

PEDIATRIC HISTORY FORM

SAN PEDRO PEDIATRIC MEDICAL GROUP, INC.
ANDREW P. NOVOM, M.D. - KENNETH FOLLMAR, M.D. - GRACE C. PETERSON, M.D.
PRISCILLA S. NOVOM, M.D. - BARBARA J. SONNE, C.P.N.P., M.N.

CHILD'S FULL NAME
NOMBRE DE SU HIJO/A _____

CHILD'S BIRTH DATE
FECHA DE NACIMIENTO _____

Birth weight? **Was pregnancy normal?**
Peso al nacer? _____ *Tuvo embarazo normal?* _____

School problems?
Problemas en la escuela? _____

Special school or classes? Describe
Escuela o clase especial? Describe _____

Behavior or discipline problems? Describe
Problemas con disciplina o comportamiento? Describe. _____

Hospitalization? When? Why? Where?
Ha sido hospitalizado/a? Cuando? Porque? Donde? _____

Surgery? Describe.
Operacion/cirugia? Describe. _____

Serious injuries?
Herida seria? _____

Other serious illnesses? Describe.
Otras enfermedades serias? Describe. _____

What medications taken regularly?
Que medicinas toma regularmente? _____

Medication allergies
Alergias a medicina _____

Type of reaction
Typo de reaccion _____

Other allergies? Describe
Otras alergias? Describe _____

Family History

Heart disease under age 50?
Enfermedad del corazon antes de la edad de 50 ? _____

Hereditary diseases? Other?
Enfermedades hereditarias? Otra? _____

Use this space for other information you wish to provide.
Use este espacio para cualquier otra informacion que desee _____

Parents signature
Firma de los padres _____

Today's date
Fecha de hoy _____

DOCTOR'S SIGNATURE _____ **DATE REVIEWED** _____

PLEASE PRINT CAREFULLY AND ANSWER ALL QUESTIONS
 POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE Y CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS
NAMES OF CHILDREN IN ORDER OF AGE (OLDEST CHILD FIRST)
 NOMBRE DE SUS NIÑOS EN ORDEN DE EDAD (EL MAYOR PRIMERO)

1 _____ Ethnicity _____ SEX _____ DOB _____
Fecha De Nacimiento

2 _____ Ethnicity _____ SEX _____ DOB _____

3 _____ Ethnicity _____ SEX _____ DOB _____

4 _____ Ethnicity _____ SEX _____ DOB _____

5 _____ Ethnicity _____ SEX _____ DOB _____

ADDRESS _____ CITY, STATE, ZIP _____
DOMICILIO DE CASA CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL

HOME PHONE _____ MOM'S CELL _____ DAD'S CELL _____ CHILD'S CELL _____
TELEFONO DE CASA CELLULAR DE MAMA CELLULAR DE PAPA CELLULAR DE PACIENTE

MOM'S EMAIL _____ DAD'S EMAIL _____
CORREO ELECTRONICO DE MAMA CORREO ELECTRONICO DE PAPA

FATHER'S NAME (or GUARDIAN) _____ BIRTHDATE _____ LIVES IN HOME? YES ___ NO ___
NOMBRE DEL PAPA FECHA DE NACIMIENTO VIVE EN CASA?

MOTHER'S NAME (or GUARDIAN) _____ BIRTHDATE _____ LIVES IN HOME? YES ___ NO ___
NOMBRE DE LA MAMA

WORK/TRABAJO

FATHER---EMPLOYED BY _____ OCCUPATION _____ WORK PHONE _____
PAPA EMPLEADO POR TELEFONO

MOTHER---EMPLOYED BY _____ OCCUPATION _____ WORK PHONE _____
MAMA EMPLEADO POR TELEFONO

PRIMARY INSURANCE---NAME/TYPE OF INSURANCE _____
SEGURO PRIMARIO NOMBRE/TIPO DE SEGURO

NAME OF GUARANTOR _____ SOCIAL SECURITY NUMBER _____ DOB _____
NOBRE DE PERSONA RESPONSIBLE NUMERO DE SEGURO SOCIAL

SECONDARY INSURANCE---NAME/TYPE OF INSURANCE _____

NAME OF GUARANTOR _____ SOCIAL SECURITY NUMBER _____ DOB _____

PERSON TO BE CONTACTED IN AN EMERGENCY OTHER THAN PARENTS (CONTACTO DE EMERGENCIA)

NAME _____ HOME PHONE _____ CELL PHONE _____
NOMBRE TELEFONO DE CASA CELLULAR

I HEREBY GIVE PERMISSION FOR THE TREATMENT OF MY CHILD/CHILDREN BY DRs. A. NOVOM, G. PETTERSON, K. FOLLMAR, P. NOVOM and MS B. SONNE. I HEREBY ASSIGN ALL BENEFITS OF MY INSURANCE POLICY (S) FOR MEDICAL, SURGICAL AND LABORATORY TO THE SAN PEDRO PEDIATRIC MEDICAL GROUP, INC. I FURTHER AGREE TO PAY ANY BALANCE THAT IS DUE AND PAYABLE
 YO DOY PERMISO A LOS DOCTORES A. NOVOM, G. PETTERSON, K. FOLLMAR, P. NOVOM Y MS B. SONNE PARA QUE DEN TRATAMIENTO A MIS NIÑO/NINOS. YO DESIGNO TODOS LOS BENEFICIOS DE MI POLIZA DE SEGUROS POR SERVICIOS MEDICOS, DE CIRUGIA, DE LABORATORIO A SAN PEDRO PEDIATRIC MEDICAL GROUP, INC. YO PAGARE CUALQUIER BALANCE QUE SE DEBE

DATE _____ SIGNATURE _____
FECHA FIRMA

Consentimiento Para Tratar, Cobrar y Proveer Informacion

Informacion del Paciente:

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Por el presente, yo doy mi consentimiento para recibir tratamiento medico y/o quirúrgico, incluyendo pero sin limitación de Radiología, exámenes de laboratorio y otros estudios para diagnostico que sean necesarios.

Yo acepto que hasta el limite que sea necesario, el **San Pedro Pediatric Medical Group, Inc.**, de a conocer a cualquier persona o corporación, en forma parcial o completa, el record medico del paciente con el fin de determinar la responsabilidad por una parte o el total de los cargos incurridos. Esto puede llegar a incluir, pero no estar limitado a, companias de seguros, planes de servicios para la salud o seguros de compensacion al trabajador.

Yo entiendo que cualquier empleador que solicite cuidado medico, incluyendo pero no limitado a, exámenes fisicos de pre-empleo, prueba de drogas, exámenes de estado fisico para cumplir con el servicio, asi como información necesitada por el empleador para cumplir con OSHA (Administración de la Salud y la Seguridad Ocupacional), standards de la MSHA (Administración de la Salud y la Seguridad en las Minas) o accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo, van a ser provistas a dicho empleador.

Yo le asigno al doctor, de manera irrevocable, todos los pagos por servicios medicos que se me hayan rendido a mi o a mis dependientes. Yo entiendo que soy responsable por cualquier monto que no sea cubierto por mi seguro. Un cargo de \$ 35 le sera aplicado a todos los cheques retornados por falta de fondos. Una fotocopia de este documento es tan valida y eficaz como el original.

YO HE LEIDO Y HE ENTENDIDO LA INFORMACIÓN PROVISTA EN ESTE DOCUMENTO
X _____

Firma del Paciente / Guardián (en caso de menores)

Escriba su Nombre con letra de imprenta

Relacion con el Paciente Propio Padres Guardian Otro: _____
Especifique

Recibo de Aviso De Practicas De Privacidad

Yo he recibido el Aviso de Practicas de Privacidad

Firma _____ Fecha _____
Paciente/Esposo(a)/Ente de Responsabilidad Financiera

Relacion, si es otro que el paciente: Esposo(a) Padres Hermanos Guardian
 Otro: (especifique) _____

Account Number _____

To be completed by office staff (Para ser completado por la Administración)