

Pediatría Raybon

700 Zeagler Dr., Ste 7

Teléfono: 386-385-8137/Fax: 386-487-2113

Niño 1 : Apellido : _____ **Nombre :** _____ **Inicial inicial :** _____

Fecha de nacimiento : ____/____/____ **Sexo :** _____ **Idioma principal :** _____

Etnia : Hispano / No hispano / Desconocido **Raza :** Asiático / Negro / Hawaiano / Blanco / Desconocido

Número de seguro social : ____ - ____ - _____

Seguro Información

Póliza principal : Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____ Sexo del Titular de la Póliza: Masculino / Femenino

Compañía de seguros: _____ ID de póliza: _____

Grupo #: _____

Póliza Secundaria : Nombre del Titular de la Póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____ Número de seguro social del titular de la póliza: ____ - ____ -

Compañía de seguros: _____ ID de póliza: _____

Grupo #: _____

Niño 2 : Apellido : _____ **Nombre :** _____ **Inicial inicial :** _____

Fecha de nacimiento : ____/____/____ **Sexo :** _____ **Idioma principal :** _____

Etnia : Hispano / No hispano / Desconocido **Raza :** Asiático / Negro / Hawaiano / Blanco / Desconocido

Número de seguro social : ____ - ____ - _____

Seguro Información

Póliza principal : Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____ Sexo del Titular de la Póliza: Masculino / Femenino

Compañía de seguros: _____ ID de póliza: _____

Grupo #: _____

Póliza Secundaria : Nombre del Titular de la Póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____ Número de seguro social del titular de la póliza: ____ - ____ -

Compañía de seguros: _____ ID de póliza: _____

Grupo #: _____

INFORMACIÓN REQUERIDA

Dirección postal: Calle o apartado postal _____

Código postal _____

Teléfono de casa : (_____) _____ - _____

Quién vive en este hogar ? _____

(Tenga en cuenta que esta información se solicita para mejorar la ingesta del historial social de su hijo).

Información del contacto

Contacto 1: Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
¿Vive con el paciente? Sí / No En caso negativo, indique la dirección del contacto: _____
Número de teléfono del contacto: _____ celular - trabajo - casa ? (por favor marque)
Número de seguro social: _____ - _____ - _____
Relación con el Paciente: _____ Relación Biológica con el Paciente: _____
(Tenga en cuenta que esta información se solicita para mejorar la ingesta del historial médico familiar de su hijo).
Teléfono de casa o trabajo: (____) _____ - _____ Teléfono celular: (____) _____ - _____
Correo electrónico preferido: _____ Correo electrónico de casa/correo
electrónico de trabajo (marque con un círculo)
¿Cómo preferiría idealmente que este contacto fuera contactado con respecto a (marque uno con un círculo):
Recuerda: Llamada / Texto / Correo electrónico / otro _____
Avisos de práctica general: llamada/texto/correo electrónico/otro _____
Notificaciones del portal: llamada/texto/correo electrónico/otro _____
Recordatorios: Llamada / Texto / Correo electrónico / otro _____

Contacto 2: Nombre : _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
¿Vive con el paciente? Sí / No En caso negativo, indique la dirección del contacto: _____
y número de teléfono del contacto: _____ celular - trabajo - casa ? (por favor marque)
Número de seguro social: _____ - _____ - _____
Relación con el Paciente: _____ Relación Biológica con el Paciente: _____
(Tenga en cuenta que esta información se solicita para mejorar la ingesta del historial médico familiar de su hijo).
Teléfono de casa o trabajo: (____) _____ - _____ Teléfono celular: (____) _____ - _____
Correo electrónico preferido: _____ Correo electrónico de casa/correo
electrónico de trabajo (marque con un círculo)
¿Cómo preferiría idealmente que este contacto fuera contactado con respecto a (marque uno con un círculo):
Recuerda: Llamada / Texto / Correo electrónico / otro _____
Avisos de práctica general: llamada/texto/correo electrónico/otro _____
Notificaciones del portal: llamada/texto/correo electrónico/otro _____
Recordatorios: Llamada / Texto / Correo electrónico / otro _____

Contactos de emergencia , distintos de los padres : nombre y relación

1: _____ Relación _____ Teléfono: (____) _____ - _____
2: _____ Relación _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Preguntas de contacto adicionales:

¿Quién debería recibir los extractos de facturación? _____
¿Pueden todos los contactos tener acceso a los registros del paciente electrónicamente? Sí No
En caso negativo, indique quién puede tener acceso: _____

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

¿Quién tiene la custodia? _____
¿Existe alguna restricción legal que impediría que el padre sin custodia dé su consentimiento para el tratamiento médico del niño o obtenga información sobre el tratamiento médico del niño? Sí No

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

Sí/ No **Lesiones/Fracturas graves** Por favor enumere con fechas:

Sí/No **Hospitalizaciones** cuándo y por qué:

Especialistas que ha visto su hijo (nombre, ubicación del consultorio, cuándo/por qué):

Medicamentos actuales/en curso

1. _____
(Medicamento) (Dosis) (Fecha de inicio) (Nombre del niño)
2. _____
(Medicamento) (Dosis) (Fecha de inicio) (Nombre del niño)
3. _____
(Medicamento) (Dosis) (Fecha de inicio) (Nombre del niño)
4. _____
(Medicamento) (Dosis) (Fecha de inicio) (Nombre del niño)

Historial médico familiar pertinente : ¿Alguien por parte de madre o de padre tiene antecedentes de:
{MGM=lado de la abuela-mamá; PGF=lado abuelo-papá; MGGM- bisabuela-lado de mamá), etc}

Y	N	relación
		Adicciones
		Alergias
		Anemia/rasgo falciforme
		Asma
		Desorden sangrante
		Mojar la cama >10 años
		Cáncer
		Fibrosis quística
		Retraso del desarrollo/PC
		Diabetes, Adulto
		Diabetes, Infancia

Y	N	relación
		Epilepsia/Convulsiones
		Pérdida de audición, infancia
		Hipertensión
		Hola colesterol/Triglicidos
		Problemas inmunológicos, VIH
		Nefropatía
		Enfermedad del hígado
		Migraña
		Depresión
		D/O bipolar o esquizofrenia
		AGREGAR o TDAH

Otro: _____

Historia social pertinente : ¿Alguien en su casa fuma?: S/N. ¿Fuma dentro de la casa?: S/N.

Cualquier mascota: S / N En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

¿Están ambos padres biológicos involucrados en la vida del niño? _____

Nombre del Médico Anterior, para que podamos solicitar registros: _____

¿Cómo se enteró de Raybon Pediatrics? _____

Farmacia preferida: _____

