

Pediatric Clinic, P.A.

Gerald A. Stagg, MD, FAAP
 Joel D. Chapman, MD, FAAP
 J. Colton Bradshaw, MD, FAAP
 Marc E. Kimball, MD, FAAP
 Michael D. Henry, MD, FAAP
 Christopher E. Miller, DO
 Brandon J. Salgado, MD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Niño: Primero	Entremedio	Ultimo	Apodo (si es así)	Edad Ahora	Fecha de Nacimiento
Dirección			Numero de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza
Ciudad	Estado	Zona Postal	Numero De Telefonó (área, por favor)		

PADRES/GUARDIAN

Nombre de Madre	Dirección (si diferente)			Numero de Teléfono
Numero de Seguro Social	Numero de Licencia de Conducir	Fecha de Nacimiento	Empleador	Numero de Teléfono del Trabajo
Nombre de Padre	Dirección (si diferente)			Numero de Teléfono
Numero de Seguro Social	Numero de Licencia de Conducir	Fecha de Nacimiento	Empleador	Numero de Teléfono del Trabajo
Responsable del Pago (si el padre es menor de 18 años)	Dirección	Relación	Numero del Teléfono	

ASEGURANZA

Aseguranza Principal del Paciente	Nombre de Asegurado	Fecha de Nacimiento de Asegurado	Teléfono de Asegurado
Seguro Social del Asegurado	Numero de ID del Asegurado	Numero de Póliza	Relación a Paciente
Aseguranza Secundaria del Paciente	Nombre de Asegurado	Fecha de Nacimiento de Asegurado	Teléfono de Asegurado
Seguro Social del Asegurado	Numero de ID del Asegurado	Numero de Póliza	Relación a Paciente

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Hermanas/os

Nombre	Telefono	Nombre	Fecha de Nacimiento
Nombre	Telefono	Nombre	Fecha de Nacimiento
Nombre	Telefono	Nombre	Fecha de Nacimiento
Nombre	Telefono	Nombre	Fecha de Nacimiento

Firma de Persona Responsable

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha



Pediatric Clinic, P.A.

Reconocimiento de Revisa de Noticia de Practicas Privadas

Yo he revisado la Noticia de Practicas Privadas de su oficina que me explica como podrá ser usada y divulgada mi información medica. Yo entiendo mis derechos a recibir una copia de este documento.

Nombre de Paciente

Nombre del Padre o Guardian

Firma de Paciente, Padre, o Guardian

Relacion a Paciente

Fecha



CONSENTIMIENTO DEL PADRE PARA TRATAMIENTO

En acuerdo con la ley de Texas, la Clínica Pediátrica no proveerá la preocupación de salud a los menores a menos que un padre o madre le acompaña, un padre o madre provee un consentimiento escrito, o hay un curso que la clínica puede estar en contacto con el padre.

En Texas, un paciente está considerado un “menor” si él/ella está menor que la edad de 18, nunca está casado, o no ha sido declarado un menor legalmente emancipado.

Yo autorizo las personas siguientes piden la tratamiento para el hijo (a) siguiente en mi ausencia.

Paciente/Hijo (a)

Paciente/Fecha de nacimiento del Hijo

Nombre/Relación

Número de Teléfono

Nombre/Relación

Número de Teléfono

Nombre/Relación

Número de Teléfono

Nombre/Relación

Número de Teléfono

Padre/Guardián Legal

Fecha



LA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Paciente/Nombre del Hijo (a) _____ Fecha de Nacimiento _____
Por favor escribe su inicial todas cajas aplicables. Si una categoría no aplica a usted, por favor escribe "N/A".

Iniciales

ASIGNACIÓN MEDICAID DE BENEFICIOS

Yo certifico que la información yo doy en aplicando por el pago de los beneficios de Medicaid está correcta. Yo asigno los beneficios de Medicaid pagable para La Clínica Pediátrica, P.A. servicios a la Clínica Pediátrica, P.A.

RESPONSABILIDAD FINANCIAL

Yo honraré la póliza del pago de la Clínica Pediátrica por pago completo al tiempo los servicios están dando, a menos que los arreglos anteriores se ha sido hecho. Yo comprendo que la aseguransa no es un garantía del pago, y yo pongo de acuerdo que estoy responsable últimamente por el pago de servicios se dieron a la Clínica Pediátrica, P. A. Estoy responsable para los co-pagos de aseguransa de salud, deductibles y otras balanzas que no están cubiertas o pagable por mi compañía aseguransa. Comprendo que es possible, se me cargó en cuenta por los servicios esteriores como (laboratorio, rayos x, etc.); y puedo recibir los pagos de otros facilidades. Yo estoy en acuerdo pagar todos gastos relacionada a colección , sí por la agencia colección o por un abogado.

RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURANZA

Yo certifico y transformo a la Clínica Pediátrica, P. A., todos los beneficios cubriendo la Clínica Pediátrica P. A. servicios para el pago del servicio dado. Yo entiendo que es mi responsabilidad en pover una copia corriente de mi tarjeta de aseguransa y aceptar todas requeriensas recertificadas.

AUTORIZACIÓN PARA EL CUIDADO

Yo concedero permiso a la Clínica Pediátrica P. A. para administrar tan cuidado como ese de mi medico quien puede juzgar nesecario en mi diagnosis y tratamiento. Yo comprendo que tan cuidado puede incluir tratamiento medico y trasmitar procesos de cirugía menores.

AUTORIZACIÓN PARA SOLTAR INFORMACIÓN

Yo por este acto, autorizo que la Clínica Pediátrica, P.A. suelte informacion necesaria por los siquientes razones: a otros medicos para continuar evidado profesional; a cualquier compania de aseguransa o a sus representantes; o de otra manera conceder por ley. Yo suelto a la Clínica Pediátrica P. A. de cualquier obligación para el suelto de está información y yo comprendo que en soltar específicamente incluye cualquier y todos exámenes de sangre y los que son relacionados incuyendo HIV, HIB y otras enfermedades. Esta autorización no cambiará y es limitada tiempo.

Firma del Padre/Guardián Legal

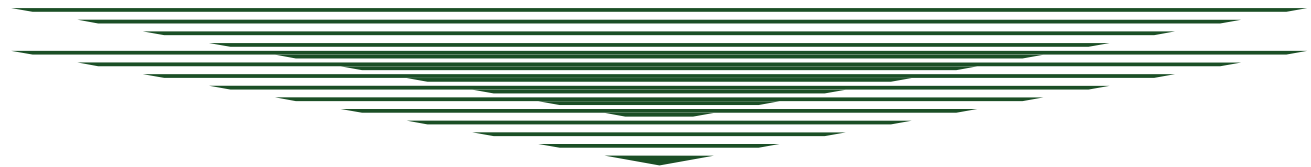
Fecha



NUEVO PACIENTE

Parte Completado pr Padre(s):

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
 Raza _____ Sexo _____ Aseguranza _____
 Hospital donde nacio _____ Direccion _____
 Obstetrico _____ Direccion _____
 Recomendado por _____
 Nombre de Padre _____ Direccion _____
 Nombre de Madre _____ Direccion _____



To Be Completed By Nurse: Family History

ALLERGIES

	Age	Health	Food/Enviro.	Type of Allergy
Mother				
Father				
Sibling				
Sibling				

OTHER

Tuberculosis _____ TBC Contacts _____
 Diabetes _____ Convulsive Disease _____
 Mother's Blood Type _____ RH _____
 Baby's Blood Type _____

Birth and Development

Term _____ Delivery _____ Birth Weight _____
 Condition at Birth _____ Apgar Score _____
 Cyanosis _____ Jaundice _____

Feeding History

Breast _____ Formula _____ Vitamins _____