

# Pediatric Orthopedics of Brandon and Riverview

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Información del Paciente:

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Hembra

Etnicidad:  Declinación Respuesta  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

Raza:  Declinación Respuesta  Indio Americano or Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afroamericano  Nativo Hawaiano or Otro Isleño Pacifico  White

Pediatra: \_\_\_\_\_

Referencia de cuidando urgencia o hospital: \_\_\_\_\_

Farmacia preferente y ubicacion: \_\_\_\_\_

Nombre del padre 1: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de telefono preferido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Esposa: \_\_\_\_\_

Nombre del padre 2: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de telefono preferido: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Esposa: \_\_\_\_\_

Dirección si es diferente que arriba: \_\_\_\_\_

Quién más está autorizado a traer al niño \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia except padres: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## Información de seguro si no trajo su tarjeta de identificación:

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Nombre de suscriptores: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Identificación de miembro: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

## Acuerdo financiero del paciente

Entiendo que todos los copagos y deducibles aplicables son debidos en el momento del servicio. Acepto ser financieramente responsable y hacer pagos completos por todos los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros. He leído y estoy de acuerdo con el acuerdo financiero anterior.

Nombre del padre o guardián legal: \_\_\_\_\_

Firma del padre o guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Pediatric Orthopedics of Brandon and Riverview

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Aviso de reconocimiento de las prácticas de privacidad

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996, tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y se utilizará para llevar a cabo el plan y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en el tratamiento directa e indirectamente, obtener pagos de terceros pagadores, realizar operaciones normales de atención médica tales como evaluaciones de calidad y Certificaciones médicas. Si lo desea, solicite una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida. He recibido, leído y entiendo su Notificación de Prácticas de Privacidad.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Historia Médica y Social

Enumere los medicamentos que el paciente está tomando actualmente:  No aplica

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ¿Ha tenido el paciente alguno de los siguientes síntomas?

Anemia/problemas de sangrado.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ojo/Oreja/Nariz/Garganta.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma/Problemas respiratorios.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Escuchando problemas.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas comportamiento.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Eczema/Problemas de la piel.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas estomacales.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Infecciones óseas.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer .....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Crecimiento/Problemas hormonales.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de desarrollo.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas del corazón.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de riñón/hígado/urinario ..	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Depresión/Ansiedad .....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Escoliosis.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de cadera.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Deficiencia de Vitamina D o calcio .....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Neurofibromatosis .....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Parálisis cerebral/Derrame cerebral.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Sírvase enumerar cualquier otra enfermedad o problema médico y proporcionar detalles de cualquiera de las condiciones anteriores:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tiene el paciente alguna alergia a medicamentos / alimentos / sustancias?:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Liste cualquier cirugía previa:  No aplica

Año: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Lista de hospitalizaciones anteriores:  No aplica

Año: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Es el paciente adoptado?  Si  No

Peso de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacido por:  Cesárea  Vaginal

¿Semanas de gestación al nacer? \_\_\_\_\_ Si fue cesárea, porque? \_\_\_\_\_

## Pediatric Orthopedics of Brandon and Riverview

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Describe cualquier problema de salud que el paciente o la madre hayan experimentado antes o después del parto:

¿A qué edad empezó el paciente su menstruación? \_\_\_\_\_  No aplica

¿A qué edad empezó a caminar el paciente? \_\_\_\_\_  No aplica

¿El paciente fuma?  Si  No

¿Mano dominante si sobre la edad de 4?  Derecho  Izquierda

Si el niño ya ha sido entrenado en el baño, ¿han estado teniendo accidentes últimamente?  Si  No

### ¿Alguna vez alguien en la familia ha dicho que tiene?:

Escoliosis .....  Si  No Si es así, ¿a quién? \_\_\_\_\_

Displasia del desarrollo de cadera.  Si  No Si es así, ¿a quién? \_\_\_\_\_

Artritis Reumatoide.....  Si  No Si es así, ¿a quién? \_\_\_\_\_

Neurofibromatosis.....  Si  No Si es así, ¿a quién? \_\_\_\_\_

Enfermedad de célula falciforme...  Si  No Si es así, ¿a quién? \_\_\_\_\_

Lupus.....  Si  No Si es así, ¿a quién? \_\_\_\_\_

Osteogénesis Imperfecta.....  Si  No Si es así, ¿a quién? \_\_\_\_\_

Pie deforme.....  Si  No Si es así, ¿a quién? \_\_\_\_\_

### Historia Social

¿Cuál es el grado de tu hijo en escuela? \_\_\_\_\_  Tradicional  Escuela en casa  No aplica

¿Asisten a un centro de necesidades especiales?  Si  NO

¿Custodia compartida?  Si  No

¿Quién vive en el hogar con el niño? \_\_\_\_\_

Frecuencia del deporte/ejercicio:  Cada día  Semanal  Mensual  Clase de gimnasia  Rara vez/nunca

### **DEBE SER COMPLETADO POR / POR TODAS LAS MUJERES DE 9 AÑOS DE EDAD Y MAYORES (SOLAMENTE PARA LAS PACIENTES)**

La radiación utilizada en rayos X puede ser perjudicial para el feto. Para ayudar a prevenir la irradiación accidental de un embarazo no reconocido, y de acuerdo con las normas nacionales, requerimos la siguiente información de las pacientes mujeres en edad fértil. Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

1. ¿Es usted, o es posible que esté embarazada?  Si  No

2. Si actualmente no está bajo control de la natalidad, ¿ha tenido actividad sexual desde el último período menstrual que puede ponerlo en riesgo de embarazo? Si   No

Yo, \_\_\_\_\_, he sido plenamente informado de los riesgos involucrados en la irradiación de un embarazo en el primer trimestre y asumo la responsabilidad de las consecuencias de los procedimientos que estoy a punto de tener. Tampoco sostendré que la Ortopedia Pediátrica de Brandon y Riverview o los empleados de la instalación sean responsables de cualquier daño potencial a mi hijo por nacer o a mí mismo.

Nombre impreso del paciente o garante \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Garante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Pediatric Orthopedics of Brandon and Riverview

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Formulario de Consentimiento de Medios Sociales

Consiento que Pediatric Orthopedics of Brandon and Riverview puede tomar y usar fotos de mi (s) hijo (s) y / o de mí en su sitio web de medios sociales que incluyen Facebook, Instagram y POBAR.org indefinidamente. Entiendo que estas imágenes y / o videos no serán utilizados para ningún otro propósito comercial. Si en cualquier momento decido optar por no participar, notificaré al personal y llenaré un formulario de Opción de exclusión de medios sociales.

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mi (s) hijo (s) y / o de mí. **Seleccione**

**uno:**  Si  No

Nombre del / de los niño (s): \_\_\_\_\_

Imprimir Padre / Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor legal: \_\_\_\_\_

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