

FORMA DE REGISTRO PARA PACIENTE NUEVO

Fecha de Hoy	
Nombre del Paciente (Apellido, Nombre)	
Fecha de Nacimiento	
Sexo	
Lugar de Nacimiento	
Peso al Nacer	
Metodo de Nacimiento (seleccione uno)	Vaginal o Cesaria o No esta seguro
Tiempo del Embarazo	Tiempo Completo or Prematuro (____ semanas de embarazo al nacer)
Cuantos dias estuvo El / La bebe en el hospital antes de ir a la casa.	
Lista de Complicaciones durante el tiempo de Embarazo?	
Ha estado El / La bebe hospitalizado (a) desde que nacio? (Fecha y por cuanto tiempo)	
Ha tenido El/La paciente alguna sirugia? (Fecha y por cuanto tiempo)	
Tiene El/La paciente alguna enfermedad o Condicion medica cronica?	
Que MEDICAMENTOS y Que CANTIDAD toma El/La paciente?	
De una Lista de los MEDICAMENTOS a los que el paciente es alergico.	
De una Lista de los ALIMENTOS a los que el paciente es alergico.	
Cuando fue el Ultimo Examen Fisico del paciente?	
Cual es su relacion familiar con el paciente?	
Con quien Vive actualmente el paciente?	
Favor de indicar las edades y sexos de los hermanos y padres del paciente.	
Los padres biologicos y/o hermanos del paciente tienen alguna enfermedad o condicion medica ?	Si Cual? No
Alguien Fuma en la casa del paciente ?	Si No
Hay algun animal en la casa del paciente ?	Si No
Cuantas Personas viven actualmente en la casa del paciente?	

EXCELLENT PEDIATRICS

333 ALCOVY STREET, SUITE # 1
MONROE, GEORGIA 30655
770.267.4992 PHONE / 770.267.5710 FAX

Persona Responsable Testifica

Yo pido autorizacion de pagos por beneficios para la organizacion medica enlistada arriba en esta forma, por cualquier servicio medico dado a mi o a mi hijo (a). Yo autorizo a toda organizacion que tenga cualquier recor o informacion medica mia o de mi hijo (a) que puede compartirla con mi compania de seguro o cualquier tercera organizacion responsable de pagar mis gastos medicos, agencia del estado de asistencia medica, o cualquier entidad del gobierno o privada responsable de pagar por mis beneficios medicos y los de mi hijo (a), cualquier informacion que estos necesiten para determinar mis beneficios o para cualquier otro servicio similar. Yo autorizo que una copia de esta autorizacion puede ser usada en lugar de la original.

Yo estoy de acuerdo en pagar por TODOS Los Cargos no pagados o cubiertos por la tercera organizacion responsable de pagar mis gastos medicos (Mi compania de seguro).

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre / Madre: _____

Firma: _____

Date: ____/____/____

I request payment of authorized benefits be made to the above-named facility on my behalf, for any services provided to me or my child. I authorize any holder of medical and other information about me or my child to release to an insurance company, any other third-party payer, state medical assistance agency, or any other governmental or private pay are responsible for paying benefits, any information needed to determine these benefits or benefits for related services. I authorized a copy of this authorization to be used in place of the original.

I agree to pay for All Charges not covered by a third-party payer (insurance company).

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Print Parent Name: _____

Signature:

Date: ____/____/____

EXCELLENT PEDIATRICS

333 ALCOVY STREET, SUITE # 1
MONROE, GEORGIA 30655
678.807.2230 PHONE / 770.267.5710 FAX

INFORMACION DEMOGRAFICA DEL PACIENTE

Nombre :	Fecha de Nacimiento:	
Direccion:		
Ciudad:	Estado:	Apartado Postal:
# de Telefono:	# de Celular:	
# Seguro Social:	Sexo: F / M	
Nacionalidad /Raza:	Idioma:	

INFORMACION de la MADRE

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Direccion: (igual)		
Ciudad:	Estado:	Apartado Postal:
#Telefono de casa:	#Telefono de Trabajo:	#Celular:
#Seguro Social:		
Lugar de Trabajo:		
Direccion:		
Correo Electronico:		

INFORMACION del PADRE

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Direccion: (igual)		
Ciudad:	Estado:	Apartado Postal:
#Telefono de casa:	#Telefono de Trabajo:	#Celular:
#Seguro Social:		
Lugar de Trabajo:		
Direccion:		
CorreoElectronico:		

GUARDIAN LEGAL

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Direccion: (igual)		
Ciudad:	Estado:	Apartado Postal:
#Telefono de casa:	#Telefono Trabajo:	#Celular:
#Seguro Social:	CorreoElectronico:	
Lugar de Trabajo:		
Direccion:		
Nombre/Telefono ContactodeEmergencia:		

Le Gustaria Recibir Informacion de su Proxima Cita Atravez de su Correo Electronico? Si / No
[Puede Elegir Todas] Correo Electronico Texto al Celular LLamada Telefonica

NOMBRE Y RELACION CON EL PACIENTE:	
FECHA DE HOY:	
FIRMA DE LA PERSONA COMPLETANDO ESTA FORMA:	X