



**Registración de Nuevo Paciente Pediátrico**

**Información del Paciente**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Preferido (circule): Casa/ Celular Email: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Referido por: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Dirección de la Farmacia: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Teléfono : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Correo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Esposo/a: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Teléfono : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Correo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Esposo/a: \_\_\_\_\_

La obtención de la siguiente información es motivada por las agencias de salud federales. Esta información es utilizada para monitorear y mejorar la calidad de cuidado proveído a nuestros pacientes.

Etnia: Raza:

<input type="checkbox"/> Reúso responder	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> asiático	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Negro o Américo-africano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Isla del Pacifico	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Idioma de preferencia: _____		

**Información del seguro de salud**

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
 Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
 Nombre del dueño de póliza & Fecha de nacimiento (solo si es diferente al paciente): \_\_\_\_\_

Otro si aplica (Encierre el apropiado): Work Comp, Accidente de auto. Por favor complete la información a continuación:  
 Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Fecha de accidente: \_\_\_\_\_ Numero de reclamo: \_\_\_\_\_ Nombre del Ajustador: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono del ajustador: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Acuerdo de obligación financiera del paciente**

Entiendo que todos los copagos y deducibles aplicables vencen al momento del servicio. Acepto ser financieramente responsable y realizar el pago total de todos los cargos que no cubra mi compañía de seguros. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Agape Family Medical Center por los servicios prestados. Autorizo a los representantes de Agape Family Medical Center a divulgar información médica pertinente a mi compañía de seguros cuando se solicite o para facilitar el pago de una reclamación.

**Aviso de prácticas de privacidad**

Acuse de recibo Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de prácticas de privacidad (NOPP) del Agape Family Medical Center.  Recibido  N / A (solo si recibió el aviso de Agape Family Medical Center anteriormente)

Paciente o tutor legal (Letra de Molde): \_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Historia Médica Y Social**

Razón de su visita de hoy: \_\_\_\_\_

¿El paciente es adoptado?  S  N Si la respuesta es "S", responda lo siguiente a su leal saber y entender.  
 ¿Qué embarazo es el paciente? \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Nacido por:  Cesárea  Parto vaginal  
 ¿Semanas de gestación al nacer? \_\_\_\_\_ Si es cesárea, ¿por qué?

Describa cualquier problema de salud que haya experimentado la madre o la paciente durante el embarazo o después del parto, si lo hubiera:

¿Tiene el paciente alguna alergia a medicamentos u otras sustancias (mascotas, plantas, comida, etc.)?  S  N En caso afirmativo, enumere las alergias y reacciones (incluidas erupciones cutáneas, urticaria, hinchazón de garganta, anafilaxia):

Alergias	Reacción Alérgica

Enumere TODOS los medicamentos actuales, incluidos los de venta libre, los suplementos y las hierbas.

Nombre del Medicamento	Dosis	Nombre del Medicamento	Dosis

Enumere las cirugías y hospitalizaciones anteriores y la fecha aproximada.

Procedimiento/Cirugia	Fecha



Razón de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

**Cuestionario Médico General**

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Asma/Problemas para respirar .....                      | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Enfermedad / trastorno cardíaco .....                 | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Artritis .....  | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Trastorno pulmonar.....                               | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Sangrado/Desorden de coagulación .....                  | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Enfermedad del hígado.....                            | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Presión Alta .....                                      | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Trastorno neurológico / dolores de cabeza crónicos... | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Transfusión de Sangre.....                              | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Trastorno / enfermedad psiquiátrica.....              | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Intestino/Problemas de estómago.....                    | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Embolia pulmonar / TVP .....                          | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Cancer.....   | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Accidente cerebrovascular.....                        | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Trastorno del colesterol .....                          | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Convulsión o epilepsia.....                           | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Diabetes.....   | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Trastorno de tiroides.....                            | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Trastorno ocular (es decir, glaucoma, cataratas). ..... | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Trastorno urinario / renal.....                       | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Si es relevante: problemas ginecológicos .....          | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |   |   |

Liste cualquier otra enfermedad o problema médico y proporcione detalles de cualquiera de las afecciones anteriores:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique cualquier afección / enfermedad importante que hayan tenido los familiares directos del paciente:

<b>Familiar</b>	<b>Condición y Descripción</b>	<b>¿Vive?</b>
Madre		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Padre		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Hermano/a		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Otro		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Proporcione detalles de hermanos y otras personas en el hogar:

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Relación con el/la Paciente</b>

Historia social del paciente ¿Alguien que vive en su casa fuma?  S  N      ¿Tiene mascotas?  S  N  
 ¿Fumas?  S  N  Nunca      Si "S", paquetes /día \_\_\_\_\_ Si N, ¿anteriormente?  S  N Años fumados \_\_\_\_\_  
 Cajas / día \_\_\_\_\_



## REVISIÓN DE SISTEMAS

**Indique TODO lo que el paciente ha experimentado en los últimos 6 a 12 meses.**

### Constitucional

- 
- S  N Fiebre     
  S  N Fatiga     
  S  N Aumento de peso (\_\_\_ Lbs)     
  S  N Trastornos del sueño  
 S  N Escalofríos     
  S  N Decaimiento     
  S  N Pérdida de peso (\_\_\_ Lbs)     
  S  N Sudores     
 Otro:

### Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta

- 
- S  N Problemas de Visión     
  S  N Ojos Enrojecidos     
  S  N Congestión     
  S  N Audición Disminuida  
 S  N Visión Doble     
  S  N Sensibilidad a la luz     
  S  N Picazón en los Ojos     
  S  N Dolor de Ojos  
 S  N Ronquidos     
  S  N Zumbido en los oídos     
  S  N Dolor de Oídos     
  S  N Sangrado Nasal  
 S  N Nariz que moquea     
  S  N Resequedad Bucal     
  S  N Vértigo     
  S  N Dolor de Garganta  
 S  N Ronquera     
  S  N Rigidez en el cuello     
  S  N Síntomas como FLU     
 Otro:

### Cardiovascular

- 
- S  N Dolor de Pecho     
  S  N Extremidades Frías     
  S  N Ritmo Cardíaco Irregular     
  S  N Palpitaciones  
 S  N Manos o pies fríos     
  S  N Hinchazón de las Piernas     
  S  N Dolor en las piernas al Caminar  
 Otro:

### Respiratorio

- 
- S  N Dificultad para respirar     
  S  N Sibilancias     
  S  N Tosiendo Sangre     
  S  N Tos  
 S  N Falta de aire     
  S  N Tos con Flema     
  S  N Respiración rápida     
  S  N Congestión en el  
 Otro:

### Gastrointestinal

- 
- S  N Dolor abdominal     
  S  N Diarrea     
  S  N Cambio en los intestinos     
  S  N Dolor al tragar  
 S  N Sangre en las heces     
  S  N Heces negras     
  S  N Vómitos con sangre     
  S  N Vómitos  
 S  N Náuseas     
  S  N Piel Amarilla     
  S  N Dolor Rectal     
  S  N Estreñimiento  
 S  N Dificultad para tragar     
  S  N Acidez de estómago     
  S  N Incontinencia Intestinal     
  S  N Disminución  
 Otro:

### Neurologico

- 
- S  N Dolor de cabeza     
  S  N Inestabilidad     
  S  N Entumecimiento     
  S  N Temblor  
 S  N Mareos     
  S  N Desorientación     
  S  N Hormigueo     
  S  N Lapsos/pérdida de Memoria  
 S  N Fuerza disminuida     
  S  N Confusión     
  S  N Convulsiones     
  S  N Desmayos (síncope  
 S  N Mala coordinación     
  S  N Sensación de ardor)     
 Otro:



#### Musculoesquelético

---

- S  N Dolor en las articulaciones     S  N Dolor en las extremidades     S  N espasmo muscular  
 S  N Dolor de cuello     S  N Hinchazón de las articulaciones     S  N Debilidad muscular  
 S  N Dolor de espalda     S  N Calambres musculares     S  N Hinchazón de piernas

#### Genitourinario

---

- S  N Micción frecuente     S  N Dolor pélvico     S  N Relaciones sexuales dolorosas  
 S  N Incontinencia     S  N Nocturia     S  N Descarga- Vaginal  
 S  N Urgencia urinaria     S  N Picazón genital     S  N Sangrado vaginal  
 S  N Micción dolorosa     S  N Cambio en la libido     S  N Ciclos mensuales Irregulares  
 S  N Sangrado menstrual abundante     Otro:

#### Integumentario

---

- S  N Sarpullido     S  N Herida en la piel     S  N Crecimiento inusual     S  N Cáncer de piel  
 S  N Piel seca     S  N Cambio en un lunar     S  N Picazón     Otro:

#### Psiquiátrico

---

- S  N Depresión     S  N Ansiedad     Otro:

#### Hematológico/Linfático

---

- S  N Fácil formación de moretones     S  N Fácil sangrado     S  N Ganglios linfáticos inflamados  
 Otro:

#### Endocrino

---

- S  N Sed excesiva     S  N Intolerancia al calor     S  N Cambios en la piel     S  N Intolerancia al frío  
 S  N Cambios en Cabello     Otro: