



REGISTRACION DE PACIENTES

Nombre del paciente _____ Sexo M F
¿Donde escucho sobre nosotros? _____

Fecha de nacimiento _____ Seguro Social # _____ Licencia de conducir # _____

Dirección postal _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Dirección física _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa (____) _____ Teléfono de trabajo (____) _____ Teléfono celular (____) _____

Escuela: _____ Farmacia preferida: _____ Preferencia religiosa: _____

Nombre de Papa _____ Fecha de nacimiento _____ Seguro Social # _____

Dirección postal _____

Empleador _____ Ocupación _____

Nombre de Mama _____ Fecha de nacimiento _____ Seguro Social # _____

Dirección postal _____

Empleador _____ Ocupación _____

¿Podemos de dejar un mensaje en su teléfono de casa con respecto a su cuidado? SI/ NO

COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIMARIA _____

¿Es usted el titular de su póliza? SI NO Copago de \$ _____ Deducible de \$ _____

Si usted no es el titular de la póliza por favor complete el siguiente formulario:

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

Seguro social # _____ Número de teléfono (____) _____ - _____

Dirección postal _____

Relación con usted _____ Empleador _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono (____) _____ - _____

Dirección física _____ Parentesco _____

NOSOTROS REQUERIMOS QUE USTED PRESENTE SU TARJETA (S) DE SEGURO MEDICO PARA FOTOCOPIAR. SI USTED NO TIENE SU TARJETA(S) DE SEGURO, SE LE FACTURARA POR LOS SERVICIOS PRESTADOS HASTA EL MOMENTO EN QUE RECIBIMOS UNA TARJETA DE SEGURO VALIDA.

Yo autoricé el pago de las prestaciones médicas recibidas en *Tahoe Forest Clínicas de especialidades múltiples*. También autoricé a sus representantes u otra entidad responsable de mis reclamos médicos a través de mi compañía de seguro médico. Entiendo y reconozco que esta asignación de ninguna manera me libera de mi responsabilidad financiera por los servicios prestados. Además, entiendo y reconozco que el paciente/ y o su familia están a cargo de la responsabilidad financiera por los servicios prestados, independientemente de la cobertura del seguro. Además, entiendo y reconozco que los servicios deben ser pagados en su totalidad dentro de 30 días por el paciente o su compañía de seguros.

Firma _____ Fecha _____



TAHOE FOREST
MULTISPECIALTY CLINICS

*Christopher Arth, M.D.
Deborah Brown, M.D.
Else Uglum, M.D.
Pediatrics and Adolescent Medicine*

CLÍNICAS DE MULTIESPECIALIDADES DE TAHOE FOREST

Cuestionario Nuevo para los Pacientes

Nombre del Niño/a _____ Fecha de Hoy _____

Día de Nacimiento _____

Médico anterior _____ Dentista _____

1. EMBARAZO Y NACIMIENTO

Algún problema con Medicamentos/fumar/Drogas y alcohol durante el embarazo o al nacer su bebe? _____

Algún problema con su bebe después de su nacimiento? _____

2. PERFIL FAMILIAR

Padres Casados _____ Separados _____ Divorciados _____

Hermanos (Nombres Y Edades) _____

3. HISTORIA MÉDICA DE FAMILIA

Ponga Abuelos, Tios/Tias, Padres, Hermanos

PROBLEMAS DE SALUD:

Anemia / Desorden de Sangre _____

Asma / Otras Alergias _____

Retraso en el Desarrollo / Trastornos Genéticos _____

Problemas de Droga / Alcoholismo _____

Cáncer / Sida _____

Fibrosis Quística / Distrofia Muscular _____

Tuberculosis _____

Artritis _____

Epilepsia / Convulsiones _____

Cuestionario Nuevo para los Pacientes

Nombre del Niño/a _____ Fecha de Hoy _____

Día de Nacimiento _____

Enfermedad Cardíaca / Muerte Repentina _____

Presión Alta / Problemas de Colesterol _____

Migrañas _____

Defectos de Nacimiento / Muerte infantil _____

Sordera Temprana _____

Diabetes _____

COMPLETE EL RESTO COMO SEA APROPIADO PARA LA EDAD DE SU HIJO(A).

4. ANTECEDENTES MÉDICOS

Hospitalizaciones o cirugías Anteriores _____

Lesiones Anteriores _____

Reacciones alérgicas _____

Medicamentos _____

Vacunas al corriente _____

Enfermedades Actuales _____

5. NUTRICIÓN

Intolerancias Alimentaria / Alergias _____

Problemas de Apetito / Alimentación _____

6. DESARROLLO Y COMPORTAMIENTO

Edad al Cual Se Sentó Solo _____

Camino _____

Uso Frases _____

Uso el Baño _____

Desarrollo en Comparación con otros niños _____

Grado en la Escuela _____

Algún Problema de Aprendizaje /Comportamiento _____

Nombre de Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

¿ Se DEBE PROBAR SU NIÑO POR TUBERCULOSIS (TB) ?

Se an hecho pruebas a menudo para los niños, desde que la infección de TB no siempre hace que los niños se enfermen. Ahora su niño tendra la prueba rutinaria entre las edades de 4 y 5 y 13 y 16 años de edad. Doctores tambien saben que unos niños estan mas probables a estar en riesgo de TB cuando ciertas condiciones son presentes. Contestar las preguntas abajo ayudara al doctor a ver si su niño (a) esta en riesgo y debe tener una Prueba de TB hoy.

Por Favor, llene esa forma para ayudarnos a decidir si el examen es necesario.

Por Favor escoje

y circular

SI NO 1. Los padres fueron nacidos en un lugar con una alta cantidad de TB como en (Mexico, America Central o Sur, Africa, Asia or Europe)?

SI NO 2. Han vividos los padres o el niño en la area con una alta cantidad de TB?

SI NO 3. El niño vive con o tiene contacto regular (donde le cuiden) con alguien que tiene:

- Tiene una infección HIV o esta sospecho de tener la infección HIV?
- Tiene AIDS?
- Se abusa las drogas de la calle?
- Ha sido encarcelado?
- Recientemente llego de un lugar con cantidad alta de TB?
- Vive en un centro para ancianos?
- Tiene una historia de TB confirmado o de sospecho?

SI NO 4. Esta sospecho el niño de tener o tiene el niño la infección HIV?

SI NO 5. La familia del niño son trabajadores migrantes?

SI NO 6. A estado el niño sin hogar alguna vez?

SI NO 7. Ahora mismo hay miembros de la familia que tienen una historia de TB confirmado o sospechos?

SI NO 8. El niño es un niño adoptivo?

SI NO 9. Su niño a viajada fuera del pais?

Estimado Paciente,

Como parte del sistema del hospital, tenemos la obligacion de preguntar algunas preguntas intrusivas y lo sentimos por estas necesidades.

Raza, Ethnicidad y Lenguaje

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y Centros de Prevencion y Control de enfermedades, estan trabajando con diferentes organizaciones, el Comite Nacional para Calidad Asegurada y URAC an requerido estos criterios para que reunamos el tipo de raza, ethnicidad y lenguaje para estar al pendiente de el cuidado de salud y ayudar a promover igualdad.

Detalle sobre estos requisitos pueden ser encontrados en el internet en www.hhs.gov o www.ahrq.gov.

Como es obligatorio que preguntemos este tipo de preguntas usted puede rechazar contestar.

Por Favor llenelo y regreselo a la recepcionista antes de que vea al proveedor.

RAZA _____ Ethnicidad _____ Lengua Primaria _____

Rechaza Contestar _____

Nombre _____