



McKinney Pediatrics

1872 N. Lake Forest Dr. McKinney, Texas 75071 T: 972.548.0758, F: 972.548.0425

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Nino Nina

Primero Otro Apellido

Fecha de nacimiento: _____
Mes Día Año

Teléfono: _____
(para los mensajes de las citas)

Dirección del paciente: _____
Numero de la Calle Calle # del apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Nombre de Hermanos(as): _____

Dirección de factura: _____

(si diferente) _____ Nombre: _____

INFORMACION DEL PERSONA RESPONSIBLE

Información De La Mama:

Paciente vive con mama _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

E-mail: _____

Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

Información Del Papa:

Paciente vive con papa _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

E-mail: _____

Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

¿Como te enteraste de nosotros?

<i>Amigo</i>	<i>Conduciendo</i>	<i>Anuncio</i>	<i>Aseguranza</i>	<i>Otro:</i>
--------------	--------------------	----------------	-------------------	--------------

Firma a continuación se indica la responsabilidad financiera de todos los cargos efectuados en esta cuenta para cualquier porción de su cuenta no pagada en su totalidad. Esta es un acuerdo jurídicamente vinculante para la responsabilidad financiera de cobro de honorarios, gastos finales, y cualquier honorario de abogados para pago de la cuenta. Esto también es un acuerdo jurídicamente vinculante para McKinney Pediatrics, PA para el tratamiento y el cuidado de su hijo, a menos que se indique otra cosa. Tenga en cuenta que el pago se debe en el momento del servicio.

QUIEN TRAIGA AL NINO O NINA ES RESPONSIBLE DE FACTURA!

Persona Responsable: _____

Firma De La Persona Responsable: _____ Fecha: _____

INFORMACION DE ASEGURANZA



ASEGURANZA PRIMARIA

NOMBRE DE LA ASEGURANZA: _____ CO-PAGO: _____
NUMERO DEL GRUPO: _____ NUMERO DE LA ASEGURANZA: _____
PERSONA QUE TENGA LA ASEGURANZA: _____
CUAL ES LA RELACION AL PACIENTE: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: _____
DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____
CODIGO POSTAL: _____ TELEFONO #: _____
DONDE TRABAJA: _____ DIRECCION: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____ TELEFONO DEL TRABAJO: _____
FECHA DE EFFECTIVO DE ASEGURANZA: _____

ASEGURANZA ADICIONAL

PACIENTE TIENE OTRA ASEGURANZA? YES NO
NOMBRE DE LA ASEGURANZA: _____ CO-PAGO: _____
NUMERO DEL GRUPO: _____ NUMERO DE LA ASEGURANZA: _____
PERSONA QUE TENGA LA ASEGURANZA: _____
CUAL ES LA RELACION AL PACIENTE: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: _____
DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____
CODIGO POSTAL: _____ TELEFONO #: _____
DONDE TRABAJA: _____ DIRECCION: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____ TELEFONO DEL TRABAJO: _____
FECHA DE EFFECTIVO DE ASEGURANZA: _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE: _____ CUAL ES LA RELACION AL PACIENTE: _____
NUMERO DEL LICENCIA#: _____ ESTADO: _____

TARJETA DE ASEGURANZA Y TARJETA DE INTIFICACION SON NECESSARIAS A TIEMPO DE LA CITA

FIRMA A CONTINUACION SE INDICA ESTE INFORMACION ES VERDAD Y CORRECTA.

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE: _____ FECHA: _____



Fecha: _____

Historia de Salud Pediátrica

De salud del niño Tu es de suma importancia para nosotros. Por favor, rellene el formulario de la forma más completa y precisa como sea posible. Si no está seguro de cómo responder a un tema determinado, sólo la vuelta al tema y estaremos encantados de discutir con usted. Toda la información es tratada de forma confidencial.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ M F

Nombre de Madre: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Nombre del Padre: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Niños de la Escuela: _____ Grado: _____

Médico Anterior: _____ Teléfono: _____ Ciudad / Estado: _____

Alergias medicamentosas		MEDICAMENTOS	
Sustancia	Reacción	Nombre del medicamento	Dosis

HISTORIA MÉDICA

Por favor, compruebe si el niño ha tenido alguna vez cualquiera de los siguientes:

Anemia	<u>CARDIOVASCULAR</u>	<u>GASTRONINTESTINAL</u>	<u>MUSCULO/HUESO/ARTICULACION</u>	<u>NARIZ/GARGANTA /PECHO</u>
Asma	Murmullos	Falta de apetito	Huesos rotos	Dificultad para respirar
Bronquitis	Dolor de pecho	Sangriento / heces oscuras	Esguinces	Dificultad para deglutir
Chicken Pox	Latidos cardiacos irregulares	Estreñimiento	Problemas de coordinación	Resfriados frecuentes
Hepatitis	<u>OJOS</u>	Diarrea	Problemas con la postura	Ronquera
Sarampión	Cruzado o desalineado	Hambre excesiva	Dolor, debilidad o inflamación	Respirar por la boca
Rubéola	Irritación de los ojos	Sed excesiva	<u>GENERAL</u>	Las hemorragias nasales
Paperas	Problemas de visión	Náusea	Escalofríos	Tos persistente
Fiebre reumática	<u>AUDITIVOS O DEL HABLA</u>	Sangrado rectal	Depresión	Problemas sinusales
Neumonía	Dificultad para oír	Dolores de estómago	Mareo	Dolor de garganta
Tos ferina	Dolor de oído	Vómitos	Desmayo	Inflamación de la garganta
RV	Infecciones de oído	Lombrices	Olvido	Las infecciones de amígdalas
<u>DENTAL</u>	Problemas del habla	<u>GENITO-URINARIO</u>	Dolores de cabeza	Respira con dificultad
Encías Sangrantes	Otros:	Mojar la cama	La pérdida de sueño	<u>PIEL</u>
Rechinar los dientes		Sangre en la orina	Cambios de humor	Bruise Easily
Sensibilidad		Dermatitis del pañal, persistentes	Nerviosismo	Cambio en Moles
Succión del Pulgar		Aprobación de la gestión (vagina / pene)	Entumecimiento	Urticaria
Última chequeo dental:		Micción frecuente	Transpiración	Erupción
¿Pincel, con qué frecuencia?		Dolor al orinar	Cansancio	Soares
¿Use hilo dental, con qué frecuencia?		Insólito pedido de orina	Pérdida de peso /	Las llagas que no cicatrizan

<u>HOSPITALIZACIONES</u>			<u>LESIONES</u>		
Razón	Fecha	Hospital, Ciudad, Estado	Las lesiones / enfermedad grave	Fecha	Resultado

Y la salud infantil PRENATAL HISTORIA

Lugar de nacimiento:		OB:		Mamá a la edad de nacimiento:	
Durante el embarazo, ¿cuál de estas condiciones se hizo? (Por favor marque lo que corresponda)					
Consumo de alcohol		Sarampión alemán		Enfermedad venérea	
Anemia		Hepatitis		Sin Prescripción consumo de drogas:	
Diabetes		Presión arterial alta		El consumo de drogas con receta:	
Edema / hinchazón		La proteína en la orina		Sustancias Controladas el consumo de drogas:	
La exposición a sustancias químicas o radiación		Uso del Tabaco		Otros:	
Fiebre		Infecciones del Tracto Urinario			
ENTREGA (Por favor marque todas las que correspondan):					
El Tiempo	Prematuro	Tarde	Parto normal	Inducida/prolongada	Recamara C-seccion
Por favor, describa cualquier otra complicación:					
Peso al nacer:	Lbs.	Onza	Defectos de Nacimiento:		
Peso de la descarga:	Lbs.	Onza	Problemas Respiratorios	Ictericia	Transfusión
Longitud:			Alimentación (circule uno):		
Edad al momento del alta:			Brest	Formula	Ambos

HISTORIA DE LA FAMILIA

	Edad	General de Salud	Nombre	Edad	General de Salud
Padre			Hermano		
Madre			Hermano		

Por favor circule cualquier condición que ninguno de los parientes de sangre de los niños han tenido y su relación:

<u>CONDICIÓN</u>	<u>RELACIÓN</u>	<u>CONDICIÓN</u>	<u>RELACIÓN</u>
Alcoholismo		VIH / SIDA	
Alergias		Trastorno del Riñón	
Anemia		Trastorno de pulmón	
Artritis		Enfermedad Mental / Trastorno	
Asma / Enfisema		Retraso Mental	
Defectos de Nacimiento		Trastorno muscular	
Ósea o trastornos de la articulación		Fiebre reumática	
Cáncer		Convulsiones / Convulsiones	
Diabetes		Enfermedad de células falciformes	
Epilepsia		Dermatosis	
Trastorno de ojo o el oído		Golpe	
Defectos genéticos		Trastorno de la tiroides	
Enfermedad del corazón		Tuberculosis	
Hemofilia		Enfermedad venérea	
Presión arterial alta		Otros:	

Reconozco que la información aquí contenida es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma: _____ Relación con el paciente: _____



1872 N. Lake Forest Dr. McKinney, Texas 75071 T: 972.548.0758 F: 972.548.0425

Aviso de Prácticas de Privacidad Resumen

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Reconozco que McKinney Pediatría me proporciono una copia escrita de aviso de prácticas de la práctica de privacidad.

También reconozco que he tenido la oportunidad de leer el aviso de prácticas de privacidad y hacer preguntas.

Firma de padre/tutor: _____

Fecha: _____

Relación con el Paciente: _____



1872 N. Lake Forest Dr., McKinney, Texas 75071 T: 972.548.0758 F: 972.548.0425

Práctica Enfermera Advance Consentimiento para el tratamiento

McKinney Pediatrics, PA tiene un avance en el personal de Práctica Enfermera para ayudar en la prestación de la atención pediátrica.

Una enfermera por adelantado no es un médico. Una enfermera de práctica anticipada es una enfermera registrada que ha recibido educación superior y la formación en la prestación de atención de salud. Una enfermera de práctica anticipada puede diagnosticar, tratar y controlar las enfermedades comunes y crónicas graves así como la proporcionar el mantenimiento de salud. Además, la enfermera de práctica anticipada puede tratar a menores cortes y otras lesiones menores.

He leído lo anterior, y doy mi consentimiento para los servicios de una enfermera de práctica anticipada de cuidados de la salud infantil a mis necesidades.

Entiendo que en cualquier momento me puede negar a ver a la enfermera práctica por adelantado y solicitar ver a un médico.

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____



1872 N. Lake Forest Dr. McKinney, Texas 75071 T: 972.548.0758 F: 972.548.0425

Permiso Para Cuidado Medico y Liberar Información

Yo, _____, autorizo al personal de McKinney Pediatrics, PA dar información acerca de la salud de mi hijo(a) también durante my ausencia a cualquier persona nombrada abajo que traiga a mi hijo(a) para cuidado medico.

Nombre: _____ Parentesco: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____

La siguiente información puede ser dada:

	Personas Escritas Arriba	Dejando Mensajes
Hora de cita	Si or No	Si or No
Exámenes y resultados de laborterio	Si or No	Si or No
Medicamentos	Si or No	Si or No
Procedimiento	Si or No	Si or No
Cualquier información de arriba to cante a la salud de mi hijo(a)	Si or No	Si or No

Yo entiendo y puedo suspender este consentimiento a cualquier hora. Dando la notica preescrito a la personal u organización haciendo una revelación hasta que la noticia sea entregada esta petición será valida.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

(Padres o Tutor)



1872 N. Lake Forest Dr McKinney, Texas 75071 T: (972) 548-0758 F: (972) 548-0425

McKinney Pediatría la política de oficina "No-Show"

Política de Pediatría McKinney un "otro" es el siguiente:

- **Llamar con anticipación si es tarde o no puede hacer su turno.** Haremos todo que podemos para dar cabida a la cita de su niño y reducir al mínimo la necesidad de reprogramar su cita - nos ayudará con nuestra gestión del tiempo. Nuestro sistema de llamada de recordatorio permite una indicación para su necesidad de reprogramar, McKinney Pediatría aceptará esta notificación en lugar de una llamada de teléfono, si es después de horas hábiles.
- **Llegadas tardías (más de 15 minutos después de la cita) se ofrecerá la próxima cita disponible.** Mientras que haremos todo lo posible para acomodar los pedidos, la primera disponible mayo cita o no ser el mismo día que se perdió la cita.
- **Un "No Show" será documentado en el expediente de su hijo y se utiliza para realizar un seguimiento de citas perdidas.** Tres citas de "No Show" dentro de un período de tiempo balanceo de seis 6 meses (sin llamar por lo menos 3 horas de negocios antes de la hora de la cita) resultará en el despido de Pediatría McKinney y la notificación a su compañía de seguros. McKinney Pediatría no enviará recordatorios de shows, la cortesía de una llamada telefónica es todo lo que pedimos.
- **Recuerde: las citas cancelado más de 3 horas de negocio antes cuando estaban programada voluntad no incurrir en una "presentación".**

Al firmar abajo, usted reconoce notificación y comprensión de la política de Pediatría McKinney en citas de otro.

Firma _____ Fecha _____

Dear Patients,

Our practice is participating in a government program that encourages the adoption of electronic health records. This technology will lead to reduced health care costs, but it will also improve the quality of your care and our ability to communicate with you, our patients.

As part of this program, the government requires us to record the following demographic information about you:

- ▶ Preferred language ▶ Race ▶ Ethnicity ▶ Date of birth ▶ Gender

The U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) provides the options for the race and ethnicity fields that match the data collection standards defined by the U.S. Office of Management and Budget (OMB) and the U.S. Bureau of the Census (BC). We maintain secure records and assure you that this information will remain confidential.

You can help us by reviewing the list of options below and providing your race and ethnicity information during registration or check-in. If you do not wish to provide this information, you may simply decline.

Thank you for your assistance!

McKinney Pediatrics

Please identify your Race from the following CDC-defined options:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> African | <input type="checkbox"/> Black or African American | <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander |
| <input type="checkbox"/> African American | <input type="checkbox"/> Burmese | <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Other Race |
| <input type="checkbox"/> Alaska Native | <input type="checkbox"/> Cambodian | <input type="checkbox"/> Laotian | <input type="checkbox"/> Pakistani |
| <input type="checkbox"/> American Indian | <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Madagascar | <input type="checkbox"/> Polynesian |
| <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native | <input type="checkbox"/> Dominica Islander | <input type="checkbox"/> Malaysian | <input type="checkbox"/> Singaporean |
| <input type="checkbox"/> Arab | <input type="checkbox"/> Dominican | <input type="checkbox"/> Maldivian | <input type="checkbox"/> Sri Lankan |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> European | <input type="checkbox"/> Melanesian | <input type="checkbox"/> Taiwanese |
| <input type="checkbox"/> Asian Indian | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Micronesian | <input type="checkbox"/> Thai |
| <input type="checkbox"/> Bahamian | <input type="checkbox"/> Haitian | <input type="checkbox"/> Middle Eastern or North African | <input type="checkbox"/> Tobagoan |
| <input type="checkbox"/> Bangladeshi | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Trinidadian |
| <input type="checkbox"/> Barbadian | <input type="checkbox"/> Indonesian | <input type="checkbox"/> Nepalese | <input type="checkbox"/> Vietnamese |
| <input type="checkbox"/> Bhutanese | <input type="checkbox"/> Iwo Jiman | <input type="checkbox"/> Okinawan | <input type="checkbox"/> West Indian |
| <input type="checkbox"/> Black | <input type="checkbox"/> Jamaican | | <input type="checkbox"/> White |

Please identify your Ethnicity from the following CDC-defined options:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Central American | <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/Spanish | <input type="checkbox"/> Mexican | <input type="checkbox"/> South American |
| <input type="checkbox"/> Cuban | <input type="checkbox"/> Latin American/Latino, Latino | <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino | <input type="checkbox"/> Spaniard |
| <input type="checkbox"/> Dominican | | <input type="checkbox"/> Puerto Rican | |