



INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre: _____ SEXO: Masculino Femenio
(Apellido) (Primer Nombre)

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad ____ # de Seguro Social: _____
Mes Dia Año

Dirección residencial _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

de Teléfono _____ # de Teléfono celular _____

Registros anteriores pueden ser obtenidos de _____ # de teléfono _____

Otros hermanos (nombres y edades _____)

Correo electrónico _____

¿Cómo se enteró de nosotros? Seguro Medico Escuela Familiares Amigo Otro _____
(Por favor especifique)

Nombre De Farmacia _____ # de Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO

¿El paciente tiene seguro médico? Si No

En caso afirmativo, el nombre de Seguro _____ I.D. # _____

Nombre del asegurado principal _____

En caso de emergencia a quien se notifica (Persona que no resida en su hogar)

Nombre _____ Relación _____ # de Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ # de Teléfono _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Nombre de Madre _____ | Nombre de Padre _____ |
| #de Seguro Social _____ | #de Seguro Social _____ |
| #Licencia de Conducir _____ | #Licencia de Conducir _____ |
| Fecha de Nacimiento _____ | Fecha de Nacimiento _____ |
| Dirección Residencial _____ | Dirección Residencial _____ |
| Ciudad/Estado/Código Postal _____ | Ciudad/Estado/Código Postal _____ |
| #de teléfono _____ | #de teléfono _____ |
| Empleador _____ | Empleador _____ |
| #de teléfono de Empleador _____ | #de teléfono de Empleador _____ |



Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha de Hoy _____

HISTORIAL MEDICO PERTINENTE DEL PACIENTE (Marque todos los que aplique)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Infecciones de Oído | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> RSV |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> Retraso de Habla |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Parásitos Intestinales | <input type="checkbox"/> Desorden de la Tiroide |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Convulsiones Febriles | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón | <input type="checkbox"/> Hipertrofia Tonsilar |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Fracturas _____ | <input type="checkbox"/> Desorden Lacrimal | <input type="checkbox"/> Infecciones de Orina |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> GERD (reflujo) | <input type="checkbox"/> Infecciones de Oído Medio | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

HOSPITALIZACIONES

| Hospital | Fechas | Razon(es) |
|----------|--------|-----------|
| | | |
| | | |

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

ALERGIAS

- DROGAS:** Acetaminophen Ibuprofeno Penicilina Macrolidos Sulfas Otro: _____
- COMIDAS:** Huevos Chocolate Leche Mariscos Fresas Otro: _____
- AMBIENTABLES:** Animales Polvo Grama Látex Polen Otro: _____

HISTORIAL SOCIAL

| | | |
|---------------------------|---------------------------|--|
| Fumador en casa: Si / No | # de Adultos en el hogar: | Con quien vive el paciente: |
| Mascotas en casa: Si / No | # de Niños en el hogar: | Paciente asiste: <input type="checkbox"/> Daycare <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Niñera <input type="checkbox"/> Se queda en casa |

HISTORIAL QUIRURIJICO

| Fecha | Razón |
|-------|-------|
| | |
| | |
| | |

OTROS DETALLES PERTINENTES DEL HISTORIAL



Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha de Hoy _____

HISTORIA FAMILIAR

- Anemia : Si No Enfermedad Cardíaca: Si No Asma: Si No
Discapacidad Si No Condición Emocional: Si No Problemas Sociales: Si No
Cáncer: Si No Convulsiones: Si No Tuberculosis: Si No
Epilepsia: Si No Diabetes: Si No Retardación Mental: Si No
Enfermedad Pulmonar: Si No Fumador: Si No Condición en la Sangre: Si No
Defectos de Nacimiento: Si No Alcoholismo: Si No Condición de Riñón: Si No
Situación de Abuso: Si No Adicción de drogas: Si No Alergias: Si No

Otros problemas: _____ Tipo de Alergia: _____

HISTORIAL PRENATAL MATERNO

- Presión Alta: Si No Alcohol Si No Rubella: Si No
Enfermedad Sexual: Si No Medicamentos sin receta: Si No Hubs Ag: Si No
Tabaco: Si No Diabetes: Si No Drogas: Si No
Rayo-X: Si No Medicamentos recetados: _____ Tipo de Sangre Materno: _____

Algún problema/condición medico durante el embarazo: _____

Fecha o trimestre en el que comenzó cuidado prenatal: _____

PROBLEMAS Y/O CONDICIONES AL MOMENTO DEL PARTO Y/O A NACER

- Parto Vaginal Parto prolongado Breech PROM
 Parto Prematuro Uso de fórceps Parto por cesárea Tremor
 Deformidades Lesiones Respiratorios Cardiacos
 Jaundice Oxigeno Irritabilidad Alimentación
 Días en Incubadora _____ PKU hecho? Si No Apgar : _____ Peso al nacer: _____

¿Algún problema o complicación en el parto? _____ Duración de la estadía en el Hospital: _____

¿Alguna enfermedad significativa incluyendo hospitalización, visitas a la sala de emergencia, consultas con especialistas desde el nacimiento? Si No

Si marco SI, explique _____

¿Ha recibido Terapia de Habla/Lenguaje, educación especial, terapia física, usado Ritalín, tenido convulsiones, etc.? Si No

Si marco SI, explique _____

Firma: _____ Fecha: _____ Relación con el paciente: _____



Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Papa/Tutor _____ Fecha _____

Algunas compañías pagan una tarifa fija por ciertos procedimientos y algunas pagan solo un porcentaje del total. Es responsabilidad suya pagar cualquier deducible, y otro balance que no pague su seguro-HMO / PPO.

CON EL FIN DE CONTROLAR SUS COSTOS, PAGOS POR SERVICIOS PRESTADOS, SE ESPERAN QUE SEAN PAGADOS EN EL MOMENTO DE SU SERVICIO.

Yo autorizo cualquier portador de información médica sobre mí, entregarla al "Health Care Financial Administrator", su agente, cualquier compañía de seguro o plan que yo pueda tener, cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagables por los servicios relacionados. (Regulación de HIPAA).

Si mi seguro / Medicare / Medicaid / HMO / PPO no cubre mi consulta en SOMA MEDICAL CENTER, P.A. #4, yo estoy de acuerdo en pagar personalmente por todos los servicios prestados. Reconozco que es mi responsabilidad saber la cobertura de mi plan e informar a SOMA MEDICAL CENTER, P.A. #4, acerca de cualquier cambio en la cobertura.

Esta asignación se mantendrá en efectiva hasta que sea revocada por mí, por escrito. Una fotocopia de la asignación debe ser considerada tan válida como la original.

Si no tiene seguro: Yo entiendo y acepto que soy responsable de todos los gastos incurridos con respecto a mi tratamiento médico y que realizare el pago en el momento del servicio.

Por citas médicas no canceladas, por lo menos 24 horas por adelantado, se le cobrara \$20.00 de recargo a su cuenta.

Su co-pago deberá ser pagado antes de pasar a consulta médica

Firma de Paciente / Papas / Tutor: _____

Nombre de Paciente / Papas / Tutor: _____

Fecha: _____

Firma de Testigo: _____

Nombre de Testigo: _____

Fecha: _____



AUTORIZACION PARA VER EL PACIENTE POR APODERADO

Yo (nosotros) autorizamos a, _____
(Nombre completo) (Dirección)

quien es _____ como mi (nuestro) tomador de decisiones en el cuidado médico de
(Relación con los niños)
nuestros hijo(a).

Para dar su consentimiento a la atención médica no urgente para mi (nuestros) hijos que se detallan a continuación. Yo (nosotros) tenemos el derecho legal de delegar dicho consentimiento al responsable de la toma de decisiones, que es un adulto, legal y médicamente competente para ejercer la autoridad así delegada. Tenga en cuenta que la información protegida de salud del paciente se puede compartir con la persona autorizada para facilitar la toma de decisiones.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

LIMITACIONES

Identifique cualquier limitación en los tipos de servicios médicos para los cuales se proporciona este consentimiento para la persona autorizada en este poder. Si no, declare "ninguno".

Identifique cualquier limitación en el marco de tiempo para el cual se otorga este consentimiento para la persona autorizada en este poder. Si no, declare "ninguno".

INFORMACION DEL CONTACTO

Si la naturaleza de la atención médica no es de rutina, intente ponerse en contacto conmigo (nosotros) con respecto a la atención médica de mis (nuestros) hijos a los siguientes números de teléfono. Si por algún motivo no puede ponerse en contacto conmigo (nosotros), puede confiar en el responsable de la toma de poder para obtener su consentimiento.

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono: _____

Firma de la madre: _____ Firma de el Padre: _____

Firma del Apoderado

Numero de licencia del apoderado



HIPAA Autorización para la publicación de formulario de información

Por la presente autorizo el uso o divulgación de información de salud protegida sobre mí como se describe a continuación

NOMBRE DEL PACIENTE _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

La siguiente persona o clase de personas o instalaciones están autorizadas a realizar el uso o divulgación solicitada:

REGISTROS ENVIADOS DE PARTE DE: _____

La siguiente persona, clase de personas pueden recibir información confidencial sobre mi salud.

REGISTROS ENVIADOS A: Soma Medical Center, PA #4
1840 Forest Hill Blvd. Suite 101
West Palm Beach, FL 33406

Descripción específica de la información que debe publicarse (debe incluir fecha (s) de servicio):

La información a ser liberada se utilizará para el propósito descrito a continuación:

Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a la re-divulgación por parte de la persona o clase de personas o instalaciones que la reciben, y entonces ya no estaría protegida por las regulaciones federales de privacidad. Puedo revocar o retirar esta autorización notificando a **Soma Medical Center, P.A. # 4** en la escritura de mi deseo de revocarlo. Sin embargo, entiendo que cualquier acción ya tomada antes de esta autorización no puede ser revertida, y mi revocación no afectará a esas acciones. Entiendo que el proveedor médico a quien se otorgue esta autorización no puede condicionar su tratamiento de mi parte sobre si firmo o no la autorización.

Esta autorización expirará el _____, o 1 (un) año después de la fecha de dicha autorización.

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO COMPLETAMENTE ANTES DE FIRMAR.

Firma del individuo

Fecha de la firma

Fecha de Nacimiento o # de SS

- **O, si corresponde –**

Firma del tutor

Fecha de la firma

Descripción de Guardián
Representantes Personales
Autoridad para actuar por el individual