

Información del Paciente			
Nombre del paciente	Fecha d e Nacimiento	Edad	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Preferido postal (suplente) Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Los teléfonos de contacto: ** círculo el número de teléfono que usted nos prefiere utilizar. ** Marque la casilla si está bien para dejar un mensaje.			
Teléfono de la casa <input type="checkbox"/>	Bueno para dejar un mensaje	Teléfono del trabajo <input type="checkbox"/>	Bueno para dejar un mensaje
Teléfono celular <input type="checkbox"/>		Bueno para dejar un mensaje	
Paciente E-mail Dirección	Farmacia		
Sexo <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Idioma <input type="checkbox"/>
		Inglés <input type="checkbox"/>	Español <input type="checkbox"/>
		Otros _____	
Número de seguro social		Número de Licencia de Conducir	
RACE			
<input type="checkbox"/>	Blanco	<input type="checkbox"/>	Hispana
<input type="checkbox"/>	Negro / afroamericano	<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawai / Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/>	Asiática	<input type="checkbox"/>	Los indios americanos / nativos de Alaska
<input type="checkbox"/>	Otros		
ETNIA			
<input type="checkbox"/>	Hispana	<input type="checkbox"/>	No hispanos
<input type="checkbox"/>	Desconocido	<input type="checkbox"/>	Otros
Estado civil			
<input type="checkbox"/>	Soltero	<input type="checkbox"/>	Casado
<input type="checkbox"/>	Divorciado	<input type="checkbox"/>	Separado
<input type="checkbox"/>	Viudo	<input type="checkbox"/>	Pareja de hecho
Empleador / Escuela		Ocupación	
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono del empleador			
Nombre del Cónyuge		Empleador del Esposo	
El nombre del médico anterior		A quien podemos agradecer por referirlo a nuestra práctica?	
¿Tiene usted un testamento en vida? Sí ____ No ____ (En caso afirmativo, por favor proporcione una copia)			
Información Responsable - Para el pago (Padre / tutor si el paciente es menor de 18 años de edad)			
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el Paciente	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	
Número de Seguro Social (a efectos del seguro solamente)			
Contacto de Emergencia			
Nombre		Relación con el Paciente	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	
Nombre del pariente más cercano (que no vive con el paciente) Relación con el paciente			
Teléfono de la casa Teléfono del trabajo Teléfono celular			

Firma _____

Fecha de hoy ____ / ____ / ____

Quail Ridge Family Practice, LLC

Mark C Hudson, DO, FAAFP
1 Médicos Parque
Cairo, GA 39828

Teléfono 229-378-8110
Fax 229-378-8109

PEDIÁTRICA CUESTIONARIO DE HISTORIA

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____
 Dirección: _____ Nombre de los Padres: _____
 Teléfono: _____ Tutor legal: _____

PROBLEMAS MÉDICOS:	MEDICAMENTOS:	HOSPITALIZACIONES / CIRUGÍAS / FECHA:
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.

HISTORIA DE NACIMIENTO:	ALIMENTACIÓN / NUTRICIÓN:
Problemas con el embarazo la madre 's?	Cualquier problema de alimentación inusuales?
Peso el nacer	
Fumaba madre ni beber alcohol durante el embarazo?	Cualquier problema con diarrea o estreñimiento?
¿La madre toma algún medicamento durante el embarazo?	Es la ciudad de agua potable del niño o de pozo?
¿La madre utiliza alguna droga durante el embarazo?	Está fluorada el agua?
¿Cuántas semanas de gestación fue madre cuando el bebé nació?	¿Cuántas comidas hace el niño a comer por día?
	¿Cuántos bocadillos?
Cualquier problema durante el parto o el parto?	Toma el niño las vitaminas? fluoruro? Hierro?
¿Fue la entrega de bebé por cesárea o vaginal?	Era (es) el niño amamantado? Cuánto tiempo?
Cualquier problema durante la estancia guardería?	¿Qué tipo (si lo hay) utilizan la fórmula infantil?
¿Cuánto tiempo permaneció bebé en el hospital? Madre?	¿A qué edad se suspendió botella?
Cualquier problema para el bebé o la madre en 2 meses de nacimiento? Si es así, ¿qué?	¿A qué edad comen bebé primer alimento sólido?
	¿Tiene (tenía) el bebé tiene un chupete?

ALERGIAS (lista de cualquier alergia infantil tiene, incluidas posibles reacciones alérgicas a los medicamentos)

VACUNAS: ¿Va el niño al día? (Por favor, facilite registro de todas las vacunas anteriores)

CUIDADO INFANTIL / ESCUELA: Va el niño a la escuela o un centro de día? ¿Dónde?

Si no, ¿quién es (son) cuidador principal 's niño (s) durante el día? Por las noches? Los fines de semana?

Historial médico / familiar (Por favor marque si el niño o miembros de la familia del niño - padres, hermanos, abuelos, tías, tíos --- han tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

	Niño	Familia		Niño	Familia
Infección de oído frecuentes			Problemas de riñón / vejiga		
Resfriados frecuentes, dolores de garganta			Ataques / convulsiones		
Grupa			Enfermedad cardíaca temprana (edad <65)		
Las paperas, el sarampión, la varicela			La presión arterial alta		
Las sibilancias o asma			El colesterol alto		
Neumonía			Enfermedad pulmonar / tuberculosis		
Problemas en los ojos			Enfermedad de transmisión sexual		
Los problemas dentales			Abuso de drogas y alcohol		
Los problemas de audición			Problemas emocionales / intentos suicidas		
Fiebre del heno			Cáncer		
Eczema o problemas de la piel			Otras enfermedades (lista)		
Anemia o problemas de la sangre					

DESARROLLO Y COMPORTAMIENTO:	SALUD Y SEGURIDAD:
Did niño se siente solo a los 7 meses?	¿Hay armas en la casa del niño?
¿El niño camina solo por 14 meses?	¿Con qué frecuencia usa el niño un cepillo de dientes?
¿El niño decir 3 palabras por 15 meses?	¿El niño siempre use un asiento de seguridad o cinturón de seguridad?
Está haciendo el niño en la escuela?	¿Hay detectores de humo en el hogar del niño?
¿El niño se lleva bien con otros niños?	Es el calentador de agua caliente situado a menos de 125 grados?
Marque cualquiera de los siguientes problemas que tiene el niño:	¿Tiene reglas / límites para ver la televisión?
<input type="checkbox"/> Pesadillas / problemas de sueño	¿Son medicamentos y venenos fuera del alcance?
<input type="checkbox"/> Irritable mal humor /	¿Tiene jarabe de ipecacuana?
<input type="checkbox"/> Los problemas de disciplina	¿Sabes todos los cuidadores del niño reanimación niño o
<input type="checkbox"/> Los problemas del habla	asfixia gestión?
<input type="checkbox"/> La succión del pulgar	¿Hay una piscina u otro cuerpo de agua en o cerca de
<input type="checkbox"/> La enuresis	casa de infantil? ¿Puede niño nadar?
<input type="checkbox"/> problemas de esfínteres	¿Usa niño un casco de bicicleta?
<input type="checkbox"/> contención de la respiración	¿Tiene un termómetro en el hogar del niño?

HISTORIA SOCIAL:

1. Anote todos los miembros del hogar, edad, relación con el niño y la salud en general:

Nombre	Edad	Relación	General de Salud

2. Por favor escriba cualquier miembros de la familia que no viven en el mismo hogar que el niño:

Nombre	Edad	Relación	General de Salud

3. Educacion y ocupaciones de padres o de tutores:

4. Ha tenido el niño alguna vez algún evento traumático, como la pérdida de un ser querido, el divorcio, accidente grave, etc?

5. ¿Qué actividades realiza el niño disfrute particular?

6. ¿Qué actividades realiza el niño no les gusta particularmente?

Firma del padre / tutor legal

Fecha

*Quail Ridge Family Practice, LLC
1 Doctors Park - Cairo, GA 39828
Teléfono 229-378-8110 Fax 229-378-8109*

Información del Seguro	
Seguro Primario	Seguro Secundario
Nombre del suscriptor _____	Nombre del suscriptor _____
Número de Seguro Social _____	Número de Seguro Social _____
Fecha de nacimiento _____	Fecha de nacimiento _____
Compañía de seguros _____	Compañía de seguros _____
Seguros ID # _____	Seguros ID # _____
Grupo # _____	Grupo # _____

Autorización para Tratamiento / Divulgación de Información / Asignación de Beneficios del Seguro

El abajo firmante otorga autorización para tales tratamientos y procedimientos que se consideren necesarias y entiende que los tratamientos y procedimientos SU ch pueden ser realizadas por médicos, enfermeras, asistentes médicos. Por la presente autorizo a Quail Ridge Family Practice para liberar toda la información de salud protegida necesaria para garantizar el pago, para llevar a cabo el tratamiento, y para llevar a cabo operaciones de atención médica.

Certifico que yo, y / o mi (s), tener cobertura de seguro de dependencia con la compañía de seguros antes mencionado. Por la presente asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos a los que tengo derecho incluyendo importante, Medicare, seguro privado médico y cualquier otro plan de salud a Quail Ridge Family Practice, LLC. Voy a ser financieramente responsable de los beneficios no cubiertos, deducibles o copagos para los servicios que han sido prestados a mí. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por dicho seguro. ***Es mi responsabilidad de entender mis beneficios de seguro y cobertura del plan.***

Este acuerdo se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de este acuerdo se considera tan válida como el original.

El pago se espera en el momento en que son prestados.

Firma del Paciente / Representante Legal

Fecha