



**Kidz Pediatrics**  
 728 North Raleigh St, Suite A-1  
 Angier, NC 27501-9134  
 Ph (919) 639-9995 Fax (919) 639-3518

**PERFIL DE PACIENTE Registracion**

La informacion que usted escriba en este formulario, ESPECIALMENTE EL **NOMBRE** debe ser **IGUAL COMO ESTA ESCRITO EN SU TARJETA DE SEGURO MEDICO**. CUANDO HAGA ALGUNA CITA O PIDA MEDICAMENTO EN LA FARMACIA. IDENTIFIQUE AL NIÑO(A) BAJO ESTE MISMO NOMBRE. ES SU RESPONSABILIDAD **INFORMARNOS INMEDIATAMENTE DE CUALQUIER CAMBIO** QUE SE PRODUZCA EN SU TARJETA DE SEGURO MEDICO COMO POR EJEMPLO SU CAMBIO DE DIRECCION, APELLIDO O SI RECIVIO UNA NUEVA TARJETA DE SEGURO MEDICO. (Incluya primer nombre, segundo **NOMBRE Y APELLIDO COMO ESTA ESCRITO EN EL SEGURO MEDICO**)  
 Escribir todas las fechas en esta orden, **MES/DIA/AÑO**

Nombre del Paciente _____	Fecha de Hoy (MM/DD/AA) _____
Direccion # Calle _____	Fecha de Nacimiento _____
Ciudad/Estado/Zip _____	Seguro Social _____
Condado _____	
Correo Electronico _____	Sexo: Masc / Fem    Adoptado: Si / No
Telefono 1 _____	casa    celular    trabajo    otro
Telefono 2 _____	casa    celular    trabajo    otro
Telefono 3 _____	casa    celular    trabajo    otro

**SEGURO MEDICO/ASEGURANZA MEDICA**

Nombre/ Dueño /Adulto escrito en la poliza del seguro medico (mama/papa/guardian legal)  
 (Incluya primer nombre, segundo nombre, apellido **COMO ESTA ESCRITO EN EL SEGURO MEDICO**)

Nombre _____	Seguro Social _____
Direccion _____	Fecha de Nacimiento _____
_____	Telefono _____
Nombre de Seguro Medico/ Asegurancia Medica _____	Numero de Poliza _____
	Numero de Grupo _____

Es necesario proveer una copia de un Seguro Medico/Asegurancia Medica (los 2 lados) para el archivo medico de su niño/a.



Kidz Pediatrics  
728 North Raleigh St, Suite A-1  
Angier, NC 27501-9134  
Ph (919) 639-9995 Fax (919) 639-3518

## PERFIL DE PACIENTE Registracion

### Aceptacion de Los Reglamentos de esta Practica Privada

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

#### PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Con mi firma, yo certifico que he recibido una copia de las "Polizas De Privacidad" De Kidz Pediatrics.  
Yo comprendo que es mi responsabilidad leer, entender y aceptar las reglas presentadas aqui.

#### DERECHOS DEL PACIENTE

Con mi firma, yo certifico que he recibido una copia de la lista de los "Derechos del Paciente" de Kidz Pediatrics.  
Yo comprendo que es mi responsabilidad leer, entender y aceptar las reglas presentadas aqui.

#### RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Con mi firma, yo certifico que he recibido una copia de las "Responsabilidades del paciente" de Kidz Pediatrics.  
Yo comprendo que es mi responsabilidad leer, entender y aceptar las reglas presentadas aqui.

#### RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Con mi firma yo comprendo que me hare responsable por pagos medicos en la cuenta y garantizo que pagare los cobros medicos lo mas pronto posible. Estoy consciente que ciertos servicios podrian ser no cubiertos por mi seguro medico y Kidz Pediatrics hara todo lo posible para informarme de estos servicios y antes de rendirlos. Comprendo que el cobro medico es vencido al tiempo que el servicio medico fue brindado. Yo sere la persona responsable por pagar estos cobros incluyendo pagos parciales de mi seguro medico. Yo le doy permiso a Kidz Pediatrics que cobre a mi seguro medico por los gastos medicos o los cobros que mi niño(a) incurra al seguro medico y el balance que no sea cubierto por el seguro medico YO ME HARE RESPONSABLE POR ESOS PAGOS. En el evento de que mi cuenta se venza, habra cobros adicionales que pueden ser mandados a una agencia de coleccion. Yo sere responsable por cualquier cobro adicional que estos servicios adicionales incurran.

#### CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO Y VACUNAS

Con mi firma, yo doy el consentimiento que den tratamiento medico, aplicacion de fluoruro en los dientes y vacunas a mi o a mi niño(a) en Kidz Pediatrics. Yo comprendo que la informacion medica puede ser vista y compartida entre trabajadores y asociados medicos de Kidz Pediatrics. Todo cuidado se hara para proteger la privacidad de los archivos medicos de acuerdo con regulaciones de HIPAA.

#### CONSENTIMIENTO DE DAR INFORMACION MEDICA

Con mi firma, yo doy el consentimiento a Kidz Pediatrics que de informacion medica pertinente de mi niño(a) al seguro medico(s) o sus agencias que necesiten informacion para determinar algun pago. Esta informacion sera limitada a lo que sea necesario para aclarar algun cobro. Este consentimiento es valido para cada visita/cita con Kidz Pediatrics hasta que el papa, mama o custodial legal cancele este consentimiento por medio de una carta por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Madre/Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha (MM/DD/AA)



**Kidz Pediatrics**  
728 North Raleigh St, Suite A-1  
Angier, NC 27501-9134  
Ph (919) 639-9995 Fax (919) 639-3518

**PERFIL DE PACIENTE Registracion**  
**Autorizacion cuando padres/guardian legal no esta presente**

Yo, el Papa/Mama/Guardian Legal (nombre de papa/mama aqui): \_\_\_\_\_

POR MEDIO DE ESTA CARTA LE DOY PERMISO A LAS SIGUIENTES PERSONAS DE QUE TRAIGAN A MI NIÑO(A) CUANDO YO NO ESTE DISPONIBLE A TRAERLO(A) A KIDZ PEDIATRICS Y QUE RECIBAN TRATAMIENTO MEDICO E INFORMACION MEDICA DURANTE MI AUSENCIA. (Debe ser mayor de 18 años y una identificacion se les pedira cuando ellos traigan a su niño(a) ):

<b>Nombre completo de adulto</b>	<b>Relacion</b>	<b>Licencia valida/ID/Documento Legal</b>
1. _____		
2. _____		
3. _____		

<b>Nombre de su niño(a)</b>	<b>Con fecha de nacimiento (MM/DD/AA)</b>
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	
5. _____	

Tambien estoy dando/dejando mi informacion de seguro medico asi como el cobro parcial o el cobro completo por los servicios medicos recibidos. Yo comprendo que si Kidz Pediatrics, no obtiene el pago completo por medio de mi seguro, yo me hago responsable de pagar por los servicios medicos brindados a mi hijo(s)/hija(s) si es que mi seguro no cubre todos los gastos medicos y tambien soy responsable por el pago completo cuando la persona nombrada arriba trae a mis hijo(s)/hija(s) al doctor.

Doy permiso a Kidz Pediatrics de que obtenga cualquier archivo medico de cualquier medico o clinica que tenga archivos medicos perteneciente a niño/a nombrado arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma de Papa/Mama/Guardian Legal                      Nombre en letra de molde                      Fecha (MM/DD/AA)

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo                      Nombre en letra de molde                      Fecha (MM/DD/AA)



**Kidz Pediatrics**  
 728 North Raleigh St, Suite A-1  
 Angier, NC 27501-9134  
 Ph (919) 639-9995 Fax (919) 639-3518

**PERFIL DE PACIENTE Historia Medica**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

INFORMACION DE LA MAMA DURANTE EL EMBARAZO Y CUANDO SE ALIVIO/DIO A LUZ

Cuantos embarazos ha tenido la mama del paciente: \_\_\_\_\_ Nacieron vivos: \_\_\_\_\_ Estan vivos: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_  
 Por favor nombre cualquier complicacion o infecciones durante el embarazo o el parto: \_\_\_\_\_

Fuma: Si / No Cuantos cigarros al dia: \_\_\_\_\_ Toma licor: Si / No Cuanto semanal: \_\_\_\_\_ Drogas o Medicinas: Si / No  
**En donde nacio su niño(a):** \_\_\_\_\_ Cesarea / Natural / Forceps(Vacuum)  
 Medicamento administrado a la mama durante el parto: \_\_\_\_\_ Grupo B Strep: + / -  
 Cuanto peso el bebe: \_\_\_\_\_ Cuanto midio el bebe: \_\_\_\_\_ APGARs \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Cuantos dias tardo en hospital: \_\_\_\_\_  
 Paciente nacio a cuantas semanas: \_\_\_\_\_ Paso examen de audicion: Si / No Cual lado: Izquierdo / Derecho / 2 lados  
 Problemas de recién nacido: bebe amarillo problemas de comer vomito bebe azul necesito oxigeno fiebre  
 convulsiones problema de respiracion transfusion de sangre otro: \_\_\_\_\_

HISTORIA MEDICA PASADA DEL NIÑO(A)

Nombre de clinica/doctor(a) anterior: \_\_\_\_\_  
**Fecha del ultimo examen fisico/chequeo:** \_\_\_\_\_  
 Ha sido hospitalizado: Si / No Si es que si, porque y cuando: \_\_\_\_\_

Cirugias previas: \_\_\_\_\_

Alguna vez ha estado bajo tratamiento o esta ahorita recibiendo medicamento por alguna enfermedad como?

Paperas	Hepatitis	Sarampion	Tos convulsiva	Varicela (fecha?)	Fractura de huesos
Infeccion de oidos	Neumonia	Golpe en la cabeza	Infeccion de orina	Alergias	Dolores de cabeza Asma
Intoxicacion de plomo	Problema de comportamiento	Problemas de aprendizaje	Problemas de desarrollo	Problemas de vision	
Reflujo	Convulsiones	Soplo en el Corazon	Depresion/Ansiedad	Diabetes	Problemas del habla Cancer
Problemas de audicion	Algun otro problema: _____				

**Su niño(a) esta tomando algun medicamento (recetado, no recetado, natural, de venta en la tienda, etc):** \_\_\_\_\_

**Su niño(a) tiene alergia alguna medicina:** \_\_\_\_\_ Tipo de reaccion: \_\_\_\_\_

**Su niño(a) tiene alergia a algun tipo de comida/fruta:** \_\_\_\_\_ Tipo de reaccion: \_\_\_\_\_

**Su niño(a) ha visto a un especialista:** \_\_\_\_\_ De que: \_\_\_\_\_

En donde: \_\_\_\_\_

HISTORIA SOCIAL

Mama: Edad: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Papa: Edad: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

**Quien vive en la casa (escriba solamente el primer nombre y edad)?** \_\_\_\_\_

Tienen alguna mascota adentro/afuera: \_\_\_\_\_

Alguien fuma adentro/afuera de la casa: \_\_\_\_\_

Lenguaje de preferencia: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Su niño(a) va al cuidado o escuelita (daycare) de niños(as) Si / No

Si es que hay historia de fumar cigarillos, gustaria que le recomendemos a alguien para que pare de fumar: Si / No



**Kidz Pediatrics**  
 728 North Raleigh St, Suite A-1  
 Angier, NC 27501-9134  
 Ph (919) 639-9995 Fax (919) 639-3518

**PERFIL DE PACIENTE Historia Medica**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

HISTORIA MEDICA DE FAMILIA (por favor indique como esta relacionado con el paciente, materno o paterno?)

Diabetes _____	Problema de riñon/orina _____
Cancer _____	Problemas Mentales _____
Convulsion _____	Retardo de Desarrollo _____
Alergias/Asma _____	Problema de Corazon/ataques _____
Enfermedad del pulmon _____	Plomo en la sangre _____
Problemas de aprendizaje _____	Anemia falciforme _____
Problemas de comportamiento _____	Auto defensas del cuerpo _____
Algun otro problema? _____	

INFORMACION DE SEGURIDAD PARA SU NIÑO(A)

Usa cinturón de seguridad en el carro: _____	Si / No	Usa asiento de seguridad: _____	Si / No
Armas de fuego en casa: Si / No	Bajo llave: _____	Si / No	Violencia domestica: _____
Si / No	Detectores de humo trabajando: _____	Si / No	Usa casco de seguridad cuando usa bicicleta: _____
Si / No	Donde mantiena las medicinas: _____	Si / No	Donde mantiene liquidos de limpieza: _____

EN CASO DE UNA EMERGENCIA, A QUIEN PODEMOS NOTIFICAR SI ES QUE NADIE CONTESTA EN LA CASA O CELULAR ESCRITO EN LA PRIMERA PAGINA?

Nombre: \_\_\_\_\_ Como esta relacionado: \_\_\_\_\_

Numero de telefono de emergencia: \_\_\_\_\_

Podemos dejar resultados medicos en su maquina de mensaje/fax en la casa: Si / No

Podemos dejar resultados medicos en su maquina de mensaje de su celular: Si / No

Alguna restriccion en donde no debemos dejarle un mensaje: Si / No \_\_\_\_\_

Como supo de nuestra oficina, Kidz Pediatrics: \_\_\_\_\_

Tiene alguna preocupacion o pregunta para la doctora ahora acerca, referente a, su niño(a)? \_\_\_\_\_

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

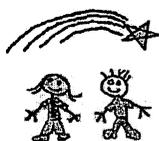
Con mi firma aqui abajo, Yo certifico que la informacion en este formulario esta completa, es verdadera, y es cierta en lo lo mejor de mi conocimiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Relacion con Paciente: \_\_\_\_\_

Revisada por: \_\_\_\_\_ Fecha(MM/DD/AA): \_\_\_\_\_

# AUTHORIZATION REQUEST OF MEDICAL RECORDS

Please Mail/Fax  
Information to:



**Kidz Pediatrics**

728 North Raleigh St, Suite A-1

Angier, NC 27501-9134

Ph (919) 639-9995 Fax (919) 639-3518

Name of previous clinic/doctor \_\_\_\_\_ Nombre de clinica/doctor anterior  
Address \_\_\_\_\_ Direccion  
City/State/Zip code \_\_\_\_\_ Ciudad/Codigo postal  
Tel/Fax \_\_\_\_\_ Tel/Fax

**I give permission for the release of medical record information or disclose protected health information for:**

Patient Name \_\_\_\_\_ Nombre de Paciente  
Date of Birth \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento  
(mm/dd/yy) (Mes/Dia/Año)  
Social Security Number \_\_\_\_\_ Numero Seguro Social  
Dates of care from/to \_\_\_\_\_ Fechas de cuidado medico  
Purpose of Disclosure \_\_\_\_\_ CONTINUED MEDICAL CARE \_\_\_\_\_ Por la razon de

**Check ONE of the following choices:**

- A complete copy of my medical records **OR**  
 Specified protected health information necessary for continued treatment: (Check all that apply)  
 Immunizations  History & Physical Examination  Growth Charts  
 Labs & X-Ray Reports  Specialist Consultation  
 Other (specify) \_\_\_\_\_

I understand the medical information to be disclosed may include psychological or psychiatric impairment, a communicable disease ( such as sexually transmitted disease, HIV/Aids, tuberculosis or hepatitis), mental illness, alcohol or substance abuse. I understand that I may revoke this authorization at any time except to the extent that the information has already been released pursuant to this authorization and before I have revoked my authorization. I have taken the time to read and think about the content of this authorization form and agree with all statements made in this authorization. I understand that treatment will not be conditioned upon my completion of this authorization. This authorization will automatically expire 90 days from date signed.

(Si usted no comprende estos detalles, pida que alguien se los expliquen antes de firmar)

With my signature, I hereby certify and attest that I am the duly authorized personal representative of the above patient and that I have the lawful authority to enter into this authorization on behalf of such patient. I have read the provisions set forth in this authorization and agree that the above listed medical facility may disclose the medical record information requested above of such patient for the purposes set forth herein.

\_\_\_\_\_  
Signed by / Firmado por

\_\_\_\_\_  
Print Name/Nombre en imprenta

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

\_\_\_\_\_  
Relation to Patient / Parentesco

\_\_\_\_\_  
Tel No.