



emerald coast PEDIATRICS

Fecha: _____ Correo Electrónico: _____ { } Me envía mensajes de correo electrónico

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ M{ } F{ }

SS# del niño: _____ Escuela: _____ Referido por: _____ Telefono (casa): () _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Padre
Nombre: _____ Ocupación/
Patron: _____ Trabajo
Telefono: () _____ Fecha de
Nacimiento: _____ SS#: _____

Madre
Nombre: _____ Ocupación/
Patron: _____ Trabajo
Telefono: () _____ Fecha de
Nacimiento: _____ SS#: _____

Guardian (si no es /
el Padre): _____ Ocupación/
Patron: _____ Trabajo
Telefono: () _____ Fecha de
Nacimiento: _____ SS#: _____

Persona a notificar en caso de emergencia
(Ademas de los Padres): _____ Dirección: _____ Telefono: () _____

Familiar mas cercano
(que no resida con usted): _____ Dirección: _____ Telefono: () _____

Seguro Medico e Informacion de Cobro

Persona Responsable: _____ Dirección: _____

Fecha de efectividad: _____ Dirección de cobro: _____

Pago sera requerido al momento del servicio – Al menos que arreglos posteriores se hayan hecho

1) Compania de Seguro Medico: _____ Dirección: _____ Fecha de efectividad: _____

Nombre del asegurado: _____ #I.D.: _____ #Grupo: _____

2) Compania de Seguro Medico: _____ Dirección: _____ Fecha de efectividad: _____

Nombre del asegurado: _____ #I.D.: _____ #Grupo: _____

Senalamiento de los Beneficios del Seguro Medico

Por este medio yo authorize pagos directos por cirurgicos/medicos a Dr. Eehab A. Kenawy M.D. por servicios rendidos por el en persona o bajo supervision. Yo comprendo que yo soy el responsable de pagar cualquier balance que no haya sido cubierto por la aseguradora.

Autorizacion de divulgacion de Informacion

Por este medio yo autorizo al Dr. Eehab A. Kenawy M.D. a divulgar cualquier informacion casual o medica que pueda ser necesitada en caso de cuidado medico o para procesamiento de aplicaciones para beneficio financiero.

Medicaid

Yo certifico que toda dada por mi para la aplicacion de pagos es correcta. Yo autorizo la divulgacion de todo expediente a peticion. Yo pido que todo pago por beneficios autorizados se hagan a mi nombre.

Las fotocopias de estos senalamientos tienen igual validez que la original.

Paciente (en letra de molde): _____ Fecha: _____

Padre o encargado (en letra de molde): _____ Firma: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Razon de la visita: _____

Por favor Marque {S} Si o {N} No, Explique cuando se requiera.

Embarazo/Parto: Edad de la madre durante el embarazo: _____ Alguna enfermedad durante el embarazo? {S} {N}

Medicamentos administrados durante el embarazo? {S} {N}

Consumo de cigarrillos/alcohol/drogas de la calle durante el embarazo? {S} {N} El bebe fue prematuro/ a termino/ tarde? _____

Alguna Complicacion? _____

Tipo de Parto? _____ Peso al nacer: _____ Longitud: _____ Problemas despues del parto? En cuidado o casa: _____

Historial Medico: Reacciones alergicas {S} {N} Comida {S} {N} Animales {S} {N} Picadas de insectos {S} {N} Explique: _____

Medicamentos tomados regularmente? (excluya vitaminas) _____ Vacunas al dia: {S} {N} Usted tiene el expediente? {S} {N}

Hospitalizaciones? (donde, cuando, porque): _____

Lesiones serias? (cuando, porque): _____

Sarampion	{S} {N}	Paperas	{S} {N}	Sarampion aleman	{S} {N}
Varicela	{S} {N}	Tosferina	{S} {N}	Fiebre reumatica	{S} {N}
Fiebre escarlatina	{S} {N}	Infeccion de oidos	{S} {N}	Infeccion de garganta	{S} {N}
Asma/Resuello	{S} {N}	Piel reseca o urticaria	{S} {N}	Ataques o sizuras	{S} {N}
Anemia	{S} {N}	Problemas en las articulaciones	{S} {N}	Problemas con:	{S} {N}
Tendencia a sangrar	{S} {N}	Infecciones en la orina	{S} {N}	Audicion	{S} {N}
Transfusiones de sangre	{S} {N}	ADHD/ADD	{S} {N}	Vision	{S} {N}

Alimentacion & Nutricion: Alergias a comidas: _____ etito usualmente bueno? {S} {N}

Colico o problemas de alimentacion durante los primeros 3 meses? {S} {N} Lacta? {S} {N} Numero de meses? _____

Formula? {S} {N} Marca actual: _____ Vitaminas? {S} {N} Cual marca? _____ Dieta especial? {S} {N} Fluoruro? {S} {N}

Perfil Familiar: Padres? Casados? { } Separados? { } Divorciados? { }

Edad del padre: _____ Nivel de educacion? _____ Salud? _____

Edad del madre: _____ Nivel de educacion? _____ Salud? _____

Liste hermanos, hermanas del paciente y sus edades: _____

Historial Familiar Medico: Liste todo los parientes de sangre de su nino que tengan los siguientes problemas-use abrev.: {P} padre, {M} madre, {HO} hermano, {HA} hermana, {MM} madre de la madre. {MP} madre del padre, {PM} padre del madre, {PP} padre el padre, {T} tia, {TO} tio, {PO} primo

Anemia/enfermedad de la sangre: _____

Asma: _____

Retrazo Mental: _____

Problemas de drogas: _____

Alcoholismo: _____

Cancer: _____

Sida: _____

Fibrosis Cistatica: _____

Distrofia muscular: _____

Tuberculosis: _____

Arthritis: _____

Epilepsia o ataques: _____

Emfermedades del Corazon: _____

Presion alta de la sangre: _____

Problemas de colesterol: _____

Migrana: _____

Muerte de infante repentina: _____

Deformidades de nacimiento: _____

Sordera temprana: _____

Diabetes: _____

Desarrollo y Conducta: Edad en la cual su nino: Se sento sin ayuda: _____ Camino: _____ uso de oraciones: _____ uso del

bano: _____ Pedalear: _____ Grado en la escuela: _____ Problemas en la escuela: _____

Problemas de aprendizaje? {S} {N} Tolerancia con otros ninos? {S} {N} Problemas de conducta? {S} {N} Malos Habitos? {S} {N} Moja La

cama? {S} {N} Se muerde o come los unas? {S} {N} Pasatiempos? {S} {N} Deportes? {S} {N} uso de drogas ilegales o de la calle? {S} {N}

Firma del Padre: _____ Fecha: _____