

Eastern Carolina Pediatrics, P.A

1702 Medical Park Dr.

Wilson, NC 27895

Patient Registration

Niño(a) 1: *Apellido del paciente:* _____ *Nombre del paciente* _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___: *Sexo del paciente (M/F):* _____ *Lenguaje primario:* _____

Grupo Etnico: _____ *Raza:* _____

Niño(a) 2: *Apellido del paciente:* _____ *Nombre del paciente* _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___: *Sexo del paciente (M/F):* _____ *Lenguaje primario:* _____

Grupo Etnico: _____ *Raza:* _____

Niño(a) 3: *Apellido del paciente:* _____ *Nombre del paciente* _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___: *Sexo del paciente (M/F):* _____ *Lenguaje primario:* _____

Grupo Etnico: _____ *Raza:* _____

Dirrecion:

(Ciudad) (Codigo Postal)

Numero de telefono (Casa) (___) _____ - _____

Quien vive en casa? _____
(Porfavor note, esta informacion es usada para mejorar el historial social de su hijo(a))

Contacto #1: *Nombre:* _____

Relacion con Paciente: _____ *Relacion biologica con el Paciente:* _____

Paciente vive con usted? (Si/No) Fecha de nacimiento: ___/___/___ *Numero de Seguro Social* ___ - ___ - _____

Numero de telefono (trabajo): (___) _____ - _____ *Numero de telefono (celular):* (___) _____ - _____

Correo Electronic (Casa): _____ *Correo Electronico (Trabajo)* _____

Como preferiria ser contactado sobre las siguientes notificaciones (escoja una):

Cuestiones Medicas Telefono de Casa / Telefono de Trabajo / Correo Electronico Casa

Recordatorios de citas Telefono de Casa / Telefono de Trabajo / Correo Electronico Casa

Alertas: Telefono de Casa / Telefono de Trabajo / Correo Electronico Casa

Estados de Cuentas Telefono de Casa / Telefono de Trabajo / Correo Electronico Casa

Avisos de Practica General Telefono de Casa / Telefono de Trabajo / Correo Electronico Casa

Notificación del Portal Telefono de Casa / Telefono de Trabajo / Correo Electronico Casa

Contacto #2: Nombre: _____

Relacion con Paciente: _____ Relacion biologica con el Paciente: _____

Paciente vive con usted? (Si/No) Fecha de nacimiento: ___/___/___ Numero de Seguro Social ___ - ___ - _____

Numero de telefono (trabajo): (___) ___ - _____ Numero de telefono (celular): (___) ___ - _____

Correo Electronic (Casa): _____ Correo Electronic (Trabajo) _____

Profesion: _____ Ocupacion: _____

Preguntas Adicionales:

Quien debe recibir los estados de cuentas? _____

Pueden todos los contactos tener acceso a los record's del paciente electronicamente Si o No / _____

Informacion de Seguro Medico:

Seguro Primario:Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado : _____ Sexo del asegurado (M/F) _____

Compañía de seguro: _____ Poliza # _____

Seguro Secundario:Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado : _____ Sexo del asegurado (M/F) _____

Compañía de seguro: _____ Poliza # _____

Si los padres están divorciados o están separados, por favor complete esta sección:

Quien tiene custodia? _____

Existe alguna restricción legal que impida al padre sin custodia dar su consentimiento al tratamiento médico para el niño o de obtener información sobre el tratamiento médico del niño?

En caso afirmativo, explique y proporcione una copia de cualquier documento legal que respalde esta restricción _____

Contacto de emergencia para el paciente (excluyendo padres) Nombre & Relacion (Porfavor solo 3)

1: _____ Relacion: _____ Numero de teléfono: (___) ___ - _____

2: _____ Relacion: _____ Numero de teléfono: (___) ___ - _____

3: _____ Relacion: _____ Numero de teléfono: (___) ___ - _____

FECHA: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historia de Nacimiento: Si la respuesta es si, porfavor explique. (SOLAMENTE si es paciente nuevo o su hijo es menor de 2 años)

Nombre del Hospital		
Edad cuando dado de alta despues de naciemiento?		
Enfermedades durante embarazo?	NO	SI
Medicamentos?	NO	SI
Uso de Alcohol/Drogas?	NO	SI
Problemas al nacer? Prematuro?	NO	SI
Typo de Entrega	Vaginal:	Cesárea:
Peso de Nacimiento	Nacimiento:	Dado de alta:
Alimentacion:	Amamantando:	Botella (Formula):

HISTORIA DEL PACIENTE Y FAMILIA: POR FAVOR, SELECCIONAR LAS CAJAS QUE SE APLICAN A LA HISTORIA DE SU HIJO Y ESPECIFIQUE

	PACIENTE	MADRE	PADRE	HERMANOS	FAMILIA
Desorden sanguineo (enfermedad de célula falciforme, Anemia)					
Desorden de huesos/ articulaciones (Artritis, Gota)					
Cancer					
Diabetes					
Problemas de Ojos (Ceguera, Bizo)					
Problemas de Oido (Sordera)					
Gastrointestinal (Ulcera, Crohn, Celiaco)					
Desorden Genetica (Sindrome de Down, Fibrosis Cistica)					
Enfermedades del Corazon(Ataques Cardiacos, Presion Arterial)					
Enfermedad del riñon (Infección del Tracto Urinario)					
Trastornos del Pulmon (Asma, Tuberculosis)					
Trastornos de los Musculos (Esclerosis Multiple)					
Trastornos de los Nervios (Migrañas, Epilepsia)					
Trastornos Psiquiatricos (depresion, Suicidio, Bipolar)					
Problemas de Tiroides					
Enfermedades de Transmision Sexual (VIH, Gonorrea, Herpes)					
Alcoholismo, Drogadiccion					
Fumador					

NOMBRE DE MEDICAMENTO	DOSIS

HOSPITALIZACIONES / CIRUGIAS	FECHAS

