

sunrise pediatrics & adolescent center

INFORMACION PARA NUEVOS PACIENTES

Informacion del Paciente:

Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Femenino Masculino
 Direccion _____ ciudad: _____ estado: _____ zip code _____
 Telefono de casa: (_____) _____ Email: _____
 Como supo de nuestra clinica: _____

Padres/Guardianes:

Nombre de la Madre: _____
 Fecha de Nac: __/__/__ #celular: _____
 Nombre del Padre: _____
 Fecha de Nac: __/__/__ #celular: _____
 Casados Divorciados Viudo Nunca casados

Aseguranza 1:

Nombre del subscriptor: _____
 SSN: _____ Poliza #: _____
 Compañia: _____ Copay: _____

Aseguranza 2:

Nombre del subscriptor: _____
 SSN: _____ Poliza #: _____
 Compañia: _____ Copay: _____

Historia de nacimiento:

Hospital: _____ a _____ semanas
 Complicaciones: _____
 Nacimiento: Vaginal Cesarea
 Peso al nacer: _____ Estatura _____
 El niño tuvo problemas al nacer? _____

Historia de salud:

Fecha de su ultimo examen fisico: _____
 Esta recibiendo algun medicamento? _____
 Cual? _____
 Su hijo ha sido hospitalizado? _____
 Alergias a algun medicamento? _____

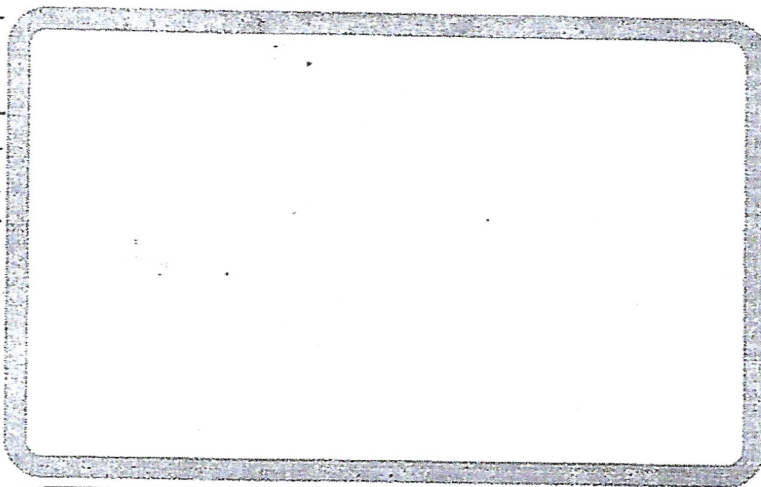
HISTORIA SOCIAL: Marque las que apliquen

Mascotas _____ Fuman en casa _____ Hermanos _____

Historia familiar:

Algun familiar sufre o padece de:

<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Hemofilia-sangrado
<input type="checkbox"/> Asthma or Hay fever	<input type="checkbox"/> Alta presion
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Problemas de riñon
<input type="checkbox"/> Dependencia quimica	<input type="checkbox"/> Desordenes mentales
<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Migraña
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/> Otra: _____



Tiene el menor/niño cualquier historial o dificultad de las siguientes que se nombran a continuación?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> A.I.D.S / H.I.V | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Droga/alcohol abuso | <input type="checkbox"/> Pneumonia |
| <input type="checkbox"/> Orina en cama | <input type="checkbox"/> Infeccion de oido | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica |
| <input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas/seno |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Urinaria | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Problema/hablar |
| <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Probemas/escuchar | <input type="checkbox"/> Problema/Tiroide |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Problemas/corazon | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Paralisis cerebral | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad/vejiga |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Enfermedad/riñon | <input type="checkbox"/> Problema/vision |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Plomo en sangre | <input type="checkbox"/> Gusanos |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Enfermedad/higado | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

RELEASE AND ASSIGMENT

La informacion que le he dado esta correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que sera sostenido en el mas terminante de la confianza, y es mi responsabilidad informar a esta oficina cualquier cambio en mi estado medico de menor importancia del niño.
 Certifico que mi de menor importancia/niño cubre el _____ del seguro.
 Y asigne directamente a **SUNRISE PEDIATRICS & ADOLESCENT CENTER** todas las ventajas de seguro, si no pagadero a mi para los servicios rendidos.
 Entiendo que soy financieramente responsable de cargos si o no pagados por el seguro.
 Autorizo por este medio al Doctor de lanzar toda la informacion necesaria para asegurar el pago de ventajas.
 Autorizo el uso de esta firma en todas mis sumisiones del seguro si es manual o electronico.
 Firma del padre / Guardian: _____ Fecha: _____

Sunrise Pediatrics & Adolescent Center

Por favor lea y llene esta página antes de entregarla.

AVISO DE LAS PRACTICAS DE LA AISLAMIENTO RECONOCE

Yo _____, padre o guardia legal de _____, reconozco que yo he recibido y repasado el aviso de la pediatría usada en Sunrise Pediatrics & Adolescent Center. También reconozco que entiendo como la información médica sobre mi niño/a y familia se puede utilizar por Sunrise Pediatrics para proporcionar el tratamiento médico y para coordinar el tratamiento para mi niño/a.

Firma _____

Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

La clínica de Sunrise Pediatrics & Adolescent proporciona el cuidado médico primario incluyendo la diagnosis y el tratamiento de la enfermedad o de lesiones a su niño/a. El servicio en o la práctica es proporcionado por la Dra. Dolores Ivezue y personal de Sunrise Pediatrics & Adolescent Center. El infrascrito, a leído y entendido este documento por la firma abajo, acuerda por este medio ser asistido y ser tratado medicamente por la Dra. Dolores Ivezue.

Firma _____

Fecha _____

CITA DEL AGENTE

Yo _____, designe por este medio después de personas, de la edad legal como mi agente o representante con el fin de autorizar y de consentir a la asistencia médica y tratamiento de _____ por cualquier enfermedad o lesión que puedan ocurrir mientras que tal persona está en el cuidado o la custodia de agente mientras que estoy lejos o no disponible dará el consentimiento.

Firma _____

Fecha _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

I hereby authorize the release of information from the medical records of:
Yo doy la autorization de relizar la information medica de:

Patient Name/ Nombre del Paciente Date of Birth/ Fecha de Nacimiento

Address/Direccion Phone Number/ Telefono

From / De:

Name of Previous Clinic/ Nombre De La Clinica Anterior

Address/ Direccion Phone Number/Telefono

To be released to:

*Sunrise Pediatrics & Adolescent Center
Dr. Dolores Ifezue
1201 19th Street
Plano, TX 75074
Ph. (972)-424-5437 Fax (972)-424-5438
***PLEASE MAIL MEDICAL RECORDS**
*If more than 25 pages**

Please release the following:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> All medical records | <input type="checkbox"/> Immunization records only (URGENT FAX ASAP) |
| <input type="checkbox"/> Labs/x-rays/EKG report | <input type="checkbox"/> OTHER _____ |
| <input type="checkbox"/> Summary sheet only | |
| <input type="checkbox"/> Including information relating to HIV/AIDS, Psychiatric Disorder or Drug Abuse. | |

I understand that the information released is for the specific purpose designated above, and this consent expires in 365 days after the date of my signature. The facility and doctor are hereby released and discharge from any liability, and the undersigned will hold the facility and its doctors harmless for complying with this authorization.

Signature/Firma

Date/ Fecha

NOTICE TO AGENCY RECEIVING THIS INFORMATION: This information has been disclosed to you from a records whose confidentiality is protected, Statutes and regulations prohibit you from making further disclosure of it without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by such regulations.