

# ARCHIVO DE PACIENTE NUEVO

NOMBRE DEL NIÑO/A: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICO ACTUAL:

¿Tiene su niño/a algún problema médico? [ ] Sí [ ] No    ¿Tiene su niño/a alguna alergias a medicinas? [ ] Sí [ ] No

## HISTORIAL MEDICO DE LA FAMILIA

Coteje si el paciente (Pt.) o algun miembro de la familia del paciente [padres (P), hermanos (H), abuelos (A), tíos o tías (T)] han sufrido o padecido de las siguientes enfermedades o problemas. *Coloque la inicial apropiada despues de cada uno.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias _____  | <input type="checkbox"/> Recibe Vacunas De Alergias _____                |
| <input type="checkbox"/> Alergias A Medicamentos _____   | <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales o De Los Intestinos _____ |
| <input type="checkbox"/> Eczema _____  | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios Frecuentes _____        |
| <input type="checkbox"/> Tubos En Los Oidos _____  | <input type="checkbox"/> Anemia o Desordenes De La Sangre _____          |
| <input type="checkbox"/> Asma _____  | <input type="checkbox"/> Diabetes _____                                  |
| <input type="checkbox"/> Problemas De Crecimiento _____  | <input type="checkbox"/> Convulsiones _____                              |
| <input type="checkbox"/> Problemas De Colesterol _____   | <input type="checkbox"/> Presion Arterial Elevada _____                  |
| <input type="checkbox"/> Ataque De Corazon o Derrame Cerebral Antes De La 55 Años De Edad _____            | <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales o De Conducta _____       |
| <input type="checkbox"/> Problemas Hereditarios _____  | <input type="checkbox"/> Problemas En La Escuela _____                   |
| <input type="checkbox"/> Cancer _____  | <input type="checkbox"/> Problemas De Alcohol o Drogas _____             |
| <input type="checkbox"/> ¿La Madre Uso Tabaco, Alcohol, o Drogas Recreacionales Mientras Embarazada? _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Otras _____   |  |

## HISTORIAL DE EMBARAZO O DE RECIEN NACIDO:

Embarazo (Coteje Areas Con Problemas)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Peso Excesivo                 | <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias | <input type="checkbox"/> Hinchazon Excesiva    |
| <input type="checkbox"/> Rubeola (Sarampion De 3 Días) | <input type="checkbox"/> Toxemias              | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas |
| <input type="checkbox"/> Otras _____                   |  |  |

Nacimiento o Parto:     Vaginal                       Cesarea

¿Fue el bebe: [ ] a Termino o [ ] Prematuro?    Peso Al Nacer: \_\_\_\_\_

¿Parto Dificultoso y Prolongado? [ ] Sí [ ] No                      ¿Parto Dificil y Con Complicaciones? [ ] Sí [ ] No

Recien Nacido:                       Pecho                       Formula \_\_\_\_\_

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas De Alimentacion | <input type="checkbox"/> Cambios De Formula | <input type="checkbox"/> Colicos                |
| <input type="checkbox"/> Sangre En La Excreta      | <input type="checkbox"/> Vomitos Frecuentes | <input type="checkbox"/> Ganancia De Peso Lenta |
| <input type="checkbox"/> Diarreas Frecuentes       | <input type="checkbox"/> Ictericia          | <input type="checkbox"/> Otras _____            |

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

MY CHILDREN'S DOCTOR  
2484 CARING WAY STE F  
PORT CHARLOTTE, FL 33952  
TELEPHONE: (941) 625-1999

NOMBRE DE SU HIJO/A \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NUMERO SEGURO SOCIAL \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ NOMBRE DESOLETERA DE LA MADRE \_\_\_\_\_

GUARDIAN: \_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_ PADRE \_\_\_\_ AMBOS \_\_\_\_ ABUELOS \_\_\_\_ OTRO

NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_

SEGURO DE SALUD PRINCIPAL \_\_\_\_\_ NUMERO DE GRUPO \_\_\_\_\_

QUIEN PROVEE EL SEGURO DE SALUD PRINCIPAL? \_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_ PADRE \_\_\_\_ OTRO

SI ES OTRA PERSONA, DE NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL DEL POSEEDOR \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

SEGURO SECUNDARIO \_\_\_\_\_ NUMERO DE GRUPO \_\_\_\_\_

POSEEDOR DE POLIZA DE SALUD SECUNDARIO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL DEL POSEEDOR \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

DIRECCION DONDE EL NINO VIVE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO:

\_\_\_\_\_  
CALLE Y NUMERO CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

DIRECCION POSTAL: \_\_\_\_\_ LA MISMA ANTERIOR

O, ENVIE A:

\_\_\_\_\_  
CALLE Y NUMERO CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

TODAS LAS VISITAS A LA OFICINA TIENEN QUE SER PAGADAS AL MOMENTO QUE SE PRESTA EL SERVICIO POR LA PERSONA QUE TRAE AL NINO. ESTO APLICA A PADRES DIVORCIADOS ( INCLUYENDO EL PADRE SIN LA COSTODIA LEGAL), LA NINERA, LOS ABUELOS & CUALQUIER OTRO FAMILIAR QUE TRAIGA EL NINO A LA OFICINA PARA CHEQUEO. LAS VISITAS A LA OFICINA SON POR CITA SOLAMENTE. EN CASO DE EMERGENCIA LLAME AL 911. DESPUES DE HORAS DE OFICINA, FINES DE SEMANAS Y DIAS FERIADOS, POR FAVOR VAYA A LA SALA DE EMERGENCIA SI NECESITA CUIDADO DE URGENCIAS, O PUEDE LLAMAR A LA OFICINA 625-1999 Y EL SERVICIO DE CONTESTAR TELEFONOS LLAMARA AL DR. RODRIGUEZ O AL MEDICO QUE ESTA CUBRIENDO POR EL PARA QUE LE DEVUELVA LA LLAMADA Y CONTESTAR SUS PREGUNTAS. SI EL MEDICO NO LO HA LLAMADO EN VEINTE MINUTOS, POR FAVOR LLAME OTRA VEZ. AUTORIZO A DR. RODRIGUEZ A PROVEER ALGUNA INFORMACION QUE SEA REQUERIDA POR LA COMPANIA DE SEGURO, ASI MISMO COMO PARA EL PAGO DE LOS SERVICIOS RENDIDOS. ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSIBLE POR LOS CARGAS NO CUBIERTOS POR EL SEGURO DE SALUD.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA. POR FAVOR INFORMENOS EN EL FUTURO SI HAY CAMBIAS EN LA DIRECCION, NUMERO DE TELEFONO O CAMBIAS SEGURO DE SU HIJO.



# My Children's Doctor, PA

2484 Caring Way Ste F  
Port Charlotte, FL 33952  
Phone: (941) 625-1999  
Fax: (941) 625-4600

I, \_\_\_\_\_, authorize Dr. Luis R. Rodriguez to:

Send my medical records to:

Obtain my medical records from:

**Name:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

**Phone # / Fax #:** \_\_\_\_\_

- Medical records (except as authorized by law, release of HIV/AIDS or alcohol/drug related information will require a specific release form).
- Medical records including HIV/AIDS, alcohol related information.
- I am transferring to this doctor (free of charge).
- I am not transferring care, but just want someone else to know about my care.
- I am requesting these records to be released to myself. Upon receipt I release Dr. Luis Rodriguez of any or all legal responsibility from this date forward. (Release of these records will result in a charge of \$1.00 per page).

This release applies to:

Name (please print)	Birth Date	Relationship to Patient
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

A photo static copy of this release is as valid as the original. I understand that I may withdraw consent at any time.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Signed:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Witness:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE ONLY:

These records were mailed / faxed on \_\_\_\_\_ by \_\_\_\_\_