

INFORMACION DE LOS NINOS

1. _____ " (Apodo) _____ " DOB: ____/____/____ SSN: ____/____/____ M / F
 2. _____ " _____ " DOB: ____/____/____ SSN: ____/____/____ M / F
 3. _____ " _____ " DOB: ____/____/____ SSN: ____/____/____ M / F

Direccion: _____ Ciudad: _____ Area postal: _____

Num. Tel. Casa: (____) _____ -- _____ Num. Cell: (____) _____ -- _____

Farmacia de Preferencia: _____ Direccion: _____ Num. Tel.: (____) _____ -- _____

Doctor Anterior: _____ Direccion: _____ Num. Tel.: (____) _____ -- _____

INFORMACION DE LOS PADRES

Nombre1: _____ Relacion con nino: _____ DOB: ____/____/____ SSN: ____/____/____

Direccion (Si es Diferente) : _____ Ciudad: _____ Area postal: _____

Num. Tel. Casa: (____) _____ -- _____ Num. Tel. Trabajo: (____) _____ -- _____ Empleador: _____

Direccion del Empleador: _____ Ciudad: _____ Area postal: _____

Nombre2: _____ Relacion con nino: _____ DOB: ____/____/____ SSN: ____/____/____

Direccion (Si es diferente) : _____ Ciudad: _____ Area postal: _____

Num. Tel. Casa: (____) _____ -- _____ Num. Tel. Trabajo: (____) _____ -- _____ Empleador: _____

Direccion del Empleador: _____ Ciudad: _____ Area postal: _____

NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relacion: _____ Num. Tel.: (____) _____ -- _____

Direccion (Si es diferente) : _____ Ciudad: _____ Area postal: _____

INFORMACION DEL SEGURO

AMERIGROUP BC/BS Aetna 1. Num. de Identificación: _____
 WELLCARE AHPS Medicaid 2. Num. de Identificación: _____
 PEACHSTATE UHC _____ 3. Num. de Identificación: _____

OTRA INFORMACION

Como escucho acerca de nosotros? Amigo Paginas Amarillas Periodico – Somos La Voz
 Doctor Directorio del Seguro Periodico – Conexiones Latinas
 Internet Periodico – Sporting Youth _____

**(Importante –Por favor lea cuidadosamente antes de firmar)
 AUTORIZACION DE DAR INFORMACION Y ASIGNAR LOS BENEFICIOS**

Yo entiendo que el pago de todo cuidado medico tiene que ser pagado a la hora de la visita. Yo entiendo que es mi responsabilidad de pagar cualquier deducible,co-seguro,o cualquier otro balance NO PAGADO por mi compania de seguro. Yo entiendo que soy responsable por cualquier otro pago incurriendo en la coleccion de la cuenta del paciente en caso de fallo,incluyendo una tarifa razonable de abogado y costos de abogados.

Yo le doy el permiso a Athens Kids Specialists, PC a dar cualquier pertinente informacion a mi compania de seguro segun sea pedida, y yo tambien asigno y autorizo el pago directo a Athens Kids Specialists, PC. Yo permito una copia de esta autorizacion para que sea usada en vez de la original.

Firma: _____ Dia: ____/____/____ Testigo: _____

NOTICIAS DE CONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD DE PRACTICAS

Yo certifico que he leído y entendido la polisa de practicas privadas de Athens Kids Specialists, PC. Tambien comprendo que me ha sido dada la oportunidad para hacer preguntas acerca del Aviso y su contenido.

Firma: _____ Dia: ____/____/____ Testigo: _____

Athens Kids Specialists, PC

650 Oglethorpe Ave Suite 4
Athens GA 30606
Tel 706-543-9899 / Fax 706-613-3995

Medical Records Request

(Please fill out form completely and return to your child's previous doctor.)

To: Dr. _____
(Previous Doctor/**Doctor de Antes**)

(Office Tel.)

(Address/**Direccion**)

(Office Fax)

(City/State/Zip/**Ciudad/Estado/Codigo Postal**)

Kindly fax or mail copies of medical records of the patients below to:

Athens Kids Specialists, PC
650 Oglethorpe Ave, Suite 4
Athens GA 30606

Tel. 706-543-9899
Fax 706-613-3995

(Patient Name /**Nombre del Paciente**)

(Date of Birth /**Fecha de Nacimiento**)

Thank you very much.

Sincerely,

(Signature of Parent or Guardian/**Firma del padre**)

(Date/**Fecha**)

(Printed Name)

Nombre de niño: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ M / F Persona que la contesta: _____

Casa:

Por favor escriba todas las personas que viven en casa:

Nombre: _____ Relacion: _____ Edad: _____ Problemas de salud: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Edad: _____ Problemas de salud: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Edad: _____ Problemas de salud: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Edad: _____ Problemas de salud: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Edad: _____ Problemas de salud: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Edad: _____ Problemas de salud: _____

Tiene otros hermanos? Si es asi escriba sus nombres y edades. _____

Si sus papas estan separados quien tiene la custodia del paciente? _____

Si papa a mama no viven en casa que tan frecuente las ve? _____

Historia de Nacimiento:

Peso al nacer: _____ lbs Estatura al nacer: _____ in Nacio a tiempo? [] Term [] Early [] Late? Si se Adelanto, cuantas semanas? _____ wks

Tuvo la madre alguna complicacion o enfermedad durante el embarazo? _____

Durante el embarazo la madre: Fumar? _____ Tomo alcohol? _____ Uso Drogas o Medicina? _____

Tuvo el bebe alguna enfermedad al nacer? _____

Salio, el bebe del hospital con su madre? _____ Que Hospital? _____

Fue el parto: [] Vaginal [] Caesarean Fue alimeritado: [] Pecho [] Biberon?

General:

Cree que su hijo(a) es enfermezo? _____

Tiene su hijo(a) alguna enfermedad seria? _____

Ha tenido su hijo(a) alguna lesion seria a algun accidente? _____

Ha tenido su hijo(a) alguna cirugia? For what? When? _____

Ha sido su hijo(a) hospitalizado(a)? For what? When? _____

Es su hijo(a) alergico(a) a algun medicamento? _____

Desarrollo:

Esta usted preocupada por el desarrolla fisico de su hijo? _____

Está usted preocupada por el desarrollo mental y emocional del niño(a)? _____

Esté usted preocupada porque su hijo(a) Se distrae fácilmente? _____

Como se comporta en la escuela? _____

Ha el/ella repetido un año escolar? _____

Como son sus calificaciones? _____

Esta el/ella en clases especiales? _____

Nombre de niño: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ M / F Persona que la contesta: _____

Alguien en su Familia ha tenido lo siguiente:

Sordera: _____

Alergias Nasales: _____

Tuberculosis: _____

Enfermedades del corazón (Antes de los 50 años de edad): _____

Presión Alta (Antes de los 50 años de edad): _____

Colesterol Alto: _____

Anemia: _____

Enfermedades de sangre: _____

Enfermedades de Hígado: _____

Enfermedades del Riñón: _____

Diabetes (Antes de los 50 años de edad): _____

Mojado a cama (Después de los 10 años de edad): _____

Epilepsia o Convulsiones: _____

Alcoholismo: _____

Uso de Drogas: _____

Enfermedades de la Mente: _____

Retraso Mental: _____

Enfermedades del sistema Inmune o SIDA: _____

Su Niño(a) Tiene a Ha Tenido:

Varicela/Viruela: _____

Infecciones frecuentes en los oídos: _____

Problemas con los ojos o la Visión: _____

Alergias en la nariz: _____

Problemas al Escuchar: _____

Asma, bronquitis, broncolitis, neumonía: _____

Algún Soplo o Problemas del Corazón: _____

Anemia ó problemas con la Sangre: _____

Transfusión de Sangre: _____

Frecuente Dolor Abdominal: _____

Estreñimiento que requiera consultar al doctor: _____

Infección de la vejiga o en los riñones: _____

Mojado o ha Mojado en Cama después de los 5 años _____

[Para Niñas] Ha empezado su menstruación: _____

[Para Niñas] Tiene problemas con su menstruación: _____

Algún problema crónico o recurrente con su piel (Acne): _____

Frecuentes Dolores de Cabeza: _____

Convulsiones u Otros problemas Neurológicos: _____

Diabetes: _____

Problemas con la Tiroides o el Sistema Endocrino: _____

Algunos Otros Problemas que Debamos Saber: _____

Usa ó Ha usado Drogas ó Alcohol: _____

<u>Evaluar el Riesgo de la Tuberculosis</u>	Si	No	<u>Evaluación de Exposición a la Contaminación con Plomo</u>	Si	No
1. ¿Esta el niño o niña en contacto cercano de una persona con Tuberculosis?			1. ¿Vive su hijo en una casa que podría haber sido construida antes de 1978 o visita con frecuencia una casa de este tipo?		
2. ¿Es un niño o niña nacido en el extranjero (Asia, África, América Latina, es un refugiado o inmigrante)?			2. ¿Vive su hijo en una casa que se está remodelando o donde se está removiendo la pintura o visita con frecuencia una casa de este tipo?		
3. ¿El niño o niña esta infectado con el virus de VIH?			3. ¿Vive su hijo con otro niño que tiene un alto nivel de plomo en la sangre o lo visita con frecuencia?		
4. ¿El niño o niña tiene contacto con personas que viven o estado en la cárcel en los últimos cinco años?			4. ¿Vive su hijo con alguien que trabaja en un lugar que puede estar contaminado con plomo, o alguien que se dedique a unos pasatiempos en el cual se utiliza el plomo?		
5. ¿El niño o niña esta expuesto a personas infectadas con el virus de VIH?			5. ¿Su hijo mastica o come artículos que no sean alimentos, como pedazos descascarados de pintura o tierra?		
6. ¿El niño o niña tiene contacto con personas indigente, residente de casas de asilo o personas que viven en instituciones, o que utilizan drogas?			6. ¿Vive su hijo cerca de una fundición activa de plomo, una planta de reciclaje de baterías u otra industria que produce probablemente residuos de plomo?		
7. ¿El niño o niña tiene contacto con personas inmigrantes trabajadores del campo?			7. ¿Su hijo es tratado con medicinas caseras, tales como greta, azarcón y pay-loo-ah, o cosméticos como kohl?		
8. ¿El niño o niña tiene un problema de sistema inmune?					
9. ¿El niño vive en una comunidad que esta en alto riesgo de contraer Tuberculosis?					
10. ¿El niño o niña a viajado a visitado algún país extranjero desde la ultima visita?					
<p>Las personas que son atendidas por la infección o la enfermedad tuberculosa ya NO deben hacerse la prueba del PPD.</p> <p>Cualquier respuesta con un "Si" significa que el nido es de alto riesgo y debe recibir la prueba de la tuberculina o Mantoux.</p>			<p>Al usar el cuestionario, se deben hacer inmediatamente las pruebas de plomo en la sangre, si el niño es de alto riesgo (una o más respuestas "SI" o "No sé" en el cuestionario de evaluación) para determinar la exposicion al plomo.</p>		