



# Formulario para Nuevos Pacientes

Date: \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_  
Primer nombre \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_  
Día de nacimiento \_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR:** Marque condiciones que existan en su familia cercana en el siguiente listado.  
(P) Parents/Padres (G) Grandparents/Abuelos (U) Uncles/Tíos (A) Aunts/Tías

Defectos de nacimiento	_____	Ataques al corazón	_____	Arthritis	_____
Problemas de los ojos	_____	Alta presión arterial	_____	Problemas con coagulación	_____
Sordera	_____	Problemas de tiroide	_____	Alergias	_____
Problemas con los riñones	_____	Diabetes	_____	Asma	_____
Infecciones urinarias	_____	Convulsiones	_____	Sinosis	_____
Apoplegi	_____	Tuberculosis	_____	Otros	_____
Cancer	_____	Colesterol alto	_____		_____

## HISTORIAL PERINATAL:

Tipo de parto \_\_\_\_\_  
Child's birth weight \_\_\_\_\_  
Hubo algún problema en el hospital como problemas con la respiración, cambios de color, alta bilirubina, problemas con la alimentación?  
\_\_\_\_\_  
Le dió pecho al bebé? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO(A):

Describe la salud de su hijo(a)? ( ) Buena ( ) Regular ( ) Pobre  
Ha tenido su hijo(a) alguna reacción a medicinas? Nombre la medicina(s).  
\_\_\_\_\_

Alguna vez ha estado hospitalizado? Describa. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tomas u hijo(a) medicinas a diario? Nombre las medicinas y su horario. \_\_\_\_\_

Tiene su hijo(a) enfermedades recurrentes?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hay problemas emocionales en la familia? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hay problemas con alcohol, drogas en la familia? Si su hijo(a) es adolescente, tiene problemas con el consumo o uso de alcohol, drogas or fuma?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describe que familiares viven con este paciente en el hogar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombres del paciente(s)	Fecha de nacimiento	H	M	Dirección

**INFORMACION SOBRE LOS PADRES:**

Mamá \_\_\_\_\_ Numero del Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Apellido de soltera \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_

Hogar # ( ) \_\_\_\_\_  
 Lugar de empleo \_\_\_\_\_ Trabajo # ( ) \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Celular # ( ) \_\_\_\_\_

Papá \_\_\_\_\_ Numero del Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_

Hogar # ( ) \_\_\_\_\_  
 Lugar de empleo \_\_\_\_\_ Trabajo# ( ) \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Celular # ( ) \_\_\_\_\_

**PERSONA QUE TIENE AUTORIZACION PARA TRAER A SU HIJO PARA TRATAMIENTO MEDICO**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono #( ) \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono #( ) \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono #( ) \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**NOTA: ES SU RESPONSABILIDAD TENER ESTA LISTA AL DIA. SI LA PERSONA AUTORIZADA NO ESTÁ EN LAS LISTA NO LO PODREMOS ATENDER**

**\*\*\* LOS MENORES DEBEN ESTAR ACOMPAÑADOS POR UN ADULTO \*\*\***

**NOMBRE Y TELÉFONO DE FAMILIAR O AMIGO QUE SE PUEDA CONACTAR EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono #( ) \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**SEGURO MEDICO-FAVOR DE PRESENTAR SU TARJETA A LA RECEPCIONISTA**

Seguro Medico Primario \_\_\_\_\_  
 Persona Asegurada \_\_\_\_\_  
 Seguro Medico Secundario \_\_\_\_\_  
 Persona Asegurada \_\_\_\_\_

Yo autorizo para que le den al tratamiento necesario al paciente enunciado arriba. Autorizo para que le sean entregados todos los expedients medicos al medico de referencia y a mi compania de seguros si es necesario permito que se envíen mensajes via telefonica (fax) del expediente, solicito que los pagos de mi seguro medico se hagan directamente a Cobb Pediatrics.

**Yo he leído y entiendo completamente este consentimiento para tratamiento, transferencia de informacion medica, autorización del seguro medico y acepto la responsabilidad financiera.**

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

