

**First Step Pediatric Associates, P.A.**

895 N Nolan River Rd Ste 101  
Cleburne, TX 76033  
Teléfono 817-641-8800 Fax 817-641-8803

**Información del Paciente**

Nombre de paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

SS # \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ Sexo: hombre/mujer

Nombre de los hermanos \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono principal \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo # \_\_\_\_\_

¿podemos dejar mensajes confidenciales a los números mencionados arriba? \_\_\_\_\_

**Información del Seguro**

Nombre del otorgante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

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

Otorgante Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

Seguro \_\_\_\_\_ secundaria ID \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_

**Información Para los Padres**

Nombre de Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

Nacimiento, Paso, Adopción, Foster

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ primario # \_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente) \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ teléfono # \_\_\_\_\_

Nombre de Padres \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

Nacimiento, Paso, Adopción, Foster

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Primario # \_\_\_\_\_

Domicilio (si diferentes) \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ teléfono # \_\_\_\_\_

**Emergencia Contacto/Personas Adicionales**

Por favor enumere todos los contactos de emergencia y/o las personas que pueden tener permiso para traer al paciente para atención médica y firmar el consentimiento para cualquier administración de vacunas.

Nombre	Autorizado para llevar al paciente	Número de teléfono	Relación con el niño
	Sí/no		
	Sí/no		
	Sí/no		

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**First Step Pediatric Associates, P.A.**

895 N Nolan River Rd Ste 101  
Cleburne, TX 76033  
Teléfono 817-641-8800 Fax 817-641-8803

**Historial Médico del Paciente**

Nombre de los Pacientes \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

**Información Sobre el Embarazo y el Nacimiento**

¿Edad de la madre? \_\_\_\_\_ medicamento durante el embarazo? Sí \_\_\_ NO \_\_\_ Excluiré Vitaminas/Hierro \_\_\_\_\_

¿algún problema durante el embarazo? Exceso de peso \_\_\_ hinchazón excesivo \_\_\_ UTI \_\_\_ Toxemia \_\_\_ venérea Enfermedad \_\_\_  
Otros \_\_\_ (sírvese explicar) \_\_\_\_\_

Durante el embarazo ¿mamá? Fumo \_\_\_\_\_ Consumir Alcohol \_\_\_\_\_ Drogas \_\_\_\_\_

Al nacer, ¿cuántas semanas gestacionales fue su hijo? \_\_\_\_\_ tipo de entrega? Vaginal/Cesárea

Peso de Nacimiento \_\_\_\_\_ longitud \_\_\_\_\_ Circunferencia de cabeza \_\_\_\_\_

¿tuvo el bebé alguna complicación al nacer? Respiración: Sí \_\_\_ No \_\_\_ ictericia: Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿problemas después del nacimiento? \_\_\_\_\_

¿Alimentación? Pecho \_\_\_ Fórmula \_\_\_ tipo de fórmula \_\_\_\_\_

¿problemas de alimentación? Cólico \_\_\_ Vómitos \_\_\_ Diarrea \_\_\_ fórmula múltiple Cambios \_\_\_\_\_

**¿Ha Tenido Nuestro Hijo Alguna de las Siguietes?**

<input type="radio"/> Sarampión	<input type="radio"/> Paperas	<input type="radio"/> Varicela	<input type="radio"/> Tos ferina
<input type="radio"/> Escarlatina	<input type="radio"/> Infecciones del oído	<input type="radio"/> Asma, sibilancias	<input type="radio"/> Eczema, urticaria
<input type="radio"/> Anemia	<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> Convulsiones	<input type="radio"/> Infecciones urinarias
<input type="radio"/> Transfusiones de sangre	<input type="radio"/> Problemas conjuntos	<input type="radio"/> Sarampión alemán	<input type="radio"/> Tendencia a la hemorragia
<input type="radio"/> Problemas de audición	<input type="radio"/> Problemas con la visión	<input type="radio"/> Faringitis estreptocócica	<input type="radio"/> Otros

**Historia Clínica de la Familia**

Enumere todos los parientes de la sangre de su niño que han tenido los problemas médicos siguientes usando las abreviaturas enumeradas abajo:

**P) Padre M) Madre H) Hermana MM) Madre de madre MP) Padre de la madre PM) Madre del padre PP) Padre del padre**  
Tía Tío Primo

Anemia, trastorno sanguíneo	Alergias	Alcoholismo	Artritis	SIDA/VIH
Asma	Fotos de allergy	Cáncer	Fibrosis quística	Problema del colesterol
Defectos congénitos	Diabetes	Eczema	Tubos de oreja	Epilepsia, convulsiones
Problema de drogas	Sordera precoz	Emocional, conductual	Problemas de crecimiento	Ataque cardíaco, accidente cerebrovascular
Enfermedades cardíacas	Presión arterial alta	Problemas hereditarios	Retraso mental	Distrofia muscular
Migrañas	Tuberculosis	Problemas de la escuela	Muerte súbita del lactante	Otros

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**First Step Pediatric Associates, P.A.**

895 N Nolan River Rd Ste 101  
Cleburne, TX 76033  
Teléfono 817-641-8800 Fax 817-641-8803

**Aviso de Reconocimiento Sobre la Privacidad de la Practica**

*Nuestra práctica se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad esbozadas en el aviso.*

He revisado el aviso de prácticas de privacidad de esta oficina, que explica cómo se usará mi información médica y revelado. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de su aviso sobre la privacidad de la práctica.

(Representante del paciente, sólo uno inicial)

\_\_\_\_\_ He leído una copia del aviso de prácticas de privacidad y ha declinado una copia.

\_\_\_\_\_ He leído y recibido una copia del aviso de práctica de privacidad.

Nombre del paciente (por favor imprima)

\_\_\_\_\_

Nombre del representante del paciente (por favor imprima)

\_\_\_\_\_

Firma del paciente, o representante del paciente

(representante requerido si el paciente es un menor o un adulto incapaz de firmar este formulario)

\_\_\_\_\_

**Responsabilidad Financiera**

**Asunción de la Responsabilidad Financiera:**

Entiendo que soy financieramente responsable ante el doctor por todos los cargos incurridos en mi cuenta si están cubiertos por mi compañía de seguros o no. Estos cargos deben ser pagados en el momento en que los servicios son prestados a menos que sean presentados a una compañía de seguros con quien el grupo pediátrico tiene un contrato participante.

También entiendo que los servicios no cubiertos bajo mi póliza de seguro y saldos pendientes se convierten en mi plena responsabilidad. Esto puede incluir copagos y/o cargos incurridos por cualquier tema discutido fuera del crecimiento y desarrollo de mi hijo durante una visita bien infantil.

En el evento se instituyen los procedimientos de cobranza para hacer cumplir el pago de honorarios debido al grupo pediátrico, yo, el abajo firmante, acepto pagar la suma adicional de veinticinco (25%) del capital adeudado como honorarios de abogado, más todos los honorarios asociados de la corte.

Por favor, tenga en cuenta que un cargo después de las 5PM será cobrado.

Nombre del representante del paciente (nombre de la imprenta)

(representante requerido si el paciente es un menor o un adulto incapaz de firmar este formulario)

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**First Step Pediatric Associates, P.A.**

895 N Nolan River Rd Ste 101  
Cleburne, TX 76033  
Teléfono 817-641-8800 Fax 817-641-8803

**Directivas de Oficina**

- Nuestra oficina puede terminar a un paciente después de 3 (tres) citas consecutivas de no-show. Cuando cancelación por favor llame con 24 horas de anticipación.
- Nuestra oficina acepta citas de "walk in" para las visitas de enfermos sólo como pacientes establecidos/actuales, a la disponibilidad de la cita. Tenga en cuenta que las citas programadas se verán en consecuencia.
- Nuestra oficina permitirá que un paciente programado hasta 5 minutos tarde. En cualquier momento usted puede ser requerido reprogramar otra cita dependiendo del tipo de visita y/o proveedor que usted está viendo.
- Tenga en cuenta que tenemos varios proveedores en esta oficina en cualquier momento. Cuando programación de su próxima cita por favor, asegúrese de hacernos saber si usted está solicitando un determinado proveedor.
- Debido a tener varios proveedores en la oficina en cualquier momento dado-usted puede ser llamado fuera de servicio.
- Un padre/tutor que elija rechazar las vacunas debe firmar un formulario de "Rechazo a Vacunar" para continuar los servicios con nuestra clínica. Nos reservamos el derecho de despedir a cualquier paciente que se niegue a cumplir.
- Aceptamos los siguientes pagos-que se adeudan en el momento del servicio: Efectivo, Débito/Crédito Tarjetas, Health Savings Accounts o Care Credit.
- Tenga en cuenta que cualquier problema discutido fuera del crecimiento y desarrollo durante la verificación del bien del paciente debe ser trazado por un proveedor y puede resultar en un copago y / o cargos adicionales.
- Nuestra oficina se reserva el derecho de despedir a la familia de un paciente/paciente de nuestra práctica por hacer declaraciones difamatorias sin fundamento, ya sean escritas o habladas.
- Si no está satisfecho con nuestros servicios, lo tomamos en serio y le invitamos a ponerse en contacto con nuestra oficina para resolver el asunto y ayudarnos a mejorar esos servicios.

*\* Tenga en cuenta que hay un cargo de servicio de \$25.00 para cualquier documento/formulario que necesite ser completado por el proveedor, después de que los cargos por hora se aplican para las citas de 5 pm y después de Lunes - Viernes y todas las citas de Sábado. Puede encontrar más información sobre algunas de nuestras directivas en nuestro sitio web en [www.firststepcleburne.com/policies.html](http://www.firststepcleburne.com/policies.html).*

Firma del paciente, o representante del paciente

(representante requerido si el paciente es un menor o un adulto incapaz de firmar este formulario)

\_\_\_\_\_

**Uso de la Oficina Solamente:**

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_