



CORONA 2071 Compton Avenue, Suite 102 Corona, CA 92881 (951) 549-0900 Fax (951) 278-8552
 CHINO 12488 Central Avenue, Suite B Chino, CA 91710 (909) 613-0100 Fax (909) 613-0600

FORMA DE REGISTRACION PARA EL PACIENTE

Fecha: / / Nuevo Paciente Cambio

Pacientes: Parfavor de llenar completa y regresar u la recepcionista. Gracias

I. INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre de Paciente (Apellido, Primero)				Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		FDN: / /	
Direccion		Ciudad		Estado		Codigo Postal	
Licencia de Manejar #:		Seguro Social #:		-- --			
Telefono de Casa #: ()				Cellular #: ()			
Estado Matrimonial: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado				Etnicidad/Raza:		Idioma Preferida:	
Correo Electronico:				Referido Por:			
Empresario del Paciente:				Telefono del Negocio #: ()			
Direccion del Empresario:		Ciudad		Estado		Codigo Postal	
Nombre para Contacto de Emergencia:				Telefono de Emergencia #: ()			

II. INFORMACION DEL RESPONSABLE

		<input type="checkbox"/> Solo		<input type="checkbox"/> Padres		<input type="checkbox"/> Esposo		<input type="checkbox"/> Otro	
Nombre:				FDN.: / /		Telefono #: ()			
Empresario:									
Direccion		Ciudad		Estado		Codigo Postal			
Relacion al Paciente:				Licencia de Manejar #:		Seguro Socia #:		-- --	

III. INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Aseguranza Primaria:				Telefono #: ()					
Nombre de Asegurando:				FDN.: / /		Seguro Social #:		-- --	
Grupo #:		Polisa #:		Relacion al Paciente:					
Aseguranza Secundaria:				Telefono #: ()					
Nombre de Asegurando:				FDN.: / /		Seguro Social #:		-- --	
Grupo #:		Polisa #:		Relacion al Paciente:					

IV. INFORMACION DE FARMACIA

Nombre de Farmacia:		Numero de Teléfono:		Numero de Fax:					
Dirección:		Ciudad		Estado		Codigo Postal			

IV. Razón Por La Visita

Es Esta Visita Debido A: <input type="checkbox"/> Accidente de Vehiculo <input type="checkbox"/> Lesion De Trabajo <input type="checkbox"/> Otra Cosa			
Descripción del Accidente o Lesión:			

Metodo de pago? <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Tarjeta de Credito <input type="checkbox"/> Medico Seguro							
¿Cómo desea que nos comuniquemos con usted y / o recordatorio de cita?							
<input type="checkbox"/> Mensaje de voz		<input type="checkbox"/> Mensaje de texto		<input type="checkbox"/> Correo electrónico		<input type="checkbox"/> Correo postal	

CONSENTIMIENTO: Yo por estas acepto y autorizo la administracion de todo diagnostico y tratamiento que puede ser considerado aconsejable o necesario en el juicio del medico atendiendo. Yo por estas autorizo al medico que suelte cualquier informacion obtenida en el curso de mi examen o' tratamiento.
Initial: _____

GARANTIA: Yo, (el paciente o' guardian) soy un miembro elegible desde esta fecha de servicio de un plan de salud y una copia de la tarjeta de beneficios esta pegada con este documento. Firma de grupo responsable abajo reconose completa responsabilidad financiero por los servicios rendiros a mi si es determinado que "No Soy Elegible" en la fecha de servicio en cuestion, o si el servicio rendiro es determinado a no tener beneficios cubiertos bajo el plan provision.
Initial: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO: Yo por estas irrevocablesautorizo pago directo a la corporacion/medico monbrado arriba, beneficios de otra manera pagados a mi pero que no exceder la corporacion/medico cargo regular debido como resultado de este reclamo. Yo entiendo que soy financieramente responsable a la corporacion/medico por los cargos no cubiertos.
Initial: _____

Firma: _____ **Fecha:** / / **Relacion al Paciente:** _____



HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑO

¿En cuál mes de embarazo visitó a su doctor por primera vez? _____ Mes

¿Dónde nació el bebé? _____

¿Cuánto duró su embarazo? _____ Meses

Si nació en casa, ¿Hicieron pruebas de sangre para neonatos?... Si No

Historial De Su Embarazo Con Este Niño:

	Si	No
1. ¿Tuvo enfermedades ó problemas? (inclusive las transmitidas sexualmente u otras contagiosas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tomó algún medicamento recetado por su médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tuvo un parto difícil / abnormal / intervención Cesárea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tuvo su bebé algún problema durante su tercera semana de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No
5. ¿usó algún medicamento sin receta? (tobaco, alcohol, "drogas", remedios caseros ó sin necesidad de receta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Salieron usted y su bebé juntos del hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Nació más de un bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Recibió su bebé alguna inyección para Hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial Del Niño: Varón Hembra ¿Se adoptó este(a) niño(a)? Si No Peso al Nacer: _____ libras _____ onzas Estatura: _____ pulgadas

¿Ha tenido este(a) alguna vez?:

	Si	No
1. Sarampión, Varicela, Paperas, Rubéola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tuberculosis ó análisis de TB positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Amigdalitis / Dolor de Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Problemas con los ojos ó la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Problemas con los oídos ó la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dificultad respirando / roncando de noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Asma, bronquitis, ó pulmonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Anemia, problema de sangrado, transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dolores estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Diarrea, Ensuciarse con su propio excremento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Problemas de Vejiga, Riñones, Orinarse en sí ó la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No
14. Vómito después de comer, se niega a comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Problemas de músculo, articulaciones o huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Dolores de cabeza ó mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Convulsiones, ataques de epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Problemas con desarrollo en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Enfermedad ó accidente serio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Cirugía ó hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. (Niñas) ¿Ha comenzado a menstruar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. (Niñas) ¿Hay problemas con sus menstruaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial De Familia: ¿Tienen la madre **M**, padre **F**, hermana **S**, hermano **B**, tía **A**, tío **U**, ó abuelo(a) **GP**:

Si	No	M	F	S	B	A	U	GP
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia ó convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Retardo Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón ó orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de huesos ó articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si	No	M	F	S	B	A	U	GP
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas Sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas del pulmón ó respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desórdenes de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desórdenes del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datos De Los Padres::

Madre: Edad: _____ Estatura: _____ Ocupación: _____	Padre: Edad: _____ Estatura: _____ Ocupación: _____
---	---

Datos Del Hogar: ¿Vive en una: Casa Apartamento Casa Móvil Refugio Sin Techo

Cantidad de personas en el hogar: _____. ¿Ambos padres viven en casa? Si No Idioma que se habla en el hogar: _____

¿Alguien en la casa fuma, usa drogas o alcohol? Si No

Identificación del Paciente:

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Parentesco con el Niño: _____

REVIEWED BY:

Signature: _____ Date: ____/____/____

CONSIENTA PARA PROPOSITOS DE el TRATAMIENTO, el PAGO & las OPERACIONES de ASISTENCIA SANITARIA

Nombre de paciente _____
(Imprima por favor)

VISTA Medical Agrupe a Proveedor _____

Con respecto a los servicios médicos que recibo del grupo susodicho de médico o médico, yo por la presente autorizo al médico y/o el grupo susodichos a revelar cualquier/o toda Información Protegida de la Salud con respecto a mi condición y el tratamiento médicos, inclusive copias de tl aplicable de hospital e historiales médicos:

- A. Cualquier indemnizador de los tercero que cubre los servicios médicos del paciente
- B. Otros profesionales de la asistencia médica e instituciones implicaron en la entrega de asistencia médica al paciente
- C. El defensor de cualquier citación legalmente suficiente, o en respuesta a un mandato judicial
- D. Los empleados y los agentes de la práctica, al grado necesario para facilitar la provisión de servicios de asistencia médica y pago para tales servicios
- E. Farmacias
- F. Otros partidos como de otro modo requerido por la ley

En cada caso, la práctica tomará los pasos razonables para asegurar que sólo la información necesaria mínima sea revelada de acuerdo con el arriba. Entiendo aún más que he sido dado el acceso a la nota de la intimidad del médico y que he tenido la oportunidad de colocar las restricciones especiales sobre el consentimiento por la presente dado.

Restricciones especiales:

Este consentimiento es válido de la fecha ejecutada para Seis (6) años o hasta que revocara en la escritura por el paciente.

Firma

_____/_____/_____
Fecha

Testigo

_____/_____/_____
Fecha