

Prototype Health, Inc.
Pediatric Registration Form
Confidential Information

Fecha de nacimiento _____ Masculino Femenina

Apellido _____ Nombre _____ MI _____

Nombre de la Madre _____ Nombre del Padre _____

Dirección _____ Apto # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: Hogar(____) Trabajo(____) Celular(____)

Email: _____

Esta bien para llamar: Sí No Se puede enviar una carta: Sí No Esta bien para email: Sí No

Étnica: Hispano No-Hispano Desconocido Idioma preferido _____

Raza: Negro o Africano Americano Blanco o Europeo Americano Nativo de Hawaii o Islas Del Pacífico Asiático or Asiático American Indio Americano or Nativo de Alaska Otro/ Desconocido

Esatado Civil: Soltera/o Casada/o Viuda/o Divorciada/o Pareja Doméstica

Financiera : Esta clínica ofrece una escala móvil basada en los ingresos. Para solicitar la escala móvil, por favor suministrar los siguientes datos:

Tamaño de familia: # adultos en casa: _____ # niños en casa _____ Ingreso total de familia por año: \$ _____

Como se entero de la clínica? _____

Si no cuenta con este servicio, adonde iría? _____

Aseguranza: Sí No AHCCCS: Sí No

En caso de emergencia:

Nombre _____ Teléfono (____) _____ Relación _____

STAFF USE ONLY

Payment Source: Self Pay AHCCCS Private Insurance

Sliding Scale: 0% 30% 50% 75% 100%

Prototype Health, Inc.

GENERAL CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO Y TRATAMIENTO

Yo, _____ (circule uno: representante de paciente/autorizado), por la presente autorizo al personal de Prototype Health, Inc. y sus representantes para prestar atención de salud de rutina a mí o a mi hijo _____ (escriba "N/A" o "no aplicable" Si no hay ningún niño).

Autorizo a las siguientes personas a obtener atención médica de yo mismo o mi hijo en mi ausencia: (escriba "N/A" o "no aplicable" Si no hay ningún niño).

1. _____ 2. _____ 3. _____

Entiendo esa rutina de salud es confidencial y voluntario y puede incluir visitas de oficina de proveedor que incluyen historia tomando, examen de todas las partes del cuerpo, la administración de medicamentos, laboratorio y pruebas de diagnóstico o procedimientos menores. Entiendo que se hará referencias más diagnóstico o tratamiento si es necesario y que soy responsable de la obtención de este seguimiento. Entiendo que yo puedo interrumpir servicios en cualquier momento. Entiendo que si se toman pruebas para enfermedades transmisibles y ciertos resultados salen positivos, es reportable al Departamento de salud pública es requerida por ley.

Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que garantías no se han hecho a mí en cuanto a los resultados de mi examen o tratamiento en Prototype Health, Inc. Entiendo que hay una posibilidad de error con el laboratorio o pruebas diagnósticos realizadas.

Yo doy mi permiso a la Agencia mencionada para utilizar la información contenida en mi expediente médico para fines estadísticos con el entendimiento de qué forma confidencial se mantendrá.

Me han informado de mi derecho y responsabilidades con respecto a la elegibilidad para los servicios.

Firma del paciente/Representante autorizado

Fecha

Testigo

Fecha

Prototype Health, Inc.

RECONOCIMIENTO DE POLIZAS FINANCIERAS

Pago es Requerido al Tiempo del Servicio

Las formas de pago aceptadas son:

- Efectivo
- Tarjeta de debito
- Visa
- Mastercard
- Discover
- American Express

Se podría aplicar los siguientes:

- Visita al consultorio
- Procedimientos en la consultorio
- Pruebas de diagnostico dentro del consultorio
- Análisis de laboratorio ordenados
- Medicamento

Con el fin de evaluar su condición, puede ser necesario llevar a cabo pruebas en la oficina o administrar ciertos tratamientos. Por favor, pregunte para ver la lista de precios para más información. Usted puede solicitar la lista en la recepción en cualquier momento.

Precios para Citas Perdidas y no Canceladas

Habrà un cargo de \$5 por todas citas perdidas. Esto se deberá pagar en el momento de la próxima cita.

Reconocimiento

He leído y entendido la póliza financiera y acuerdo con las condiciones mencionadas.

Firma del paciente o Representante Autorizado

Fecha

**Prototype Health, Inc.
Historia Médica Pediátrica**

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____ Grado in Escuela _____

PREOCUPACIONES POR LA SALUD

La razón de su visita en el día de hoy (en orden de importancia) Cuánto tiempo ha tenido el niño esta condición?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Sí No Ha sido visto niño por cualquier otros médicos para estas preocupaciones?

HISTÓRIAL MÉDICA

Alergias conocidas a la comida, medicamentos, ambiente, animales

Alérgeno	Tipo de reacción
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Hospitalizaciones, Cirugías y heridos mayores: por favor, indique las fechas y las complicaciones (si existe)

Año	Enfermedad, Cirugía, Herido, Diagnóstico Mayor
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Enumere todos actual de prescripción, medicamentos de venta libre, vitaminas, suplementos

Nombre de Medicina/Suplemento	Dosis (mg)	Cuantas	Veces al día	Última Vez
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Histórial Familiar (Madre, Padre, Hermana, Hermano, Tío, Tía)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ataque al corazón antes de los 55 años | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Derrame cerebral antes de los 55 años | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma/ Enfermedad del pulmón |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Coágulos de sangre en las piernas o pulmones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Depresión/suicidio |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presión alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad genéticos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Colesterol o grasas alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer: tipo _____ | <input type="checkbox"/> Historial familiar no disponible |

Prototype Health, Inc.
Historia Médica Pediátrica

Historia de embarazo de la madre

Edad en concepción: _____ Sí No Ya tiene otros hijos
 Sí No Hizo fuma Sí No Hizo drogas
 Sí No Diabetes Sí No Pre-eclampsia
 Sí No Estrés emocional Sí No Náusea/vómito excesivo
 Sí No Parto vaginal Sí No Parto traumático: _____

Historia de la Primera Infancia

La salud del bebé al nacer: _____
 Sí No Amamantado Por cuánto tiempo: _____ Tipo de fórmula utilizada (o indique n/a): _____

Edad alimentos sólidos introducido: _____

Edad al primer diente del niño: _____ La edad primero habló: _____ Primera edad caminó: _____

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Olor del pie malo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pesadillas
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Costra láctea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sudoración excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Incontinencia nocturna
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eccema/Soriasis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rabieta
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolores de crecimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desobediente
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estrenimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cólico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Miedos/fobias
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comer exigente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Erupción del pañal
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dientes malos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pubertad precoz
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Catarro crónico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Verrugas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolores de estómago
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Infecciones de oído frecuentes	Si sí, cuantos total: _____	Última ocurrencia: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Resfriados frecuentes	Si sí, cuantos total: _____	Última ocurrencia: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Faringitis estreptocócica frecuentes	Si sí, cuantos total: _____	Última ocurrencia: _____

Sí No No sé Exámenes de audición normal
 Sí No No sé Exámenes de la visión normal
 Sí No No sé Impedimentos del habla
 Sí No No sé Impedimentos de aprendizaje

Historia de Vacunación

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Partial Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Partial Influenza/Flu
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Partial RV/Rotavirus	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Partial MMR
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Partial Varicela/Chicken Pox	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Partial DPT/TDaP (tétano/difteria/pertusis)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Partial Hib	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Partial Hepatitis A
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Partial PCV/pneumococcal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Partial MCV4/meningococcal
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Partial IPV/Polio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Partial HPV
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Reacciones a vacunas: _____	

Exposición Ambiental

Por favor indique cualquier particulares estresores hogares el niño ha presenciado o vivido:

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

Sí No Vivía cerca de una refinera, área contaminada, casa con pintura de plomo _____
 Sí No Vivía en una casa con alfombras nuevas, pintura, gabinetes u otra restauración _____
 Sí No Es particularmente sensible a los perfumes, gasolina u otros vapores _____
 Sí No Expuesto a pesticidas rociados, herbicidas u otros productos químicos en el hogar _____

Hay algo más que le gustaría compartir? _____