



Fecha \_\_\_\_\_

3516 12th Ave NE \* Olympia, WA 98506 \* 360-456-1600

**Informacion del Paciente:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  H  M  
Nombre Segundo Nombre Apellido Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Calle/PO Box Ciudad Estado Codigo Postal

**Otro Ninos (que sean pacientes):**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  H  M  
Nombre Segundo Nombre Apellido Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  H  M  
Nombre Segundo Nombre Apellido Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  H  M  
Nombre Segundo Nombre Apellido Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  H  M  
Nombre Segundo Nombre Apellido Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  H  M  
Nombre Segundo Nombre Apellido Fecha de Nacimiento

**Informacion De Padres o Guardian:**

NS: --

*(Vivendo en misma casa de pacient)*

Relacion al Pacient:  Mama  Papa  Abuelos  Hermanola  Padre Adoptivo  Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  H  M  
Nombre Segundo Nombre Apellido Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Calle/PO Box Ciudad Estado Codigo Postal

Numero Principal (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Casa  Cellular  Otro

Otro Numero (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Casa  Cellular  Otro

LA DIRECION ANTERIOR ES LA CORRECTA PARA LA FUCTURACION DEL EXTRACTO?  SI  NO

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

**Informacion De Padres o Guardian:**NS: --*(Otro contacto)*Relacion al Pacient: Mama Papa Abuelos  Hermanola Padre Adoptivo Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_  
Calle/PO Box Ciudad Estado Codigo PostalNumero Principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Casa  Cellular  OtroLa Direccion Anterior es la Correcta Para la Fucturacion Del Extracto? SI NO**INSURANCE INFORMATION:****Seguro Primario:**\_\_\_\_\_  
Nombre de Plan # Identificacion # Grupo Fecha Efecta

Nombre de Suscriptor Fecha de Nacimiento Empleador

Relacion de Scriptor al Paciente: Mama Papa Yo  Otro \_\_\_\_\_**Seguro Insurance:**\_\_\_\_\_  
Nombre de Plan # Identificacion # Grupo Fecha Efecta

Nombre de Suscriptor Fecha de Nacimiento Empleador

**Información de Contacto en caso de Emergencia***(Pariente / amigo fuera del hogar)*\_\_\_\_\_  
Nombre Apellido Contact number Relacion al Paciente

\*\*La informacion de contacto permanecera en su lugar nasta que usted la cambie\*\*

**Autorización para el tratamiento de un menor.:**

Yo, \_\_\_\_\_, el padre o guardian de \_\_\_\_\_, autorice a los médicos de Pediatric Associates a brindar atención médica al niño menor que se menciona arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha Relacion al Paciente**Responsabilidad financiera, divulgación de información y cesión de beneficios.:**

Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo ante mi compañía de seguros, y asigno los beneficios que de otra manera me serían pagaderos al médico o grupo indicado en el reclamo. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguros. Una copia de esta firma si es tan válida como la original.

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha Relacion al Paciente





---

## **CONSENTIMIENTO PREVIO DE LOS PADRES A MENORES DE EDAD TRATADOS**

---

### **Autorización para la clínica Pediátrica:**

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para el tratamiento médico de rutina y de emergencia para mi hijo por parte de personal médico calificado de Pediatric Associates. Autorizo y doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico de emergencia cuando se considere necesario o aconsejable para salvaguardar la salud inmediata de mi hijo, y no puedo ser contactado dentro de un tiempo razonable por motivo de ausencia de la comunidad o de otra manera. Renuncio a mi derecho al consentimiento informado para tal tratamiento con el entendimiento de que se ha hecho todo intento de contactarme.

---

Firma	Nombre Impreso	Relacion al Paciente	Fecha
-------	----------------	----------------------	-------

### **Otra Autorización:**

Esto es para certificar que la persona (s) (no los padres) que figura a continuación tiene mi permiso para autorizar la atención médica necesaria para mi hijo, en el caso de que no pueda acompañar a mi hijo a la cita con el médico. Esta autorización estará vigente hasta que yo la revoque por escrito. Acepto la responsabilidad financiera por el tratamiento y los servicios necesarios.

---

Nombre	Relacion al Pacient	Numero
--------	---------------------	--------

---

Nombre	Relacion al Pacient	Numero
--------	---------------------	--------

¿Las personas nombradas anteriormente tienen permiso para hablar con Pediatric Associates por teléfono con respecto a la información de atención médica de su hijo?     SI     NO

---

Firma	Nombre Impreso	Relacion al Paciente	Fecha
-------	----------------	----------------------	-------

---

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento
---------------------	---------------------



## CUESTIONARIO DE SALUD

Por favor complete las siguientes preguntas. Omita cualquiera que no pueda responder o no aplique a su hijo.

### Historia Medica Pasada (marque todo lo que corresponda)

Está su hijo tomando algún medicamento?  SI  No

En caso afirmativo, indique los medicamentos:

NOMBRE	DOSIS	NOMBRE	DOSIS

¿Alguna alergia a los medicamentos o alimentos?  SI  No

En caso afirmativo, indique las alergias, incluido el tipo de reacción: :

---

---

¿Tiene su hijo algún problema médico crónico (asma, alergias, diabetes, convulsiones, etc.)?  SI  No

En caso afirmativo, enumere

---

---

¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez?  SI  No

En caso afirmativo, enumere

---

---

¿Alguna lesión pasada o huesos rotos?  SI  No

En caso afirmativo, enumere

---

---

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

### Historia Medica Pasada Continuada

¿Su hijo está al día con las vacunas?  SI  No

Cualquier reacción previa a las inmunizaciones?  SI  No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor

---

---

### Historia social

¿Está su hijo en la guardería?  SI  No

¿Fuma alguien en tu casa?  SI  No

Are you interested in smoking cessation information?  SI  No

¿Tienes mascotas en la casa?  SI  No

Si es sí, ¿qué tipo?

---

¿Quién vive en casa con su hijo?

---

---

### Historia Familiar

¿Alguno de los familiares inmediatos (padres, hermanos, abuelos maternos, abuelos paternos) tiene alguno de los siguientes problemas médicos? (Circule)

ADHD	Anemia	Ansiedad	Presión arterial alta
Cáncer	Autismo	Retraso en a desarrollo	Depresión
Alergias	Diabetes	Combucion	Asma
Rinitis alergica	Enfermedad de rinon	Discapacidad de aprender	Enfermedad de nigado

Abuso de sustancias ¿Fiebre del heno? (Menor de 55 años)

Si marcó con un círculo sí a cualquiera de las anteriores, enumere la relación del miembro de la familia con su hijo: (ejemplo: fiebre del heno - abuela materna)

---

---

---

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

