



Informacion Del Paciente:

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Correo Electronico _____

Direccion Completa : _____

Telefono Celular: _____ Telefono de casa: _____

Nacionalidad: _____

Informacion De Padres

Nombre de Madre _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padre _____ Fecha de Nacimiento: _____

Informacion de Seguro Medico – PRIMARIA

Nombre de Seguro Medico: _____ No. de ID _____

No. grupo: _____ Dueño de Poliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____ Telefono de trabajo: _____

Seguro Social: _____ Direccion: _____

SEGUNDO

Nombre de Seguro Medico: _____ No. de ID _____

No. grupo: _____ Dueño de Poliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____ Telefono de trabajo: _____

Seguro Social: _____ Direccion: _____

Informacion de Emergencia

Persona a quien llamar en caso de emergencia _____

Parentesco _____ Telefono de casa _____

Telefono celular _____

Medicamentos

Farmacia preferida: _____ Direccion: _____

Lista de medicamentos que toma: _____

Alergias

Tiene alergias a comida? _____

Tiene alergias a medicamento? _____

Alguna otra alergia (incluyendo reaccion)? _____

Historia Paciente-Pediatrico

Problemas medicos actuales? _____

Lista de cirugias que has tenido (incluye año, cirujano y hospital): _____

Describir hospitalizaciones/enfermedades no incluidos arriba (incluye año y hospital): _____

Lista de algun hueso quebrado o fractura (incluye hueso lastimado y el año). _____

Historia del parto (niños menos de 2 años)

Tipo de parto: Vaginal/ Cesarea Cuantas semanas/meses? _____ Gemelos? _____

Peso al nacer? _____ Hospital? _____ Días en el hospital? _____

Complicaciones de embarazo o parto? _____

El bebe paso el examen auditivo? _____

Alimentado por pecho o biberon (encierra uno) hasta que edad? _____

Porfavor ponga las edades en cual su bebe empeso a:

Caminar _____ gatiar _____ hablar _____ ir al bano _____

Forma de Historia Paciente-Pediatrico

Quien en su familia tiene/ha tenido (encierra si fue la causa de muerte y apunte edad)

Enfermedad del corazon _____ trastorno genetico _____

diabetes _____ cancer _____

enfermedad de la tiroides _____ alcoholismo _____

enfermedad mental _____ artritis _____

glaucoma _____ asma _____

alergias _____ problemas estomacales _____

tuberculosis _____ presion alta _____

Lista cualquier otra enfermedad que corre en su familia y especifica su parentesco al miembro. _____

Quien vive en casa? _____

Quien cuida el niño(a) la mayoría del tiempo? _____ Quien mas cuida el niño(a)? _____

Asiste su niño(a) a (encierra todos que apliquen)? niñera _____ preescolar _____ escuela _____ estudia en casa _____

Tiene algun preocupacion sobre la seguridad de su niño(a)? _____

Aproximadamente cuantas horas al dia mira television o usa computadora su niño(a)? _____

Usa (encierra uno) cinturón asiento de bebe ninguno Hay pistolas/armas de fuego en casa? _____

Monta bicicleta su niño(a)? _____ si responde si, usa casco? _____

Usa bloqueador solar su niño(a)? _____ Tienen alberca en casa? _____ Cerco o alarma de alberca? _____

Describir dieta de su niño(a). _____

Tiene algun preocupacion por el peso de su niño(a)? _____

Tiene algun preocupacion por el modo de respirar de su niño(a)? _____

Tiene algun preocupacion con el entrenamiento del acto de orinar y de defecar? _____

Tiene algun preocupacion por el estudio o aprendizaje de su niño(a)? _____

Tiene algun preocupacion por el comportamiento de su niño(a)? _____

Otra cosa que nos quiera dejar saber de su niño(a)? _____

Firma y fecha: _____

VIPediatrics -Responsabilidad Financiera

Como cortesía a nuestros pacientes, nos hemos inscrito en varios programas de Seguro de cuidado medico.Estamos agradecidos con poder proporcionarle este servicio, y haremos cada esfuerzo de verificar cobertura y de mandar la cuenta a su compania de seguros de manera adecuada. Sin embargo, no es posible saber cada requisito de cada plan individual.

Es la responsabilidad de cada paciente saber los detalles del regimen de seguros . Además de cualquier lapso en cobertura de su Seguro medico.Cualquier carga que ocurra como resultado de restricciones o de lapsos en cobertura del Seguro, es en ultima instancia , la responsabilidad del paciente.Desafortunadamente, si usted no nos informa de requisitos especiales requeridos por su plan y nosotros pedimos los servicios medicamente necesarios,tales como trabajo del laboratorio, hospitalizacion, o fuentes que no son cubiertas por su plan.Le Podemos mandar el cobro por esos cargos. Si la cobertura de Seguro actual no se puede verificar antes de cada cita, el pago sera debido a la hora de servicio.La oficina solo mandara un cobro por servicios rendidos por nuestros doctors. Los laboratorios son entidades separados y le puede mandar el cobro a usted o a su Seguro medico por los servicios realizados por dicho laboratorio.Si usted tiene alguna pregunta sobre el cobro del laboratorio por favor comuniquense directamente con su compania de Seguro medico o con el laboratorio.

Entiendo completamente que VIPediatrics of Las Vegas le mandara los cargos a mi Seguro por contesia.En caso de falta de pago del Seguro soy responsable totalmente por cualquier pago por tratamiento.Si la cuenta llega a ser delinciente soy responsable por los intereses y cualquier posterior recogida y honorarios legales relacionados con las devolucion de la cantida adeudada a VIPediatrics of Las Vegas.

Se le puede cargar un honorario administrativo de **\$30.00 para llenar formularios** tales como deshabilidad o Seguro y solicitudes de registros medicos.Por favor este enterado que estos servicios pueden requerir hasta siete a diez dias laborales para completer.

Cheques que sean devueltos del banco,por cualquier razon se les aplicara un honorario administrativo de \$30.00 ademas de la cantidad original del cheque. Los cheques NSF se deben redimir con los fondos certificados y no se le permitiran mas cheques como forma de pago.

VIPediatrics of Las Vegas tambien reserva el derecho de cargar un honorario de **\$50.00 para los pacientes que faltan a su cita** sin llamar a cancelar dentro del plazo de 24 horas antes de la cita. Usted puede programar una cita como un examen anual, cuidados preventivo o examen de rutina. Si durante su visita usted tiene otras preocupaciones o problemas que quieren un diagnostic o otro tratamiento seria considerado un examen orientado al problema y puede incurrir en cargos adicionales de oficina o laboratorio.

Reconozco que he leído y entiendo la informacion anterior.Entiendo que sera financieramente responsable por los servicios que mi compania de seguros indica que son "responsabilidad del paciente". Reconozco las politicas y acepto las responsabilidades contorneadas dentro de ellas.

Firma _____ Fecha _____

Escribe su nombre en letras molde _____