



Registro de Pacientes

Primer Nombre_: _____ Apellido: _____ Inicial I del 2nd Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ SSN: _____
Direccion: _____ Ccudad: _____
Estado: _____ Codigo Postal: _____
Nombre de la escuela ala que atiende: _____ Grado: _____

Informacion del padre de familia

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ ial del 2nd nombre: _____
Relacion: _____ SSN: _____ Licencia de Manejo: _____
Direccion: _____ Ciudad : _____ Estado: _____
Codigo Postal: _____ Casa #: _____ Cell #: _____
Proveedor de tel (e.g. Verizon): _____ Email: _____

Seguro

Nombre del Asegurado: _____ Relacion con el Asegurado: _____
Fecha de Nacimiendo del Asegurado: _____ # SS Del Asegurado: _____
Empleador: _____
Direccion : _____
Ciudad : _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Compañía de seguros: _____ Numero De Identificacion: _____
Plan Grupal : _____ # de Grupo: _____

Como escucho de nosotros?



Historial Medico

Nombre del Pediatra: _____ Fecha de su última cita dental: _____

¿Es esta la primera cita dental?..... Si No

¿Su hijo tiene algún problema dental específico? Si No

¿Su hijo está tomando algún medicamento?..... Si No

Si, por favor indique: _____

¿Su hijo a sido hospitalizado u a tenido alguna cirugía?.....Si No

¿Su hijo fue premature?..... Si No

¿Su hijo tiene todas sus vacunas al día?..... Si No

Indique SOLO lo que aplique a la condición actual o del pasado de su hijo

VIH/SIDA Positivo	<input type="radio"/>	Desorden de sangrados	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	Desorden del hígado	<input type="radio"/>
Adicción a drogas	<input type="radio"/>	Desorden de desarrollo	<input type="radio"/>
Enfermedad del corazón	<input type="radio"/>	Desorden de los riñones	<input type="radio"/>
Enfermedad de células falciforme	<input type="radio"/>	Desmayos	<input type="radio"/>
Asma/Desorden respiratorio	<input type="radio"/>	Cáncer/quimioterapia/radiación	<input type="radio"/>
Deficiencia de 2tención/hiperactividad	<input type="radio"/>	Alergias	<input type="radio"/>
Condición psiquiátrica	<input type="radio"/>	Azúcar baja	<input type="radio"/>
Hepatitis	<input type="radio"/>	Desorden de Autismo	<input type="radio"/>
Epilepsia	<input type="radio"/>	Otro	<input type="radio"/>

Si hay otros, por favor explique, o elabore: _____

A mi conocimiento, esta forma ha sido completada precisamente. Entiendo si no, la salud del paciente puede correr peligro.

X _____

Fecha: _____

FIRMA



Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. Revísela con cuidado.

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

X _____

FIRMA

FECHA