



PCA – PRIMARY CARE ASSOCIATES
4211 Joe Ramsey Blvd. Ste 100
Greenville, Texas 75401

Today's Date	Reviewed By

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE
UTILICE TINTA AZUL O NEGRO

INFORMACION PEDIÁTRICA

UN PADRE O GUARDIAN LEGAL DEBE ESTAR PRESENTE SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS

PACIENTE/INFORMACION DE MENOR

Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Direccion Actual		# de Apartamento		Caja de Correo	
Ciudad		Estado		Codigo Postal	
				Correo el Electronico	
Numero de Casa		Podemos dejar mensaje? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Numero de Celular	
				Podemos dejar mensaje? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de Nacimiento ____/____/____		Numero de Seguro Social:	
<input type="checkbox"/> Femenino					
Persona de contactar en caso de emergencia		Relación		Numero de Casa	
				Numero de Trabajo	

INFORMACION DE PADRES

Nombre de Madre		Fecha de Nacimiento ____/____/____		Numero de Seguro Social		Numero de Licencia	
Numero de Casa		Numero de Celular		Empleador		Numero de Trabajo	
Direccion si es diferente al paciente:							
Nombre de Padre		Fecha de Nacimiento ____/____/____		Numero de Seguro Social		Numero de Licencia	
Numero de Casa		Numero de Celular		Empleador		Numero de Trabajo	
Direccion si es diferente al paciente:							

O

INFORMACION DE GUARDIAN LEGAL

Nombre de Guardian Legal		Fecha de Nacimiento ____/____/____		Numero de Seguro Social		Numero de Licencia	
Numero de Casa		Numero de Celular		Empleador		Numero de Trabajo	
Direccion si es diferente al paciente:							

Autorizacion de Paciente

Yo doy mi autorizacion a los proveedores medicos de PCA-Primary Care Associates a evaluar y tratarme. Yo autorizo PCA-Primary Care Associates para liberar a mi compañía de seguros toda la información necesaria, incluyendo el diagnóstico, con registros en el curso de mi examen o tratamiento. Entiendo que es la responsabilidad del paciente de avisarnos si la precertificación se requiere para cualquier visita de oficina, hospitalizado, admisiones de consulta externa así como cualquier cirugía(consultorio). Entiendo que el fracaso de notificar nuestra oficina puede causarme aumentado de gastos de bolsillo tal como negado reclamaciones y ventajas reducidas. También entiendo que es esto la responsabilidad del paciente de seleccionar un PCP antes de mis servicios y debe ser un abastecedor PCA. Por este medio autorizo el pago directamente a PCA – Primary Care Associates para las ventajas médicas y/o quirúrgicas por otra parte pagaderas a mí, pero no exceder gastos hechos para tal tratamiento. Entiendo que soy económicamente responsable de los gastos no cubiertos por mi seguro.

Padre/Guardian Legal: **X**_____ Date: _____



HISTORIAL MÉDICO DE PEDIÁTRICO

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

FARMACIA: _____

MEDICINAS EL PACIENTE ES ALLERGICO A: _____

CIRUGIAS PASADAS Y FECHA: _____

CONDICIONES MÉDICAS CRÓNICAS:

MEDICINAS ACTUALES:

HISTORIA de NACIMIENTO: ENTREGA: Vaginal Cesárea

Complicaciones: _____

Peso: _____ Longitud: _____

Problemas con recién nacido: (círcule)

Infección Ictericia Problemas de Respirar Prematuro Soplo de Corazón Otro: _____

Alimentar: Seno _____ Fórmula _____ Cuanto Tiempo? _____

HISTORIA PERSONAL:

Con quién vive el paciente? _____

Padres estan (circule): Casados Divorciados Separados Viven Juntos

Si los padres estan separados o divorciados, con qué frecuencia ve el otro padre al paciente?

Exposición al Tabacco: No Sí, adentro Sí, afuera Algun otro lado

Mascotas en la casa: No Sí, gato Sí, perro Sí, gato y perro Sí, algun otro _____

Va el paciente a la Escuela: No Sí Guardería

HISTORIA FAMILIAR:

	Edad de Vivo:	Edad que Murió:	Enfermedades:
Madre:	_____	_____	_____
Padre:	_____	_____	_____
Hermanos:	_____	_____	_____
Hermanas:	_____	_____	_____

Por favor ponga algun otro pariente que ha tenido algun enfermeda: _____

DE LA FECHA DE SU ULTIMO EXAMEN:

Examen de Niño _____ Vacuna de Influenza _____ Vacuna de Tetano _____



HIPPA PEDIÁTRICA/PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN POR LA ASIGNACIÓN DEL PACIENTE

He reconocido/recibido una copia escrito de PCA “Nota de Prácticas de Privacidades”.

Nombre de paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

_____ Si usted **NO AUTORIZA** ninguna persona(s) a comunicar con PCA-Primary Care Associates, P.A, por alguna razon, incluyendo su contacto de emergencia pon sus iniciales en la línea.

O

Yo doy mi permiso a Primary Care Associates para revelar y discutir cualquier información relacionada del paciente nombrado sus condiciones medicas con los siguientes miembros de mi familia, otros parientes y/o amigos personales. Tambien le doy permiso a esta persona(s) que son mayores de 18 años traer al paciente a su visita de doctor y/o al laboratorios.

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Si una persona trae al paciente que no esta autorizada arriba, los padres o guardianes tienen que mandar un consentimiento notariado en la fecha de visita. Cada adulto que trae al paciente debe de presentar su identificación con foto cuando se presentan.

Yo entiendo que esta autorización puede ser revocada o modificada con mi consentimiento escrito.

Padre/Guardian Legal: X _____ Fecha _____

Relación: _____

UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO ES VÁLIDO COMO ORIGINAL