



## Formulario de registro de pacientes

### Información del paciente:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino, femenino

restricciones especiales del paciente Pt: Sí No

Tutor: Padre madre abuelos guardianes \_\_\_\_\_

### Información de la madre:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código pos \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo elec \_\_\_\_\_

### Información del padre:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código pos \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo elec \_\_\_\_\_

### Información sobre el seguro:

Primario: \_\_\_\_\_ Poliza # \_\_\_\_\_

Titular: \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono seguro \_\_\_\_\_

El sexo del titular: Masculino femenino

### Secundario:

Titular: \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono seguro \_\_\_\_\_

El sexo del titular: Masculino femenino

### Contacto de emergenc (Diferente de los padres)

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre Peditra: \_\_\_\_\_

Nombre del Grupo: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Médico Referido: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Tel: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

El problema médico (¿Por qué está hoy?): \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_ ¿Síntomas?: \_\_\_\_\_

¿Hay algo que alive el dolor? ¿Qué lo empeore?: \_\_\_\_\_ Severidad (de 1-10): \_\_\_\_\_

Notas del doctor: \_\_\_\_\_

| Medicinas |       |           |
|-----------|-------|-----------|
| Nombre    | Dosis | Veces/Día |
|           |       |           |
|           |       |           |
|           |       |           |
|           |       |           |

| Alergias               |         |    |
|------------------------|---------|----|
| Látex                  | Si      | No |
| Alergias de medicinas: | Si / No |    |
| Lista:                 | _____   |    |
|                        | _____   |    |

| Historia Familiar         | Miembro de Familia |   |
|---------------------------|--------------------|---|
| Reflujo Vesicoureteral    | S                  | N |
| Enfermedad de Riñón       | S                  | N |
| Urinaci6 de la Noche      | S                  | N |
| Infecci6n tracto Urinario | S                  | N |
| Falta de Riñ6n            | S                  | N |
| Diabetes                  | S                  | N |
| Piedras de Riñ6n          | S                  | N |
| C6ncer                    | S                  | N |
| Problema con anestesia    | S                  | N |

| Historia Medical de Hijo  |   |   |                  |   |   |
|---------------------------|---|---|------------------|---|---|
| Perlesia Cerbral          | S | N | Hepatitis        | S | N |
| Hydronephrosis Prenatal   | S | N | Asma             | S | N |
| Soplo Cardiaco            | S | N | Estreñimiento    | S | N |
| Infecci6n Tracto Urinario | S | N | Hipertensi6n     | S | N |
| Demora de Crecimiento     | S | N | Spina Bifido     | S | N |
| Desorden del Asimiento    | S | N | Desviaci6n de VP | S | N |
| Desorden de la sangria    | S | N |                  |   |   |
| C6ncer                    | S | N |                  |   |   |
| Tipo de C6ncer: _____     |   |   |                  |   |   |

| Enumere cualesquiera m6s all6 de cirugias / de hospitalizaciones |     |
|--|-----|
| Tipo   | Año |
|  |     |
|  |     |
|  |     |
|  |     |
|  |     |

| Historia Social   |       |
|---|-------|
| ¿Dieta Especial?  | S N   |
| Necesidades especiales (sill6n de ruedas, apoyos, etc.) | S N   |
| Edad sin pañales:                                       | _____ |
| ¿Con qu6n vive el hijo?                                 | _____ |

Sintomas Constitucional

Fiebre S N  
Escalofrías S N  
Dolor de Cabeza S N  
Crecimiento Abnormal S N

Ojos

Blurred Vision S N  
¿Se pone rojo? S N  
Dolor S N

Allérgico/Imunológico

Fibre del heno S N  
Alergias de drogas S N  
Comidas S N

Neurológico

Temblores S N  
Problemas de la Coordinación S N  
Andar Abnormal S N

Oídos/Nariz/Boca/Garganta

Infección de oído S N  
Ardor de garganta S N  
Problema de sinus S N

Gastrointestinal

Dolor del estómago S N  
Nausea/Vomitando S N  
Stool Incontinence S N  
Estreñimiento S N  
Sangre en las heces S N

Cardiovascular

Soplo Cadiaco S N

Integumentario

Erupción S N  
Picazón S N  
Contusión Facil S N

Musculoskeletal

Dolor de Articulación S N  
Dolor de Cuello S N  
Dolor de Espalda S N

Genitourinario

Dolor al orinar S N  
Sangre en la orina S N  
Retención Urinaria S N  
Urinación Frecuente S N  
Urgencia al urinate S N  
Mojando urinario en el día S N  
Mojando urinario en la noche S N

Respiratorio (Pulmones)

Jadeando S N  
Tos frecuente S N  
Dificultad Respirar S N

Hematologico/Linfático

Glándulas hinchadas S N  
Problemas de coagulación de la sangre S N

Endocrina

Sed excesiva S N  
Demasiado Calor/Frío S N  
Candado/Inactivo S N  
Crecimiento abnormal de pelo S N

¿Tiene hermanos(as) su hijo?

**Nombres      Años**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo rayos-x? (Tipo de examen, Fecha, y Hospital donde ha recibido)

| Tipo | Fecha | Hospital |
|------|-------|----------|
|      |       |          |
|      |       |          |

¿Tiene algunas problemas medicales que necesitamos saber? S N

Enumere por abajo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

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



**HealthInsurancePortability and AccountabilityAct  
(HIPAA)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Estamos obligados por ley a proveerle con nuestro aviso de prácticas de privacidad que explica cómo usamos y revelamos su información de salud. También estamos obligados a obtener su firma, reconociendo que este anuncio se ha hecho disponible a usted.

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

Relación con el paciente: padre del uno mismo cónyuge otros \_\_\_\_\_

Razonpor'queel paciente no puedefirmarporsucuenta

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### **Responsabilidad de los gastos incurridos durante su visita médica.**

Pediatric Urology Associates les agradece por confiarnos con el cuidado médico de sus hijos. Estamos conscientes del alto costo de la atención médica y hacemos el mayor esfuerzo para mantener los costos lo más bajos posibles. Sin embargo, durante la visita médica su hijo/ hijapodrá requerir exámenes o procedimientos (tratamiento de adherencia de pene/ adherencia labio vaginal) que no están cubiertos por su seguro completamente. Usted será responsable por el costo de estos procedimientos que deberán ser pagados en el día de su consulta.

Al firmar abajo usted está confirmando que le hemos informado de este reglamento y su responsabilidad financiera.

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

### **Autorizaciones, Asignación de Beneficios y Referidos Médicos.**

Autorizo la entrega de mi información médica, incluyendo registros médicos completos, resultados de exámenes y facturación a mi compañía de seguro médico y a otros profesionales médicos a los que yo sea referido para tratamiento. Entiendo que esta información será utilizada para revisar, investigar o hacer el pago de la reclamación, y para revisar los récords, calidad, cumplimiento de auditoría y resolución de quejas. Autorizo el pago directamente a Pediatric Urology Associates de todos los beneficios médicos o quirúrgicos bajo los términos de mi seguro médico. Entiendo que soy responsable de todos los co-pagos, co-seguros, deducibles y los servicios que no sean cubiertos por mi seguro médico. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan fiel como el original.

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



### Consentimiento de padres para tratamiento de menores o adultos incapacitados

Al firmar este formulario, autorizo a PediatricUrologyAssociates para el tratamiento del paciente indicado con los asuntos especificados a continuación. Este consentimiento será válido por un (1) año o hasta que nuestra oficina sea notificada de otro modo.

Como padre o tutor legal, yo \_\_\_\_\_ (su nombre), doy permiso para que \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) sea examinado en PediatricUrologyAssociates bajo las siguientes pautas:

Puede visitar la oficina médica con un adulto responsable.

Nombre del adulto responsable \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autorizo lo siguiente:

- Exámen de orina / Prueba de laboratorio
- Uroflujo (Medición de la velocidad de la micción en la oficina)
- Ultrasonido
- Medicamentos recetados
- Otros: \_\_\_\_\_

Si es necesario algún tratamiento adicional, me deben contactar para dar mi consentimiento verbal. Se pueden comunicar conmigo al \_\_\_\_\_ (numero de teléfono) o \_\_\_\_\_ (numero de teléfono)

Firma del padre / tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_