

PEDIATRIC UROLOGY ASSOCIATES P.C.
PATIENT REGISTRATION FORM

Por favor tómese unos minutos para llenar este formulario, esto nos permitirá ofrecerle el mejor cuidado posible. Por favor responda todas las preguntas. Si UD no sabe la respuesta, por favor escriba "no se", si alguna pregunta no aplica a la situación por favor escriba "no aplica" o N/A. Todas las respuestas serán guardadas como parte de su record medico.

Nombre legal del paciente (Apellido, Medio, Nombre): _____

Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ M o F: _____ Peso: _____

Dirección del paciente: _____
Calle Ciudad Estado Codigo

Teléfono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Nombre del padre o guardián legal (Apellido, Medio, Nombre): _____

Quien Vive con el paciente: _____ # de la familia: _____

Responsable del niño: _____ Relación: _____

(Adulto acompañando al Niño/a)

Dirección: _____

Doctor Primario: _____ Teléfono: _____

Farmacia local y número telefónico: _____

Podemos contactar el su Doctor primario sobre el tratamiento del paciente? SI NO

Existe algún tratamiento medico, incluyendo transfusión de sangre, que UD rechazaría basado en motivos personales o religiosos? SI NO

Seguro Primario: _____ **Suscriptor:** _____

Fecha de Nacimiento del suscriptor: _____ # de seguro social: _____ - _____ - _____

Genero: M o F

Relación con el Paciente: _____ # Póliza: _____ Grupo: _____

Suscriptor Empleador y Ocupación: _____ # trabajo: _____

Seguro Secundario: _____ **Nombre del suscriptor:** _____

Genero: M o F Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Relación con el Paciente: _____ # Póliza: _____ Grupos: _____

Suscriptor empleador y ocupación: _____ Numero de trabajo: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

POR FAVOR LEA, TODOS LOS CARGOS DEBEN SER PAGADOS AL MOMENTO DEL SERVICIO. TODOS LOS SERVICIOS PROFESIONALES SON COBRADOS A LA PARTE RESPONSABLE DEL PACIENTE. CUANDO LOS FORMULARIOS SON COMPLETADOS APROPIADAMENTE FALICITAN LOS PAGOS DE PARTE DE SU SEGURO. SIN EMBARGO, EL PACIENTE ES RESPONSABLE FOR TODOS LOS CARGOS INDEPENDIENTEMENTE SI LA COVERTURA DE SU SEGURO ES APLICABLE, ES REQUERIDO PAGAR POR LOS SERVICIOS AL MOMENTO QUE SON EFECTUADOS A MENOS DE QUE EXISTA UN ACUERDO PREVIO CON EL MANAGER DE LA OFICINA. SI SUS CUENTAS VAN A COLECCION, LA PARTE RESPONSABLE SERA RESPONSABLE Y TENDRA UN BALANCE HASTA QUE SE HAGA REALIZE EL PAGO TOTAL DE LA CUENTA. EL SEGURO MEDICO ES UN CONTRATO ENTRE UD Y SU COMPANIA DE SEGURO. NOSOTROS NO NOS VEREMOS ENVUELTOS EN DISPUTAS ENTRE UD Y SU COMPANIA DE SEGURO ACERCA DE DEDUCIBLES, PAGOS, CARGOS USUALES, ETC., APARTE DE PROVEER INFORMACION NECESARIA.

Autorizacion y consentimiento de seguro: Yo autorizo que los beneficios de pago sean hechos a mi o Pediatric Urology Associates por cualquier servicio realizado por la parte que acepto el consentimiento. Yo autorizo a cualquier titular de informacion medica u otra clase de compartir mi información con Social Security Administration y Health Care Financing Administration o sus intermediarios o portadores de cualquier otra compania de seguro informacion necesaria relacionada con cualquier reclamo. Yo entiendo que mi firma autoriza que los pagos sean realizados y que la información sea ompartida para pago de reclamos. El articulo 9 de HCFA-1500 del reclamo es completado, mi firma autoriza que que la información sea compartida con el asegurador que aparezca en el reclamos. En casos asignados de la compañía de seguros, el medico o suplidor esta de acuerdo en aceptar determinado cargo por parte del la compania de seguro, como cargo complete determinado por el contrato de la compania de seguro, y el paciente es responsable solo por el deducible, co-pago y servicios no cubiertos si aplican.

Co-pagos y deducibles se basan en la determinacion de la compañía que los establece.

Firma Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Por que condición esta aquí su hijo/a para ser tratado?

Ha recibido su hijo/a algún tratamiento por esta condición anteriormente

Ha sido su hijo/a tratado por algún Urólogo en el pasado por esta condición ? No Si

Si es así por favor especifique:

EMBARAZO Y NACIMIENTO:

Donde Nació su hijo? _____

Es su hijo por: Nacimiento Adopción Hijastro/a Otro:

Por Favor indique algún problema medico durante el embarazo: Ninguno Especifique

Nacimiento: Parto normal Cesaría SI fue cesaría, cual fue la razón:

Por Favor indique algún problema durante el periodo de recién nacido Ninguno Si fue prematuro cuanto tiempo:

Hubo alguna abnormalidad conocida en el ultrasonido prenatal? Ninguno Si así fue, que fue?

PROBLEMAS GENERALES DE SALUD:

Algún problema de alimentación? Ninguno Si así es, especifique:

Algún problema del sueño? Ninguno Si así es especifique

Algún problema de desarrollo? Ninguno Habla Habilidades motores fina Habilidades motoras gruesas Otros:

Tiene alguna preocupación sobre la exposición a agentes ambientales? No Si Si así es, que agentes?

Plomo Moho Tabaco Otro:

VACUNAS:

Ha Viruela Sarampion Paperas Rubela Hepatitis A Meningitis Tuberculosis (TB) Flu Hepatitis B Tetano Varicela Hepatitis B Tetano Varicela tenido su hijo:

MEDICAMENTOS:

Por Favor indique **TODOS** los medicamentos (comprados sin prescripción también), vitaminas, hierbas y suplementos que tome su niño/a

Medicamento **Dosis** **Frecuencia** **Día que empezo**

Nombre del Paciente: _____

ALERGIAS Y REACCIONES A:

NINGUNA

Efectos Secundarios

Medicamentos:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Quimicos:

_____	_____
_____	_____

Alimentoss:

_____	_____
_____	_____

HISTORIA MEDICA: Ha tenido su hijo/a (o tiene) problemas con:

Vision/Ojos Ninguna Glaucoma No ve de lejos o cerca Lentes Cataratas Vision borrosa
 Otros: especifique _____

Oido, Nariz Ninguno Perida de la audicion Infecciones del oido frecuentes Lesiones del Oido Secrecion de los oidos Resfriados
Garganta sinusitis Goteo nasal Sangramiento de la nariz Dolor de garganta Dificultad para tragar
 Perdida o cambio con el olfato o gusto
 Otro, especifique _____

Respiratorio /respiracion Ninguno Asma Pneumonia Infeccion sinusal Tos cronica
 Otro, especifique _____

Corazon/ Circulacion Ninguno Soplo cardiaco Presion alta Lesion de la valvula mitral Lesion de la valvula aorta Palpitaciones rapidas
 fiebre reumatica, cardiopatia reumatica Desmayos, mareos Colesterol alto Falta de aire
Otro: especifique _____

Sistema Digestivo Ninguno Intorelancia a la comida Vomito Diarrea Nausea Ictericia
 Colitis Enfermedad de Crohn Ulcera Estrenimiento
 Otro, especifique _____

Orthopedico ninguno Problemas al caminar Problemas para correr Artritis Fractura de huesos Lesion de la columna
 Scoliosis Infalmacion de las articulaciones espasmos musculares Adormecimiento de manos o pies
 Otro: especifique _____

Endocrinologico Ninguno Diabetes Hipotiroidismos Deficiencia de la hormona del crecimiento Fiebres
 Escalofrios Transpiracion excesiva
 Otro, especifique _____

Hematologico ninguno Anemia Moretones con facilidad Transfusiones de sangre previa Enfermedad de las celulas fulsimormes Hemofilia
 Von Willebrand's hemorragias despues de la extraccion de un diente VIH/SIDA
 Otro: especifique _____

Neurologico Ninguno Convulciones Desmayos, pedida de conocimiento Temblores Paralisis Espina Bifida
 Dolores de cabeza
 Otro, especifique _____

Piel: Ninguno Salpullido Erupciones Marcas de nacimiento Puntos Café-au-lait
 Heridas que no sanan Cambios en la piel Cambio de las ungas Cambios en el cabello
 Otro, especifique _____

Cancer: ninguno Si "si" que tipo: _____
Fecha del diagnostico: _____ Tratamiento: _____
Medico encargado del tratamiento: _____

HISTORIA QUIRURGICA:

ninguna Amigdalectomia Adenectomia Apendectomi Reparacion de hernia
 Cirugia Cardiaca Cirugia de la espina cirugia de los ojos cirugia Intestinal Cirugia urologica previa
 Otro: Especifique _____

Ha sido su hijo expuesto a anestesia local? No Si
Hubo algun problema o reaccion adversa? _____
Ah sido su hijo expuesto a anestasia gerneal ? No Si
Hubo algun problema o reaccion adversa? _____
Lagun miembro de su familia a tenia algun problema o reaccion adversa a la anesthesia local o general? No Si
Si asi es, por favor espedifique

Su hijo sangra o tiene moretones facilmente? No Si
Por Favor especifique:

HOSPITALIZACIONES PREVIAS O ENFERMEDADES GRAVES:

Ano/Razon: _____

Ano/Razon _____

Ano/Razon: _____

Yo certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta y verdadera DE MI CONOCIMIENTO.

(Firma del padre/Guardian Legal)
Fecha

Relacion al Paciente