No
\* Broncoscopia
\* Hernia inguinal
\* Amigdalectomia Explicar Sí \_\_\_\_\_
\* Amigdalectomia y Adenoidectomia \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor legal

Fecha