

HISTORIA DE PACIENTE

Los padres, los niños devueltos solo para su visita. Esto permitira que Dr. Flores y su personal dedicaran la atencion replete a su niño. Gracias.

El nombre del niño _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo M F

La direccion del hogar _____ Ciudad/Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono de casa _____ Telefono celular _____ Telefono del trabajo _____

Nombre de Madre _____ Numero de seguro _____ Fecha de nacimiento _____ Por empleados _____

Nombre de Padre _____ Numero de seguro _____ Fecha de nacimiento _____ Por empleados _____

Los nombres y las edades de los otros niños en la familia _____

**?Ha tenido jamas su niño cualquiera de los problemas medicos siguientes?
(Si si cualquiera del debajo explica por favor)**

El murmullo del Corazon	Si	No	Las transfusions de sangre	Si	No	El deterioro que oye	Si	No
El asma	Si	No	EL hepatitis	Si	No	Cualquier operacion	Si	No
La diabetes	Si	No	La tuberculosis	Si	No	Desordenes emocionales	Si	No
La fiebre de rhematic	Si	No	Los convulsiones/ epilepsy	Si	No	Caulquier permanec en el hospital	Si	No
Desventajas/ incapacidades	Si	No	El defecto congenito del corazon	Si	No	Problemos de rinon o del higado	Si	No
Sangriento anormal	Si	No	Alergias a drogas	Si	No	Sida	Si	No

La explicacion si si: _____

Lista las medicinas actualmente tomar: _____

El nombre del medico: _____

CONSENTIMIENTO

Doy el consentimiento a Dr. Flores y su personal para examiner a mi niño que usa radiografia cuando necesario y para proporcionar cualquier o todo trataiento que ha sido completamente explicado a mi incluir a los honorarios.

La firma del padre/guardian

La Fecha

ACKNOWLEDGEMENT PARTIR DE LA RECEPCION DEL AVISO PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo _____, haber recibido una copia de esta oficina de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

La firma del padre/guardian

La Fecha

