



1206 Brown St
Washington, NC 27889
252-946-4134
Fax 252-946- 2432

Historial Médico

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la madre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Nombre del padre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

El niño vive con: Madre Padre Otro: _____

¿Otros niños viven en casa ? Escriba los nombres, las edades y el tipo de relación:

¿Quién cuida al niño regularmente? _____

¿Ha habido un cambio importante en su familia recientemente?

¿Tiene alguna inquietud sobre la capacidad de satisfacer las necesidades básicas de seguridad de su hijo, como comida, refugio o transporte?

¿Tiene alguna experiencia o inquietud sobre la violencia doméstica? Sí No

¿Usted o un miembro de su familia tiene un historial de abuso de alcohol o drogas? Sí No

Exposición al tabaco : indique si hay un fumador en la casa. Si su hijo tiene más de 13 años, ¿usa productos de tabaco?



1206 Brown St
Washington, NC 27889
252-946-4134
Fax 252-946- 2432

Historia del paciente

¿Nació su hijo a término? Sí No Sí no, ¿qué tan temprano nació el bebé?

Natural: _____ C-sección: _____

¿Peso al nacer? _____ ¿Dónde nació el niño? _____

¿Se fue el niño a casa con el padre? _____ ¿Se quedó el bebé en NICU?

¿Tuvo complicaciones con el parto? No Sí - por favor describa

¿El paciente ha tenido hospitalizaciones? No Sí - por favor describa

¿El paciente ha tenido alguna cirugía? No Sí - por favor describa

enfermedades: Por favor indique si su hijo tenía que ir a la sala de emergencias:

Medicamentos: Por favor lista de cualquier medicamento que su hijo está tomando con una prescripción o medicamentos de venta libre:

Alergias: Medicamentos : _____

Alimentación: _____

Ambiental o alergias estacionales: _____



1206 Brown St
Washington, NC 27889
252-946-4134
Fax 252-946- 2432

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

I. Información de la familia

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Madre: _____ Teléfono: _____

Padre: _____ Teléfono: _____

II. Personas adicionales que pueden llevar al paciente para tratamiento:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

III. Permiso para tratamiento médico: Autorizo a la persona que cuida a mi hijo o a cualquier otro adulto autorizado a llevar a mi hijo a Washington Pediatrics, PA para buscar tratamiento médico de cualquier tipo.

Firma del padre:

Fecha:



1206 Brown St
Washington, NC 27889
252-946-4134
Fax 252-946- 2432

Fecha: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Autorizo el pago a los médicos mencionados anteriormente y los beneficios especificados en este documento y de otro modo pagaderos a mí. Entiendo que soy completamente responsable ante los médicos por cualquier cargo que no esté cubierto por mi seguro.

Nombre del asegurado: _____

Nombre de la Aseguranza : _____

Número de póliza: _____

Fecha de Nacimiento el asegurado: _____

Numero Social del Asegurado|: _____

Firma: _____

INFORMACIÓN AUTORIZACIÓN

Autorizo la transferencia de cualquier información, incluyendo diagnósticos y registros de cualquier tratamiento del paciente

Nombre paciente: _____

Firma del padre: _____



1206 Brown St
Washington, NC 27889
252-946-4134
Fax 252-946- 2432

Reconocimiento del Paciente y Consentimiento

Recibí una copia de Washington Pediatrics, PA Acerca del Aviso de prácticas de privacidad, versión vigente _____. Doy mi consentimiento para los usos y la divulgación de mi información de salud como se indica en el anuncio.

Nombre del paciente o representante

Firma del paciente o representante Representante del paciente Fecha

Relación

Por favor, describa la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente:
