



PATIENT REGISTRATION (REGISTRO DE PACIENTE)

Name _____
 Nombre _____
 Date of Birth _____ Male/ Hombre Social Security # _____ Phone _____
 Fecha de Nacimiento _____ Female/Mujer # Seguro Social _____ Telefono _____
 Address: _____ City _____ State/Zip _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado/Codigo Postal _____
 School _____ Referred By _____
 Escuela _____ Referido Por _____
 Father/Guardian _____ D.O.B. _____ SS# _____
 Padre/Guardian _____ Fecha de Nacimiento _____ # de SS _____
 Phone _____ Mobile Phone _____ Employment _____
 Telefono _____ Tel. Celular _____ Empleo _____
 Mother/Guardian _____ D.O.B. _____ SS# _____
 Madre/Guardian _____ Fecha de Nacimiento _____ # de SS _____
 Emergency Contact _____ Phone _____
 Contacto de Emergencia _____ Telefono _____
 Closet Relative _____ Phone _____
 Pariente mas Cercano _____ Telefono _____
 Person Responsible _____ Relationship to Patient _____
 Persona Responsable _____ Parentesco al Paciente _____
 Address _____ Phone _____
 Domicilio: _____ Telefono _____

Payment required at time of service unless prior arrangements have been made.
 El pago se cobra al momento que rinde el servicio a menos que haya hecho un arreglo previo

1.- Insurance _____ Effective Date _____ Address _____
 Aseguranza _____ Fecha Efectiva _____ Domicilio _____
 City _____ State/Zip _____ Phone _____
 Ciudad _____ Estado/Codigo Postal _____ Telefono _____
 Subscriber's Name _____ I.D. # _____ Group # _____
 Nombre del Asegurado _____ # de Identificacion _____ # de Grupo _____

2.- Insurance _____ Effective Date _____ Address _____
 Aseguranza _____ Fecha Efectiva _____ Domicilio _____
 City _____ State/Zip _____ Phone _____
 Ciudad _____ Estado/Codigo Postal _____ Telefono _____
 Subscriber's Name _____ I.D. # _____ Group # _____
 Nombre del Asegurado _____ # de Identificacion _____ # de Grupo _____

3.-Additional Coverage _____
 Coertura Adicional _____

E-Mail _____

Authorization to pay benefits to Physician: I hereby authorize direct Payment to be made to the above name corporation. I understand That Healthy Kidz Pediatrics will file an insurance claim on my behalf As a courtesy nevertheless. I'm financially responsible for the charges Not covered by my insurance company. I also understand that if my Account is not paid by myself or the insurance company after 90 Days of date of service. It will be turned over to an independent Collection agency and \$ 25.00 fee will be added for returned checks.

Authorization to release information: I hereby authorize the above Pediatrics to release any information required Pediatrics el derecho de enviar informacion de el examen cuando sea necesario para mandar cobrar a las aseguranzas medicas. Se otorga el derecho de presentar documentos y fotocopias , como si fueran Originales cuando sea necesario.

Autorizacion para pago al medico por servicios : Doy autorizacion de pago directo a la corporacion arriba mencionada, entiendo que Healthy Kidz Pediatrics va a mandar cobrar a mi nombre a la aseguranza por servicios medicos. Reconozco mi responsabilidad personal en caso de que dichos servicios no sean pagados por la aseguranza dentro de 90 dias se contratara una agencia de coleccion y se agregara un cobro de proceso \$ 25.00 a la cuenta .y en caso que su cheque sea regresado por no tener suficientes fondos,se agregara un cobro adicional de \$ 25.00

Parent/Guardian _____
 Padres/Guardian _____

Signature _____ Date _____
 Firma _____ Fecha _____

Historial de Salud



Nombre de Paciente		Nombre de la persona completando esta forma	
Fecha	Relación del paciente		
Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Raza	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento

••• POR FAVOR LISTE TODA LA GENTE QUE VIVE EN SU CASA •••

	Nombre	Fecha de Nac.	Ocupacion	Educacion
Padre:				
Madre:				
Otro:				

Ha habido algunos cambios mayores ó presiones en la vida de su niño/niña? SI No

Si es, SI, por favor explique: _____

Va su niño/niña regularmente con la niñera, pre-school ó guardería? SI No

Su niño/niña esta expuesto al humo? SI No

••• HISTORIAL DE NACIMIENTO •••

Peso de Nacimiento: _____ Estatura: _____ Lugar: _____

Durante el embarazo la madre hizo: (Si es, SI, por favor explique.)

- Tuvo algun problema médico? SI No _____
- Fumar ó tomar? SI No _____
- Uso de algun medicamento? SI No _____
- Uso de alcohol ó drogas? SI No _____
- Tuvo problemas con el parto/nacimiento? SI No _____

Cuanto tiempo se estuvo el bebé en el hospital despues del nacimiento? _____

••• HISTORIAL MEDICO PASADO •••

La salud general de su niño/niña: Buena Regular Pobre

- Su niño/niña tiene alguna alergia? SI No _____
- Su niño/niña esta tomando algun medicamento? SI No _____

Por favor liste algunas hospitalizaciones, operaciones, enfermedades serias ó accidentes con las fechas.

_____	Fecha:
_____	Fecha:

Ha tenido su niño/niña algunas problemas con lo siguiente? Si es, SI, por favor explique.

- | | | | |
|--------------------------------------|---|------------------------------|---|
| Ojos/Visión | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No _____ | Piel | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No _____ |
| Pies | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No _____ | Pulmones | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No _____ |
| Digestión/Nutrición | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No _____ | Dientes | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No _____ |
| Oídos/Oir | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No _____ | Corazón | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No _____ |
| Orina/Riñones | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No _____ | Ataques | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No _____ |
| Las conyunturas
(Unión de huesos) | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No _____ | Infecciones
Continuamente | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No _____ |

**Vacunas para la Niñez (VFC)
Expediente de Elegibilidad del Paciente**

El expediente de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciben vacunas debe mantenerse en el consultorio del médico durante 6 años. El expediente puede ser llenado por el padre, tutor, el individual del expediente, o por el proveedor de atención médica. En cada visita de inmunización del niño se debe determinar su elegibilidad VFC y presentar documentación del estatus de elegibilidad para asegurar que su estatus de elegibilidad del niño no ha cambiado. Aunque no se requiere verificación de las respuestas, es necesario mantener este expediente similar para cada vacuna del niño. Los proveedores utilizando un formulario similar (electrónica o en papel) deben capturar todos los elementos de información incluidos en este formulario.

1. Nombre de Niño: _____
 Apellido Primer Nombre IM

2. Fecha de Nacimiento de Niño: ____/____/____

3. Padre/Tutor/Individual de Expediente: _____
 Apellido Primer Nombre IM

4. Nombre del Proveedor Primario: _____
 Apellido Primer Nombre IM

5. Para determinar si un niño (0 a 18 años de edad) es elegible para recibir vacunas federales a través de programas de VFC y estatales, en cada visita de inmunización se registra la fecha y marque de categoría de elegibilidad apropiada. Si la columna A-D está marcada, el niño es elegible para el programa de VFC. Si la columna E, F o G está marcada el niño no es elegible para la vacuna federal de VFC.

Fecha	Elegible para VFC Vacuna				No elegible para VFC Vacuna		
	A	B	C	D	E	F	G
	Medicaid Inscrito	No Seguro de Salud	Nativo Americano o Nativo de Alaska	*Seguro Insuficiente servido por FQHC, RHC o proveedores delegado	Tiene seguro medico que cubre las vacunas	**Otro seguro insuficiente	***Inscrito en KidsCare

* Seguro insuficiente incluye a los niños con seguro de salud que no incluye vacunas o sólo cubren ciertas vacuna específicas. Los niños sólo elegibles para las vacunas que no están cubiertos por el seguro. Además, para recibir la vacuna de VFC, los niños con seguro insuficiente deben ser vacunados a través de un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC) o Clínica de Salud Rural (RHC) o en virtud de un proveedor delegado aprobado. El proveedor delegado debe tener un acuerdo por escrito con un FQHC / RHC y el programa de inmunización estatal / local / territorial con el fin de vacunar a los niños con seguro insuficiente.

** Otros insuficiente son niños que están con seguro insuficiente, pero no son elegibles para recibir la vacuna federal a través de programa VFC porque el proveedor o centro médico no es FQHC / RHC o proveedor delegado. Sin embargo, estos niños pueden ser atendidos si las vacunas son con tal que el programa estatal para cubrir los niños que no son elegibles para el programa de VFC.

*** Los niños inscritos en el Programa de Seguro de Salud del estado separadas para Niños (CHIP). Estos niños se consideran asegurados y no son elegibles para las vacunas a través del programa VFC. Cada estado ofrece orientación específica sobre cómo se compra CHIP y administrado a través de los proveedores participantes.

Por favor sea aconsejado:
 Si su compañía de seguros no cubre las vacunas y no nos dejó saber en el momento de su visita, usted tiene la responsabilidad de pagar costo implicado. No podemos hacer el Programa de Vacunas para Niños retroactiva y sólo son elegibles para el Programa de Vacunas para Niños en el momento de la visita. Si no está seguro si la inmunización y chequeos anuales están cubiertos, por favor contactar su compañía de seguros. Gracias.

Por favor firme abajo indicando que usted entiende y está de acuerdo con la declaración anterior.

Firma: _____ Fecha: _____