



### Registro de Pacientes

Primer Nombre\_: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial I del 2<sup>nd</sup> 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 2<sup>nd</sup> 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