



Formulario de Registro del Nuevo Paciente

Apellido del Paciente: _____ Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Idioma Primaria: _____

Etnicidad: __Hispano __No-Hispano __Unknown __Indio Americano

Race: __Asciatico __Africano __Hawaiano __Blanco

Dirreccion de Correo:

Dirreccion	Ciudad	Estado	Zip Code
------------	--------	--------	----------

Telefono Primario: _____ Es un celular? Si No

Padre/Guardian 1 Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relation al paciente: _____ Vive con el paciente? Si No

Cellular: _____ Telefono de Trabajo: _____

Correo Electronico: _____ Empleador: _____

Padre/Guardian 2 Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relation al paciente: _____ Vive con el paciente? Si No

Cellular: _____ Telefono de Trabajo: _____

Correo Electronico: _____ Empleador: _____

Informacion de seguro:

_____	_____	_____	_____
Apellido del Abonado	Nombre del Abonado	MI	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	
Sexo	Empleador del Abonado	Nombre de la Compania de Seguro	
_____	_____	_____	_____
Polica/ID #	# De Grupo	Fecha Efectiva de la Polica	

Informacion de Seguro Adicional:

_____	_____	_____	_____
Apellido del Abonado	Nombre del Abonado	MI	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	
Sexo	Empleador del Abonado	Nombre de la Compania de Seguro	
_____	_____	_____	_____
Polica/ID #	# De Grupo	Fecha Efectiva de la Polica	

Certifico que la informacion anterior es complete y correcta.

_____	_____	_____
Padre/Guardian (Firma)	Padre/Guardian (Letra de imprenta)	Fecha

Cuidado Prenatal/ Historia de Nacimiento

Como fue el Parto: Vaginal____ Cesarea____ ¿Porque?_____

Gestacion _____ Weeks Masculino____ Femenino____

¿Complicaciones en el Parto? _____

¿Infecciones de la Madre durante el embarazo? Si____ No____ Explique _____

Hospital _____ Tiempo de estadia _____

Gestation _____ Weeks Peso al Nacer _____ ¿Alergia alguna leche? Si____ No ____

Alimentacion/Nutricion: Pecho____ Formula:____ Nombre de la Formula: _____

Lista de Medicinas (por favor escribe todas las medicinas que el paciente esta tomando ahora)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergias Si____ No____ Si la respuesta es Si, por favor escribe las alergias:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historia Medica:

Asma	Si___	No___	Gastritis	Si___	No___
Anemia	Si___	No___	Hemofilia	Si___	No___
Sangramiento	Si___	No___	Riñones	Si___	No___
Bronquitis	Si___	No___	Lupo	Si___	No___
Cancer	Si___	No___	Desordenes Neurologicos	Si___	No___
Enfermedad congenita del corazon	Si___	No___	Desordenes siquiatriacos	Si___	No___
Fibrosis Quistica	Si___	No___	Convulsiones	Si___	No___
Diabetes	Si___	No___	Anemia Falciforme	Si___	No___
Extravismo	Si___	No___	Talasemia	Si___	No___
Gastrointestinal Disorders	Si___	No___	Tiroides	Si___	No___

Otro: _____

Historia Familiar

Miembro	Edad	Condicion Medica
Padre		
Madre		
Hermano/a:		
Hermano/a:		
Hermano/a:		

¿Historia de muerte de cuna en la familia? Si___ No___

Cirugias (por favor escribe las cirugias que el paciente ha tenido no importa la edad)

Historia de Desarrollo Infantil:

¿Ha tenido problemas para hablar y de lenguaje?	Si___	No___
¿Ha tenido problemas de Audicion?	Si___	No___
¿Ha alcanzado las habilidades de acuerdo a su edad?	Si___	No___
¿Ha crecido de acuerdo a su edad?	Si___	No___
Si su hijo esta en edad escolar ¿ha tenido problemas de comportamiento?	Si___	No___
Su hijo ha tenido que ver a un especialista	Si___	No___
Si la respuesta es si por favor explique la razon.		
¿Ha estado su hijo/a hospitalizado?	Si___	No___
¿Donde?		
¿Cuando?		

¿Asiste su hijo al Day Care?	Si ____	No ____
------------------------------	---------	---------

Razon de su visita hoy:

¿Ha recibido el paciente la Vacuna del Tetano? Si ____ No ____ ¿Cuando? _____

¿Ha tenido el paciente alguna reaccion adversa a las vacunas? Si ____ No ____

¿Tiene hoy el paciente algunos de estos sintomas? (por favor circule lo que aplica)

- | | | | | | |
|-------------------------|-------------------|---------------|--------|---------|--|
| Anemia | Convulsiones | Otitis media | Tos | | |
| Infecciones Recurrentes | Asma | Bronquitis | Fiebre | Diarrea | |
| Vomitos | Dolor de Garganta | Dolor de Oido | | | |

TODA LA INFORMACION ESTA CORRECTA DE ACUERDO A MI CONOCIMIENTO

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Representante Autorizado: _____

Parentesco: _____ Fecha: _____



CERTIFICO QUE YO Y/ O MI DEPENDIENTE(S) TIENE COBERTURA DE SEGURO DE _____ Y ASIGNAR A **DAMARIS MAFUT D.O.** BENEFICIOS DEL SEGURO, SI LOS HUBIERE, QUE MI SEGURO PAGUE POR LOS SERVICIOS PRESTADOS ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSIBLE DE TODOS LOS CARGOS SEAN O NO PAGADOS POR EL SEGURO, YO AUTORIZO EL USO DE MI FIRMA EN TODAS LAS SUMICIONES DEL SEGURO. EL DOCTOR NOMBRADO ANTERIORMENTE PUEDE USAR LA INFORMACION DE MI SALUD Y PUEDE DIVULGAR DICHA INFORMACION A LA COMPAÑIA DE SEGUROS ANTES MENCIONADO(S), Y SUS AGENTES CON EL FIN DE OBTENER EL PAGO POR LOS SERVICIOS Y LA DETERMINACION DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO O LOST BENEFICIOS PAGADEROS POR SERVICIOS RELACIONADOS. ESTE CONSENTIMIENTO TERMINARA CUANDO MY PLAN DE TRATAMIENTO ACTUAL SE COMPLETE O UN AÑO DESDA LA FECHA DE LA FIRMA A CONTINUACION. TAMBIEN AUTORIZO A **DAMARIS MAFUT D.O.** PARA SACAR MI HISTORIAL DE RECETAS DIRECTAMENTEDESDE CUALQUIER FUENTE PARTIDO PROVEEDOR O COMPARTIR INFORMACION CON OTRO COLEGA.

Firma Paciente o Tutor: _____

Fecha: _____



9020 SW 137th Avenue, Suite 200

Miami, Florida 33186

Office (305) 777-3505 Fax (786) 866-2599

FitLifePeds@gmail.com

Yo, _____ he recibido una copia del Acta de Privacidad de Fit Life Pediatric Consultants.

Firma Del Padre/Madre

Fecha

Nombre del Paciente: _____