



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____
¿Quién lo refirió a nuestra práctica? _____

Información del Niño

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Chico / Chica _____
Ciudad, Código postal _____ Grado/Escuela: _____

Nombre de la Aseguradora: # 1 _____
Número de Póliza: _____ Fecha de vigencia: _____
Nombre de la Aseguradora: # 2 _____
Número de Póliza: _____ Fecha de vigencia: _____

Información de la Madre

Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ SS#: _____ / _____ / _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____
Email: _____

Información del Padre

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ SS#: _____ / _____ / _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____
Email: _____

Información de Hermanos'

Nombre del hermano: _____	D.O.B.: _____
Nombre del hermano: _____	D.O.B.: _____
Nombre del hermano: _____	D.O.B.: _____
Nombre del hermano: _____	D.O.B.: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____
Número de teléfono: _____
Farmacia: _____ Número de teléfono: _____



FORMULARIO DE HISTORIA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historia del Nacimiento

Fue este niño? O Prematuro O a Término O Adoptado ¿Cuántas semanas al nacer? _____
Peso al Nacer: _____ Longitud: _____ Forma de suministro: vaginal c-sección
¿Él / ella tiene problemas en el recién nacido? Si/No _____

Historial Médico

Por favor marque cualquier enfermedad haya tenido el niño

Anemia	Corazón/Murmur	Convulsiones
Asma	Neumonía	Faringitis estreptocócica
Varicela _____	Bronquiolitis	Infecciones Urinarias
Infecciones del oído	Reflujo	Otro: _____
ADHD/ADD	Eczema	

Cirugías/Hospitalizaciones: _____

Alergias: _____

Lista los Medicamentos _____

Historia Familiar

¿Algún miembro de su familia ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes? Marque con un círculo y una lista de la relación. Sólo se incluyen los padres del niño, hermanos, abuelos, tías y tíos.

Alergia	Anemia	Trastorno hemorrágico	Asma
Eczema	Crohn Enfermedad	Problemas Emocionales	Diabetes
Cancer	Epilepsia	Presión arterial alta	Psoriasis
Colesterol alto	Enfermedad renal	Ataque Cardíaco	Urinaria Reflujo
Infarto Cerebral	Tuberculosis	Tiroides Enfermedad	Colitis Ulcerosa
La muerte inexplicable	Otro:		

Si marcaste cualquiera de los anteriores, identifique la relación: _____

Is there anything more you would like us to know about your child _____

Autorizo y autorizo voluntariamente al niño que se detalla a continuación para recibir atención médica, tratamiento, vacunas y pruebas de diagnóstico que los médicos y el personal de atención médica de Premier Pediatrics of Houston, PLLC consideren necesarios mientras sea paciente o hasta que me retire mi consentimiento Al firmar a continuación, verifico que tengo el derecho legal de dar consentimiento para el paciente mencionado a continuación y que he leído (o me lo han leído en un idioma que entiendo) y estoy de acuerdo en seguir las políticas establecidas en el No Mostrar Política, Política de Vacunación, Política Financiera y Prácticas de Privacidad.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Nombre del Padre / Tutor: _____

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha de hoy: _____



Política de Cancelación y no Presentación

- Cancelación y no presentación se produce si un paciente no se presenta a una cita dentro de 30 minutos o un padre / tutor no ha llamado a cancelar una cita por lo menos 4 horas antes de la cita programada. Todos los pacientes asegurados y no asegurados se les cobrará \$25.00 Por No Presentarse en la segunda y tercera cita perdida y el despido de la práctica después de cualquier. El propósito de esta política no es castigar, sino para mejorar las oportunidades de programación para permitir el uso adecuado de espacios para citas de pacientes, el personal y el tiempo de los proveedores.
 - No Presentación # 1: El padre / tutor del paciente serán notificados de la cita perdida y avisar que la siguiente cita perdida se traducirá en un costo de \$25.00.
 - No Presentación # 2: El padre / tutor del paciente serán notificados por teléfono y reciben una carta informándoles de los dos "Cancelación y no presentación visitas" y la carga de \$25.00 que se debe pagar antes de ser visto para otra cita.
 - No Presentación # 3: El padre / tutor del paciente recibirán una llamada telefónica y una carta informándoles de que su cuenta ha sido marcada por No Presentarse y que otro "no-show" puede resultar en el despido de la práctica. Si decide regresar, \$25.00 se debe pagar antes de ser visto para otra cita.
-
- Los pacientes que no se presentan por una cita doble/triple/cuádruple (2, 3 ó 4 pacientes que están siendo atendidos en el mismo tiempo) se cobrará una cuota por cada niño que pierde la cita y podrá limitarse a la programación de múltiples citas en el futuro.
 - Los pacientes que no presentan como una doble/triple/cuádruple "Niño Sano Visita" se cobrará un No Presentación cuota de \$25.00 por cada niño que pierde su cita y no hay "Niño Sano Visita" programada en el futuro.

El abajo firmante ha leído y está de acuerdo con lo anterior Política de Cancelación y no Presentacion de Premier Pediatrics de Houston.

Imprimir Nombre

Firma del Guardián Legal

Nombre del Paciente

Fecha