

## FORMA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_

HORA DE LA CITA: \_\_\_\_\_

### PERFIL DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_M\_\_\_F # SS DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ RAZA \_\_\_\_\_ ETHNICIDAD \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C. POSTAL \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

# SS DEL PADRE/GUARDIAN: \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_ # DE TEL \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ C. POSTAL \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO \_\_\_\_\_ # DE TRABAJO \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

PERSONA ENCARGADA DE LA POLIZA \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

# SS \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SEGURO \_\_\_\_\_ # DE POLIZA \_\_\_\_\_ # DEL GRUPO \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE \_\_\_\_\_ # DE TELEFONO \_\_\_\_\_

PARENTESCO \_\_\_\_\_

### RECOMENDACIONES

RECOMENDADO POR \_\_\_\_\_ DOCTOR ANTERIOR \_\_\_\_\_

EL EXPEDIENTE MEDICO FUE PEDIDO POR SU DOCTOR ANTERIOR? \_\_\_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SI, FAVOR DE ESCRIBIR LA FECHA \_\_\_\_\_

YO AUTORIZO EL PERMISO DE PEDIR CUALQUIER INFORMACION MEDICA NECESARIA PARA EL PROCESO DE MIS RECIBOS. YO DOY PERMISO A QUE UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO SEA USADA EN LUGAR DEL DOCUMENTO ORIGINAL. YO AUTORIZO QUE LOS PAGOS DE LOS BENEFICIOS MEDICOS DEL PACIENTE SEAN PAGADOS A ESTA PRACTICA.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



**DR. LIVANIA ZAVALA MD, PA FAAP**

**4709 SOUTH JACKSON**

**EDINBURG, TX 78539**

## **Notificacion de Poliza de Practicas Privadas (HIPPA)**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion del Paciente:

Calle/ PO Box: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal: \_\_\_\_\_

### **POR FAVOR DE LLENAR U OMITA TODAS LAS QUE SEAN NECESARIAS:**

Numeros de Telefono:

Casa: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma: Padre/Madre o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **POR FAVOR DE ENLISTAR A TODAS LAS PERSONAS QUE USTED AUTORIZA A TRAER A SU HIJO (S) PARA CITAS Y TRATAMIENTOS:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma: Padre/Madre o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **POR FAVOR DE ENLISTAR SI USTED AUTORIZA QUE SE LES MANDE**

**INFORMACION ELECTRONICA:** Ex: record de vacunas, laboratorios, visitas, escusas, cobros o recibos

Email: \_\_\_\_\_ Texto: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma: Padre/Madre o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



**DR. LIVANIA ZAVALA MD, PA FAAP**  
**4709 SOUTH JACKSON**  
**EDINBURG, TX 78539**

## Consentimiento Para Tratamiento Medico

Yo, \_\_\_\_\_ con mi firma doy consentimiento para el tratamiento medico solamente cuando el paciente(s) esten acompañados de mi/ nosotros o algun guardian legal a menos que sea alguien autorizado previamente por llamada o por escrito

Yo, doy consentimiento de que mi hijo (a)/(s) reciba (n) o se le(s) practiquen, LABORATORIOS, PROCEDIMIENTOS, VACUNAS y INYECCIONES en la oficina.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma: Padre/Madre o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

# CUESTIONARIO DEL HISTORIAL MEDICO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
EDAD

## HISTORIAL DE NACIMIENTO

PESO DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

EL BEBE NACIO ANTES O DESPUES DE LAS 40 SEMANAS \_\_\_\_\_

DURANTE EL EMBARAZO LA MAMA:

FUMO:  SI  NO TOMO ALCOHOL:  SI  NO

USO ALGUN MEDICAMENTO:  SI  NO NOMBRE \_\_\_\_\_ CUANDO \_\_\_\_\_

CUAL FUE LA FORMA DE ALIMENTACION DEL BEBE AL NACER:  LECHE MATERNA  FORMULA

EL BEBE FUE DADO DE ALTA AL MISMO TIEMPO QUE LA MAMA?  SI  NO

## GENERAL

USTED CONSIDERA QUE SU HIJO ESTA EN BUENA SALUD?  SI  NO RAZON \_\_\_\_\_

SU HIJO PADECE SE ALGUNA ENFERMEDAD SERIA?  SI  NO CUAL \_\_\_\_\_

SU HIJO A TENIDO ALGUN TIPO DE CIRUGIA?  SI  NO CUANDO \_\_\_\_\_

A ESTADO SU HIJO HOSPITALIZADO?  SI  NO RAZON \_\_\_\_\_

ES SU HIJO ALERGICO ALGUNA MEDICINA?  SI  NO CUAL \_\_\_\_\_

ESTA USTED PREOCUPADA (O) POR EL DESARROLLO DE SU HIJO?  SI  NO RAZON \_\_\_\_\_

## HISTORIAL FAMILIAR

ALERGIAS NASALES  SI  NO QUIEN \_\_\_\_\_

ASTHMA  SI  NO QUIEN \_\_\_\_\_

TUBERCULOSIS  SI  NO QUIEN \_\_\_\_\_

PROBLEMAS DEL CORAZON  SI  NO QUIEN \_\_\_\_\_

PRESION ALTA  SI  NO QUIEN \_\_\_\_\_

ANEMIA  SI  NO QUIEN \_\_\_\_\_

PROBLEMAS DE SANGRADO  SI  NO QUIEN \_\_\_\_\_

PROBLEMAS DEL HIGADO  SI  NO QUIEN \_\_\_\_\_

PROBLEMAS IMUNOLOGICOS COMO VIH  SI  NO QUIEN \_\_\_\_\_

## HISTORIAL PASADO

SU HIJO TIENE O A TENIDO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O COMPLICACIONES:

ALERGIAS NASALES  SI  NO CUANDO \_\_\_\_\_

PROBLEMAS CON LA VISTA  SI  NO CUANDO \_\_\_\_\_

ASTHMA, BRONCHITIS, NEUMONIA  SI  NO CUANDO \_\_\_\_\_

ALGUN PROBLEMA CON EL CORAZON  SI  NO CUANDO \_\_\_\_\_

ANEMIA O PROBLEMAS DE SANGRADO  SI  NO CUANDO \_\_\_\_\_

TRANSFUSION DE SANGRE  SI  NO CUANDO \_\_\_\_\_

DOLOR ABDOMINAL FRECUENTE  SI  NO CUANDO \_\_\_\_\_

ESTRENIMIENTO CRONICO  SI  NO CUANDO \_\_\_\_\_

DOLORES DE CABEZA FRECUENTES  SI  NO CUANDO \_\_\_\_\_

CONVULSIONES O ALGUN PROBLEMA NEUROLOGICO  SI  NO CUANDO \_\_\_\_\_

DIABETES  SI  NO CUANDO \_\_\_\_\_

PROBLEMAS DE TIROIDE  SI  NO CUANDO \_\_\_\_\_

ALGUNA OTRA ENFERMEDAD O PROBLEMA  SI  NO CUANDO \_\_\_\_\_



