

Patient Registration

Date _____

PATIENT INFORMATION

Legal Name _____

Last
Apellido

First
Nombre

Middle Initial
2nd Nombre

Birth Date
Fecha de Nacimiento

Sex
Sexo

Social Security #
de Seguro Social

Street Address/Direccion _____ Apt/Unit # _____

City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip Code/Codigo Postal _____

Phone/Telefono _____

Primary E-mail address/Correo electronico _____

Your Child's Race/Ethnicity: (circle one primary) (A) (AN) (N) (B) (W) (H) (O) (UR)

(A) – American Indian/Alaska Native (AN) – Asian (N) – Native Hawaiian or other Pacific Islander

(B) – Black or African American (W) – White (H) – Hispanic (O) – Other (UR) – Unreported/Refuse

Mother's Name _____ DOB _____ SS# _____
Nombre de la Madre Fecha de Nacimiento Numero Seguro Social

Phone No./Telefono _____

Father's Name _____ DOB _____ SS# _____
Nombre del Padre Fecha de Nacimiento Numero Seguro Social

Phone No./Telefono _____

Preferred Pharmacy Name _____ Phone No. _____
Farmacia Preferida Telefono

Siblings/Hermanos _____ Siblings/Hermanos _____
Siblings/Hermanos _____ Siblings/Hermanos _____

Mother's Name _____ DOB _____ SS# _____
Nombre de la Madre Fecha de Nacimiento Numero Seguro Social

Father's Name _____ DOB _____ SS# _____
Nombre del Padre Fecha de Nacimiento Numero Seguro Social

INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DEL SEGURO

Primary Insurance/Nombre del Seguro _____ Type/tipo: circle one HMO / PPO

Insured's Name/Nombre del asegurado _____

Relationship to insured/Relación con el asegurado _____

ID #/Numero de seguro _____ Group #/ Numero Grupo _____

Insured's DOB/ Fecha de nacimiento del asegurado _____

Phone No. _____

Secondary Insurance _____ Type/tipo: circle one HMO / PPO

Insured's Name/Nombre del asegurado _____

Relationship to insured/Relación con el asegurado _____

ID #/Numero de seguro _____ Group #/ Numero Grupo _____

Insured's DOB/ Fecha de nacimiento del asegurado _____

ADDITIONAL INFORMATION

Emergency Contact/Contacto de Emergencia _____

Relationship to Patient/Relación con la paciente _____

Work Phone/Telefono del Trabajo _____ Cell/# del celular _____

Whom may we thank for referring you? _____

A quién podemos agradecerle por recomendarlo?

Medical Information Authorization: I authorize release of my medial information necessary to process my/my child's claim. I further authorize payment directly to Happy Kids Pediatric Clinic. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by my insurance. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original.

Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para procesar mi reclamo o el de mi hijo. Además autorizo el pago directamente a la Clínica Pediátrica Happy Kids. Entiendo que soy financieramente responsable de todo cargos ya sean pagados o no por mi seguro. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original.

_____ Date _____
Responsible Party/Parent or Legal Guardian Name

PATIENT MEDICAL HISTORY SHEET / HOJA DE HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

PATIENT'S NAME/Nombre del Paciente _____
 (LAST, FIRST, MIDDLE) – (Apellido, Nombre, Segundo nombre)

DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO: _____ BIRTH WEIGHT/PESO DE NACIMIENTO: _____
 BIRTH PLACE/Lugar de nacimiento: _____

NAME OF PREVIOUS PHYSICIAN AND DATE LAST SEEN: _____
 NOMBRE DEL MÉDICO ANTERIOR Y FECHA ÚLTIMA VISTA

Circle One: VAGINAL BIRTH CAESAREAN SECTION (C-SECTION)
 Círculo uno: NACIMIENTO VAGINAL CESÁREA

Circle response ↓

- YES NO ANY PROBLEMS WITH THE PREGNANCY? DESCRIBE: _____
 CUALQUIER PROBLEMA CON EL EMBARAZO? DESCRIBA
- YES NO ANY PROBLEMS WITH THE DELIVERY? DESCRIBE: _____
 ALGUN PROBLEMA DURANTE EL NACIMIENTO?
- YES NO WAS THE PATIENT PRE-TERM OR FULL-TERM? HOW MANY WEEKS? _____
 EL PACIENTO NACIO ANTES DE TIEMPO? CUANTAS SEMANAS?
- YES NO ANY PROBLEMS IN THE HOSPITAL NURSERY? DESCRIBE: _____
 ALGUN PROBLEMA EN EL HOSPITAL?
- YES NO ANY HOSPITALIZATIONS SINCE BIRTH? WHERE AND FOR WHAT: _____
 ALGUNA HOSPITALIZACIÓN DESDE EL NACIMIENTO?
- YES NO ANY SURGERIES? WHERE AND FOR WHAT: _____
 TIENE ALGUNA CIRUGIA? PARA QUE?
- YES NO ANY FRACTURES OR SIGNIFICANT TRAUMA? WHAT AND WHEN: _____
 ALGUNA FRACTURA O TRAUMA? CUANDO Y PARA QUE?
- YES NO ANY SIGNIFICANT ILLNESSES? WHAT AND WHEN: _____
 ALGUNA ENFERMEDAD SERIA? CUANDO Y QUE?
- YES NO ANY DEVELOPMENTAL PROBLEMS, LEARNING DISORDERS, OR OTHER DELAYS? _____
 ALGUNA ENFERMEDAD SERIA? CUANDO Y QUE?
- YES NO DOES THE PATIENT REQUIRE EYE GLASSES? DATE OF LAST EYE EXAM: _____
 ALGUNA ENFERMEDAD SERIA? CUANDO Y QUE?
- YES NO DOES THE PATIENT REQUIRE ANY OTHER MEDICAL EQUIPMENT? WHAT KIND: _____
 ALGUNA ENFERMEDAD SERIA? CUANDO Y QUE?
- YES NO ANY ALLERGIES TO MEDICATIONS? LIST MEDICATIONS AND TYPE OF REACTION: _____
 ALGUNA ALLERGIA? CUANDO Y QUE?
- YES NO ANY OTHER ALLERGIES? WHAT KIND: _____
 ALGUNA OTRA ALLERGIA? CUANDO Y QUE?
- YES NO ARE THERE ANY MEDICAL PROBLEMS WITH THE PATIENT'S MOTHER, FATHER, BROTHERS, SISTERS, OR
 GRANDPARENTS SUCH AS DIABETES, CANCER, HEART DISEASE, HIGH BLOOD PRESSURE, KIDNEY DISEASE, ASTHMA,
 INTESTINAL DISEASE, LUNG DISEASE, BLEEDING DISORDERS, THYROID DISORDERS, SEIZURES, MENTAL
 RETARDATION, ETC.? LIST RELATIONSHIP AND TYPE OF PROBLEM.

¿HAY ALGÚN PROBLEMA MÉDICO CON LA MADRE, EL PADRE, LOS HERMANOS, LAS HERMANAS DEL PACIENTE O
 ABUELOS COMO DIABETES, CÁNCER, ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, ALTA PRESIÓN ARTERIAL, ENFERMEDAD RENAL, ASMA,
 ENFERMEDAD INTESTINAL, ENFERMEDAD PULMONAR, TRASTORNOS DE SANGRADO, TRASTORNOS DE TIROIDES, CONVERSIONES,
 RETARDO MENTAL, ETC. LISTA DE RELACIÓN Y TIPO DE PROBLEMA.

PATIENT MEDICAL HISTORY SHEET / HOJA DE HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE (PAGE 2)

YES NO ARE THERE ANY OTHER FAMILY MEMBERS WITH SIGNIFICANT MEDICAL PROBLEMS? LIST RELATIONSHIP AND TYPE OF PROBLEMS?
HAY ALGÚN OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA CON PROBLEMAS MÉDICOS SIGNIFICATIVOS? LISTA RELACIÓN Y TIPO DE PROBLEMAS?

YES NO DOES THE PATIENT OR ANYONE ELSE IN THE HOUSE SMOKE? WHO? _____
FUMA EL PACIENTE O ALGUIEN EN LA CASA? QUIEN?

YES NO ANY REACTIONS TO PREVIOUS IMMUNIZATIONS? LIST: _____
ALGUNA REACCIÓN A LAS VACUNAS ANTERIORES? EXPLICA

YES NO ARE THE IMMUNIZATIONS CURRENT?
ESTAN LAS VACUNAS AL DIA?

YES NO HAS THE PATIENT HAD CHICKEN POX? IF YES, DATE: _____
EL PACIENTE HA TENIDO VARICELA? CUANDO?

PRIMARY LANGUAGE OF CHILD: _____ ETHNICITY: _____
IDIOMA PRIMARIO DEL NIÑO/NIÑA

PREFERRED PHARMACY ADDRESS: _____ PHONE #: _____
DIRECCIÓN DE FARMACIA PREFERIDA # DE TELEFONO

My signature below indicates that I acknowledge that Happy Kids Pediatric Clinic recommends that my child have routine health exams and immunizations following the guidelines and recommendations set by the American Academy of Pediatrics.
Mi firma a continuación indica que reconozco que la Clínica Pediátrica Happy Kids recomienda que mi hijo se haga exámenes de salud e inmunizaciones de rutina siguiendo las pautas y recomendaciones establecidas por la Academia Estadounidense de Pediatría.

SIGNATURE OF PERSON COMPLETING THIS FORM
SIGNATURE OF PERSON COMPLETING THIS FORM

RELATIONSHIP TO PATIENT
RELACIÓN CON EL PACIENTE

DATE COMPLETED / FECHA

PATIENT NAME _____
Nombre del Paciente Last First Middle Initial

DATE OF BIRTH _____
Fecha de Nacimiento

ASSESSING THE RISK OF HIGH-DOSE EXPOSURE TO LEAD

Evaluacion del riesgo de altas dosis de exposicion al plomo

Does you child...

Su nino...

1. **Live or regularly visit a house with peeling or chipping paint built before 1960? This could include a day-care center, preschool, the home of a babysitter or a relative, etc.**

Vive en o visita regularmente una casa con pintura que se pela y fue construida antes de 1960? Esto podria incluir un centro infantil, jardin de infancia, el hogar de una babysister o un pariente.

YES/SI _____ NO _____

2. **Live or regularly visit a house built before 1960 with recent ongoing, or planned Renovations or remodeling?**

Vive en o visita regularmente una casa construida antes de 1960 con renovacion o remodelacion reciente, prevista o en curso?

YES/SI _____ NO _____

3. **Have a brother or sister, housemate or playmate being followed up or treated for lead poisoning (that is, blood lead greater than or equal to 15ug/dl)?**

Tienen un hermano o hermana, o un pariente que recibe tratamiento para el envenenamiento por plomo (es decir, plomo en la sangre mayor o igual a 15ug/dl)?

YES/SI _____ NO _____

4. **Live with an adult whose job or hobby involves exposure to lead?**

Vive con un adulto cuyo trabajo o hobby consiste en exposicion a plomo?

YES/SI _____ NO _____

5. **Live near an active lead smelter, battery recycling plant, or industry likely to release lead?**

Vive cerca de una fundicion de plomo activo, planta de reciclaje de baterias o alguna industria que libera plomo?

YES/SI _____ NO _____

CONSENT TO TREAT - DATE/FECHA: _____

AUTORIZACION PARA SER TRATADO

**I AUTHORIZE THE MEDICAL PROFESSIONAL OF THIS FACILITY TO TREAT
AUTORIZO AL PROFESIONAL MÉDICO DE ESTA INSTALACIÓN PARA TRATAR**

NAME OF PATIENT/ NOMBRE DEL PACIENTE

AT THIS OFFICE FOR SICK CARE, ROUTINE EXAMS, IMMUNIZATIONS, EMERGENCY CARE, AND REFER TO HOSPITAL AND/OR SPECIALISTS AS NEEDED. ALSO, I AUTHORIZE PICTURES TO BE TAKEN FOR IDENTITY PURPOSES AND PATIENT CARE.

YO AUTORIZO A LOS MEDICOS PROFESIONALES DE ESTA OFICINA QUE TRATEN AL PACIENTE DE ARRIBA PARA PROPPORCIONAR CUIDADOS DE ENFERMEDADES Y EMERGENCIA, EXÁMENES DE RUTINA, VACUNAS, Y PARA SER REFERIDO AL HOSPITAL Y / O ESPECIALISTAS SEGÚN SEA NECESARIO. TAMBIÉN, YO AUTORIZO A QUE TOMEN FOTOS PARA PROPOSITOS DE IDENTIDAD Y DE ATENCION AL PACIENTE.

THE FOLLOWING PEOPLE MAY BRING MY CHILD IN FOR CARE IF I AM NOT AVAILABLE.

THEY WILL ALSO HAVE ACCESS TO MY CHILD'D HEALTH INFORMATION.

LAS SIGUIENTES PERSONAS PUEDEN TRAER A MI HIJO PARA EN CASO DE QUE YO NO ESTE DISPONIBLE. TAMBIÉN TENDRÁN ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD DE MI HIJO.

	RELATIONSHIP	
	<i>RELACION</i>	
	RELATIONSHIP	
	<i>RELACION</i>	
	RELATIONSHIP	
	<i>RELACION</i>	
	RELATIONSHIP	
	<i>RELACION</i>	

LIST ANY OTHER CHILDREN

NOMBRE DE CUALQUIER OTRA HIJO(S)

FIRST NAME	LAST NAME	DOB
<i>NOMBRE</i>	<i>APELLIDO</i>	<i>FECHA DE NACIMIENTO</i>
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____

AUTHORIZED SIGNATURE OF PARENT OF LEGAL GUARDIAN

FIRMA AUTORIZADA DEL PADRE DEL TUTOR LEGAL

