

# STERLING HEALTH CARE - Niño

Para acelerar el proceso de registro, por favor llene toda la información.

Sterling Health Care

Sterling Women's Care

Bath Family Health Services

## Información de la tutela

¿Es usted el tutor legal del niño?  Sí  No

Si usted marcó no, ¿quién tiene la custodia legal? \_\_\_\_\_

**\*\*Si usted no es el padre biológico o adoptivo, debe proporcionar la documentación legal de la tutela\*\***

## Información demográfica

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Género: M/H SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Divorciado  Casado  Apartado  Soltero  Desconocido  Viuda

Raza:  Indio Americano/nativo de Alaska  Asiático  Negro/afroamericano  Nativo de Hawai  Blanco  Otro

Etnicidad:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino no

Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

La comunicación preferido: Teléfono/Dirección de correo electrónico

Teléfono de contacto preferida:  Casa  Móvil  Trabajo Idioma preferido:  Inglés  Español  Requiere intérprete

Arreglos de vivienda  Solo  Familia  Institución  Familia  Compañeros  Sólo el cónyuge

Situación de vida  Sin hogar  Temporal  Con Familia  Calle  Otro  Desconocido  No sin hogar

Trabajador agrícola  Inmigrante  Estacional Eres un veterano  Sí  No

¿Quién fue el último proveedor de atención primaria? \_\_\_\_\_

Razón de Transferencia de Cuidado \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, por favor, póngase en contacto con:**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

## Información del seguro:

Seguro primario: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Suscriptor Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Género del suscriptor: \_\_\_\_\_ Teléfono del suscriptor: \_\_\_\_\_

Direcciones de abonado, si es diferente del paciente: \_\_\_\_\_

**Información del garante**

**Información de Empleo**

- Tiempo completo   Medio tiempo   Desempleados   Estudiante de tiempo completo  
Estudiante de medio tiempo   Retirado   Desconocido   Servicio military activo

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_

**Niño Nueva Historia del Paciente**

¿Cómo se entero de nuestra práctica? \_\_\_\_\_

Problems Actuales/Preocupaciones

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Alergias**

Medicamentos	
Vacunas	
Comida	
Otro	

**Medicamentos actuales**

Nombre del medicamento	Dosificación	Direcciones

**La historia del nacimiento**

Era este niño?   Tiempo completo   Prematuro   Adoptado

Si prematuro ¿cuántas semanas? \_\_\_\_\_      Si se aprueba, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_

¿Tipo de parto?   Vaginal   Cesárea      Si por cesárea, ¿por qué?

\_\_\_\_\_

¿Peso de nacimiento? \_\_\_\_\_      Recámara?   Sí   No

Algún problema durante el período de recién nacido?   Sí   No

En caso afirmativo, por favor explique \_\_\_\_\_

## Historical Médico del niño

Cualquier hospitalizaciones?  Sí  No

Motivo de la hospitalización	Fecha de hospitalización	Instalación donde fue hospitalizado

Alguna cirugía?  Sí  No

Tipo de cirugía	Fecha de procedimiento	Instalación donde se realizó el procedimiento

¿Cualquier reciente visita a una sala de emergencia?  Sí  No

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

### Ha sido su hijo tratado por cualquiera de lo siguientes:

Condición	Sí	No	Condición	Sí	No
Alergias			Infección de oído		
Asma			Varicela		
Eczema			Infección del tracto urinario		
Convulsiones			Acné		
Soplo del corazón			Lesión o conmoción grave		
Silvido			Desarrollo y/o problemas del habla		
Neumonía			ADHD/ADD		

Sólo para mujeres, ¿ha comenzado su ciclo menstrual?  Sí  No Si es así, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_

Otros antecedentes de problemas crónicos? \_\_\_\_\_

Ha sido su hijo visto por un especialista?  Sí  No

Si es así, por favor describa? \_\_\_\_\_

## Historia familiar

Por favor, enumere las condiciones de salud experimentados por los parientes (Marque solamente las que se aplican):

Condición	¿Qué familiar? (Mamá, Papá, Abuelo, Tía, Tío, Hermano, Hermana, Otro)	Condición	¿Qué familiar? (Mamá, Papá, Abuelo, Tía, Tío, Hermano, Hermana, Otro)
Ataque al corazón	Años: _____	Colitis	
Alta presión sanguínea		Enfermedad de Crohn	
Insuficiencia Cardíaca		Los pólipos de colon	
Cadiopatía reumática		Hepatitis	

Cardiopatía congénita		Úlcera estomacal	
Cáncer de mama	Años:	Enfermedad del riñón	
Cáncer de colon	Años:	Derrame	
Leucemia		Migraña	
Melanoma		Convulsiones	
Cáncer de ovarios		Diabetes	
Cáncer pancreático		Coto	
Cualquier otro tipo de cáncer		Tendencia a sangrar	
Asma		Suicidio	
Tuberculosis		Enfermedad mental	
Otro		Drogas o abuso de alcohol	

### **Historia social**

Que vive en la casa de su hijo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Esta su niño en?:  Guardería  Colegio Si es así, ¿en qué grado? \_\_\_\_\_

¿Hay alguien en casa que fuma?  Sí  No

¿Tiene alguna preocupación sobre el rendimiento escolar de su hijo?  Sí  No

En caso afirmativo, explique

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación sobre su hijo?  Sí  No

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay algo más que usted quisiera saber sobre su hijo?  Sí  No

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Formulario completado por: \_\_\_\_\_ Relacion hacía el niño \_\_\_\_\_

**\*\* Debe llevar tarjetas de seguro actual y una identificación con foto a la primera cita\*\***

**\*\*Registros de vacunación deben presentarse junto con el Nuevo paquete de paciente\*\***