

Dia/Ora	Forma completada por:	Referido:	Page no.
Nombre de Paciente	Fecha de nacimiento	ACCT NO.	
<i>Last</i>	<i>First</i>	<i>M.I.</i>	AGE
	<i>mm/dd/yy</i>	SEX	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Doctor previo	OB-GYN refiriendo	Libro de vacunas:	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> N/A

CASA

Nombre del Padre				<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado
Nombre del Madre				<input type="checkbox"/> Seperado	<input type="checkbox"/> Divorciado
Domicilio					
No. De Casa	Oficina	Mobil	Email		

Porfavor anote todas personas que viven con el niño

Nombre	Relacion el niño	Fecha de nacimiento	Problemas de salud

Hay hermanos que no fueron anotados? Si es si favor de anotar sus nombre y donde vive.

Si madre y padre no viven juntos o el niño no vive con los padre cuales el estado de custodia.

Si uno o los dos padres no viven en la casa con que frecuencia ve al niño.

HISTORIA DEL NACIMIENTO

Peso al nacer: _____ Estatura al: _____ Tiempo De Nacimiento _____ El parto fue: Vaginal? Cesaria? **OB-GYN** : _____

Nacio el niño a termino? _____ Nacer? _____ Tarde? _____ Si fue cesaria, porque? _____ Hospital of Birth _____

Si temprano, cuantas semanas de gestacion? _____ Su bebe tuvo problemas immedato despmess de nacer?

La madre tuvo problemas o enfermedades durante el embarazo? Si No Explique: _____

Si No Explique _____

Durante el embarazo, la madre

Firmo? Si No Tomo alcohol? Si No

Uses drogas o medicamentos? Si No

Que _____ Cuando _____

Comida inicial fue Pecho? Botella?

Su bebe se fue a casa con la madre del hosp?

Si No Explique _____

GENERAL

Considera que su hijo esta en buen estado de salud? Si No Explique _____

Su niño tiene enfermedades o condicion medica grave? Si No Explique _____

Si niño tenido lastimudas o accidentes graves? Si No Explique _____

Si niño a tenido cirujia? Si No Explique _____

Si niño a estado hospitalizado? Si No Explique _____

Si niño es alerjico a alguna medicina o droga? Si No Explique _____

DESARROLLO

Dia/Ora		Forma completada por:		Referido:		Page no.	
---------	--	-----------------------	--	-----------	--	----------	--

Tiene alguna preocupacion sobre el desarrollo fisico de su hijola? Si No Explique _____

Tiene alguna preocupacion sobre el desarrollo mental o emocional de su hijola? Si No Explique _____

Esta preocupado por el? Si No Explique _____

Si su niño esta en la escuela:

Como es su comportamiento en la escuela? _____

A reprovado o repetido un ano? _____

Como esta en lose studios academitos? _____

Esta en clases especiales? _____

HISTORIA FAMILIAR

Have any family members had the following:

- | | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|-----------|----------|
| Deafness | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| Nasal allergies | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| Heart disease (before 50 years old) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| High blood pressure (before 50 years old) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| High cholesterol | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| Bleeding disorder | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| Liver disease | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| Kidney disease | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| Diabetes (before 50 years old) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| Bed-wetting (after 10 years old) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| Epilepsy or convulsions | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| Alcohol abuse | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| Drug abuse | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| Mental illness | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| Mental retardation | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |
| Immune problems, HIV, or AIDS | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Who _____ | Comments |

Additional family history _____

PAST HISTORY

Does your child have, or has he/she ever had:

- | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|---------|
| Chickenpox | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | When |
| Frequent ear infections | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Problems with ears or hearing | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Nasal allergies | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Problems with eyes or vision | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Asthma, bronchitis, bronchiolitis, or pneumonia | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Any heart problem or hear murmur | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Anemia or bleeding problem | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Blood transfusion | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Frequent abdominal pain | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Constipation requiring doctor visits | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Bladder or kidney infection | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Bed-wetting (after 5 years old) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| (For girls) Has she started her menstrual periods? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| (For girls) Are there problems with her periods? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Any chronic or recurrent skin problem | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Frequent headaches | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Convulsions or other neurologic problem | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Thyroid or other endocrine problem | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Any other significant problem | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |
| Use of alcohol or drugs | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Explain |

Patient Information - Please print clearly (Informacion de Paciente – Escriba Claro, Por Favor)											
Name of Child and Siblings <i>Nombre de Nino y Hijos</i>						Date of Birth <i>Fecha De Nacimiento</i>			Sex <i>Sexo</i>		
						- - -			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
						- - -			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
						- - -			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
						- - -			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
						- - -			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Address and Contact Information (Informacion de Direccion y Telefono)											
Address <i>Direccion</i>						Apt / Unit #		City <i>Ciudad</i>			
State <i>Estado</i>		Zip Code <i>Zona Postal</i>			Home Phone <i>Telefono de Casa</i>			Mobile Phone <i>Telefono Celular</i>			

MAY WE COMMUNICATE MEDICAL/BILLING INFORMATION VIA TEXT MESSAGE?								YES	NO
LE PODEMOS COMUNICAR INFORMACIÓN MEDICA Y FACTURACIÓN VIA TEXTO								SI	NO

Parent / Responsible Party Information (Informacion De Padres O Persona De Responsable)											
Father's Name <i>Nombre de Padre</i>				Social Security <i>Numero de Seguro Social</i>							
Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>				Occupation <i>Ocupacion</i>							
Employer <i>Nombre del lugar de Empleo</i>				Work Phone <i>Telefono del lugar de empleo</i>							
Mother's Name <i>Nombre de Madre</i>				Social Security <i>Numero de Seguro Social</i>							
Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>				Occupation <i>Ocupacion</i>							
Employer <i>Nombre del lugar de Empleo</i>				Work Phone <i>Telefono del lugar de empleo</i>							
Marital Status <i>Estado Marital</i>		<input type="checkbox"/> Married <i>Casado</i>		<input type="checkbox"/> Divorced <i>Divorciado</i>		<input type="checkbox"/> Separated <i>Seperado</i>		<input type="checkbox"/> Single <i>Soltero</i>			

Nearest Friend (Not living with you) <i>Aimgo Cercano (Que no vive con usted)</i>				Phone <i>Telefono</i>			
Nearest Relative (Not living with you) <i>Pariente Cercano (Que no vive con usted)</i>				Phone <i>Telefono</i>			

Insurance Information – Please bring cards to window for copies (Informacion De Aseguranza – Por favor, lleva tarjeta seguro a ventana para copias)												
Father's Insurance <i>Aseguranza del Padre</i>			Effective Date <i>Fecha de Efectiva</i>			- - - - -		<input type="checkbox"/> Primary <i>Primaria</i>		<input type="checkbox"/> Secondary <i>Secundaria</i>		
Claims Address <i>Direccion de Aseguranza</i>						Telephone <i>Telefono</i>						
Policy Number or SSN # <i>Numero poliza o SSN #</i>						Group Number <i>Numero del Grupo</i>						
Mother's Insurance <i>Aseguranza del Madre</i>			Effective Date <i>Fecha de Efectiva</i>			- - - - -		<input type="checkbox"/> Primary <i>Primaria</i>		<input type="checkbox"/> Secondary <i>Secundaria</i>		
Claims Address <i>Direccion de Aseguranza</i>						Telephone <i>Telefono</i>						
Policy Number or SSN # <i>Numero poliza o SSN #</i>						Group Number <i>Numero del Grupo</i>						

Treatment Authorization															
I authorize A Las Vegas Medical Group to provide any emergency care for my child named above including hospitalization, if necessary in my absence. <i>Yo autorizo a A Las Vegas Medical Group proveer cualquier cuidado de emergencia a mi-nino arriba mencionado si es necesario en mi ausencia.</i>						I authorize _____ to bring my child to A Las Vegas Medical Group for medical care. <i>Yo autorizo _____ que traiga a mi hijo(a) a A Las Vegas Medical Group para cuidado medico.</i>									
Signature of Parent / Guardian <i>Firma del Padre / Guardian</i>				X				Signature of Parent / Guardian <i>Firma del Padre / Guardian</i>				X			

Insurance Assignment & Medical Release (Asignacion de la Aseguranza & Aprobacion para entregar espedientes medicos)											
I the undersigned, do hereby authorize my insurance carrier(s) to pay A Las Vegas Medical Group directly, the insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for any charges NOT covered by the said insurance carrier(s), including co-pay and / or deductible amounts. I also understand that I give my permission to A Las Vegas Medical Group to furnish any and all necessary medical records to any entity for emergencies or payment of claims. <i>Yo autorizo a mi aseguranza que le pague a A Las Vegas Medical directamente, los beneficios, si habra alguno que si no fueran pasados mi para servicios rindados. Yo entiendo que you estoy financieramente responsable para las cargas NO CUBIERTOS por la aseguranza, eso incluye co-pagos y o deducibles. Yo tambien le doy permiso a A Las Vegas Pediatric para entregar todos y cualquier expediente medico a lugar necesarios en caso de emergencias o para pagos.</i>											
Date <i>Fecha</i>		Signature of Parent / Guardian <i>Firma del Padre / Guardian</i>						X			

A LAS VEGAS MEDICAL GROUP POLÍZA FINANCIERA

El objetivo de A LAS VEGAS MEDICAL GROUP es brindarle la mejor atención de calidad a un costo razonable. Para lograr estos objetivos, se necesita su ayuda en la comprensión de su póliza de seguro y los beneficios. Si el cliente quiere verificar la elegibilidad y obtener un breve resumen de los beneficios de su compañía de seguros, **es muy importante leer y comprender sus beneficios.**

Si su aseguradora no puede ser contactado para verificar la elegibilidad, se le pedirá que pagar por la visita a través de efectivo, crédito o cheques en el momento del servicio, hasta que la elegibilidad puede ser verificada.

El pago es debido en el momento del servicio, e incluye todos los co-pagos y deducibles por su compañía de seguros y su contrato con nuestras instalaciones.

Un cargo de \$ 25 será aplicado a su cuenta de FMLA, formas de discapacidad, etc Este cargo también se le cobrará por escribir cartas a las escuelas, abogados, etc

Un cargo de \$ 10 será aplicado a su cuenta de formas de deportes (si no se completa durante el chequeo de bienestar)

Un cargo de \$ 25 será aplicada a su cuenta por faltar a las citas o cancelada sin previo aviso 24 horas.

Un cargo de \$ 30 será aplicado a su cuenta para todos los cheques devueltos, con cargo Esto, más la cantidad de su cheque debe ser pagado en efectivo o giro postal dentro de las 24 horas de notificación, salvo que los acuerdos anteriores se han hecho.

Si su cuenta en mora, todos los cargos por pagos atrasados, gastos de cobranza y costas judiciales se convertirá en su responsabilidad.

A LAS VEGAS MEDICAL GROUP pide que responda a todas las preguntas de su compañía de seguros en sus reclamaciones pendientes en el momento oportuno. Le agradecemos su cooperación y la asistencia para hacer frente a su compañía de seguros, lo que nos deja más tiempo para dar el mejor cuidado a su hijo.

Al firmar este acuerdo, entiendo y estoy de acuerdo con las políticas de Pediatría A LAS VEGAS MEDICAL GROUP. También entiendo que soy financieramente responsable de los gastos no cubiertos por mi compañía de seguros. También autorizo a A LAS VEGAS MEDICAL GROUP para divulgar información médica a mi compañía de seguros en relación con mis reclamos médicos.

Nombre del Paciente _____

Nombre del padre o tutor _____

Relación con el paciente
(Si es firmado por el representante personal del paciente) _____

Fecha de nacimiento _____

Firma

X

Fecha _____

SI NO SE PRESENTAN O SI LLEGAN TARDE POLÍZA

Para que usted tenga lo mas tiempo posible con su pediatra y minimizar el tiempo de espera, hemos hecho algunos cambios de nuestro política de llegada tarde o si no se presentan para su cita.

POLÍZA SI NO SE PRESENTAN

- **Primera Vez:** Padres/Pacientes recibirán una llamada avisándoles de nuestro política y ofrecerles hacer otra cita
- **Segunda Vez:** Padres/Pacientes recibirá una carta formal y un cobro de \$25.00.
- **Tercera y Última Vez:** Puede resultar en un despido de la practica y adicionalmente un cobro de \$25.00

POLÍZA DE LLEGADA TARDE

Si pacientes llegan tarde a su cita, la cita puede ser cancelada.

Firma del Paciente/Padre/Guardián

Fecha

Paciente(s)

Fecha(s) De Nacimiento(s)

Poliza de refills de medicamento

Póliza de refills de medicamentos es su responsabilidad del paciente ponerse en contacto con la oficina por lo menos **Cinco (5) Días Antes De Que** el medicamento se le termine. Para su conveniencia, puede dejar un mensaje de voz en la option de “refills” cuando se comuniqué con la oficina principal.

LA PRACTICA NO HARA REFILLS EL MISMO DIA A MENOS QUE SEA DURANTE UNA VISITA DE LA OFICINA.

Yo, _____, he leído la póliza de refills de medicamentos arriba y entiendo que tengo que contactar con la oficina cinco (5) días de anticipation para cualquier refill de medicamentos. También entiendo que la oficina no hará refills el mismo dia.

Nombre del paciente : _____

Firma del paciente/padres: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ **Fecha:** _____

Poliza de Formas

Entendemos que a veces se requieren varios formularios o cartas para ayudarlo con sus necesidades de atención médica. El personal de A Las Vegas Medical Group estará encantado de completar formularios y escribir cartas médicas según sea necesario a petición suya. Sin embargo, dado que esto puede consumir mucho tiempo, permita entre

7 y 10 DÍAS LABORALES PARA COMPLETAR los formularios / cartas solicitados. Además, tenga en cuenta que se aplicará una tarifa de \$ 25 para completar formularios.

Yo, _____, entiendo que la finalización de los formularios puede tomar de 7 a 10 días hábiles. También entiendo que **NO SE OCURRIRÁ EL MISMO DÍA O LA CONFIGURACIÓN DEL PROXIMO DÍA.** Como tal, entiendo que es mi responsabilidad entregar los formularios con suficiente tiempo antes de su fecha de vencimiento para poder completarlos. También entiendo que se aplicará una tarifa de \$ 25 para completar los formularios.

Firma de paciente / padre responsable

Fecha