

REGISTRATION SHEET • HOJA DEL REGISTRO

PLEASE PRINT/ FAVOR DE IMPRIMIR

Today's Date/ Fecha: _____

PATIENT INFORMATION (MINOR CHILD)

Child's Name / Nombre del niño(a) _____

Male/ Niño **Female/ Niña** **Last / Apellido** _____ **First / Primer Nombre** _____ **MI / Inicial** _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____ **SS#/ Número de Seguridad Social** _____

Address/ Dirección _____ **City/ Ciudad** _____ **State/ Estado** _____ **Zip/ Código** _____

Siblings/ Hermanos(as)

Name/ Nombre _____	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Name/ Nombre _____	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Name/ Nombre _____	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Name/ Nombre _____	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Name/ Nombre _____	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____

PARENT INFORMATION (PERSON RESPONSIBLE FOR BILLS)

Name/ Nombre _____ **Relationship to Patient/ Relación al paciente** _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____ **SS#/ Número de Seguridad Social** _____

Address/ Dirección _____ **City/ Ciudad** _____ **State/ Estado** _____ **Zip/ Código** _____

Home Phone/ Teléfono Casero _____ **Cell/ Célular** _____ **Work/ Trabajo** _____

Employer Name/ Nombre de Trabajo _____

Employer Address/ Dirección de Trabajo _____ **City/ Ciudad** _____ **State/ Estado** _____ **Zip/ Código** _____

PRIMARY INSURANCE INFORMATION

Insured Party Employer (Employee)/ Empleado _____

Last / Apellido _____ **First / Primer Nombre** _____ **MI / Inicial** _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____ **Relationship to Patient/ Relación al paciente** _____

Address/ Dirección _____ **City/ Ciudad** _____ **State/ Estado** _____ **Zip/ Código** _____

SS#/ Número de Seguridad Social _____ **DL#/ # de Licencia** _____ **State/ Estado** _____

Employer Ins. Plan?/ ¿Régimen de seguros de trabajo? YES/Si NO

Insured Party's Employer/ Empleador _____ **Plan Name/ Nombre del plan** _____

Policy / ID#/ Política _____ **Group #/ # de Grupo** _____

Home Phone/ Teléfono Casero _____ **Cell/ Célular** _____ **Work/ Trabajo** _____

ADDITIONAL INSURANCE INFORMATION

Insured Party Employer (Employee)/ Empleado _____

Last / Apellido _____ **First / Primer Nombre** _____ **MI / Inicial** _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____ **Relationship to Patient/ Relación al paciente** _____

Address/ Dirección _____ **City/ Ciudad** _____ **State/ Estado** _____ **Zip/ Código** _____

SS#/ Número de Seguridad Social _____ **DL#/ # de Licencia** _____ **State/ Estado** _____

Employer Ins. Plan?/ ¿Régimen de seguros de trabajo? YES/Si NO

Insured Party's Employer/ Empleador _____ **Plan Name/ Nombre del plan** _____

Policy / ID#/ Política _____ **Group #/ # de Grupo** _____

Home Phone/ Teléfono Casero _____ **Cell/ Célular** _____ **Work/ Trabajo** _____

PARENTAL CONSENT INFORMATION

I, _____ give permission for
Yo, _____ Parent/ Legal Guardian/ Padre doy permiso para que

_____ to seek medical treatment for my child in my absence.
_____ Recibirá tratamiento médico para mi hijo(a) sin mi presencia.
Executor/ Ejecutor **Relationship to Child/ Relación al niño**

Witness/ Testigo _____ **Date/ Fecha** _____

Emergency Contact Name _____	Relationship _____	Phone Number _____
Nombre de contacto de la emergencia	Relación	Número de teléfono

AUTHORIZATION TO PAY BENEFITS TO PHYSICIAN

I hereby authorize payment directly to the Physician of the surgical and/ or Medical Benefits, if any, otherwise payable to me for his/her services as described, realizing I am responsible to pay for non-covered services.

I also authorize the Physician to release any information acquired in the course of treatment necessary to process insurance claims.

Signature (Patient or Parent if Minor) / Firma **Date/ Fecha**

PATIENT MEDICAL HISTORY • HISTORIAL MÉDICO PACIENTE

Child's Name _____
Nombre del niño/niña

Birth Date ____/____/____
Fecha de nacimiento

Age _____
Edad

FAMILY / FAMILIA

Mother's Age _____ **Occupation** _____
Edad de la madre Ocupación

Father's Age _____ **Occupation** _____
Edad del padre Ocupación

Siblings/Hermanos	Age/Edad	Sex/Sexo	Health/Salud

**ANY FAMILY HISTORY OF:
ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE UN HISTORIAL DE:**

What / ¿Qué?	Who? / ¿Quién?
Alcoholism/Alcoholismo	
Allergies/Alergias	
Anemia	
Asthma/Asma	
Birth Defects/Defectos de Nacimiento	
Cancer/Cáncer	
Cystic Fibrosis/Fibrosis Cística	
Diabetes	
Drug Abuse/Abuso de Drogas	
Emotional Problems/ Problemas Emocionales	
Epilepsy/Seizures/Fits Epilepsia/Ataques	
Excessive Bleeding or Bruising/ Sangrado o Moretones Excesivos	
Family Violence and/or Child Abuse Violencia Familiar o Abuso Infantil	
Heart Disease/Enfermedad del Corazón	
Heart Attack or Stroke under age 55 yrs Ataque al Corazón o Emolia antes de los 55 años	
High Blood Pressure/Alta Presión	
High Cholesterol and/or Triglycerides Colesterol Alto y/o Triglicéridos	
Sickle Cell Disease/ Anemia de Glóbulos Faláformes	
Other/Otro	

Crept/Crawled/ Arrastró/Gateó _____ **months/** meses
Walked alone/ Camió solo _____ **months/** meses

Does anyone in the home smoke? Yes/Si No
¿Alguien en la familia fuma?

Is this child often around a smoker? Yes/Si No
¿Este niño esta frecuentemente cerca de un fumador?

Does your water have fluoride? Yes/Si No
¿Su agua tiena fluoruro?

Unknown/No Sabe

BIRTH HISTORY / ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO

Pregnancy # _____ **of** _____ **total**
(Child # _____ of twins or triplets or _____)

Es el embarazo # _____ de _____ en total
(Es el niño # _____ de cuates o trillizos o _____)

Mother's problems/illnesses during pregnancy:
Enfermedades/problemas de la madre durante el embarazo:

- Full Term/** Tiempo Completo
 Premature/ Prematuro _____ **weeks/** semanas
 Normal Delivery **C-section** **Breech**
Parto Normal Cesárea Nalgas

Hospital _____

Birth Weight/ Peso al Nacer _____ **lbs** _____ **ozs**

Length/ Longitud _____ **inches**

Apgar Scores/ Puntaje de Apgar _____/_____

Blood Type/ Tipo de Sangre _____

In Hospital/ En el Hospital _____ **days/** días

Circumcised?/ ¿Circuncidado? Yes/Si No

Complications?/ ¿Complicaciones? Yes/Si No

FEEDING HISTORY / ANTECEDENTES ALIMENTICIOS

Breast Fed **Every** _____ **hours for** _____ **minutes**
Se Amamantó Cada _____ horas por _____ minutos

Formula Name _____
Nombre de la Leche en Polvo
_____ **ounces every/** onzas cada _____ **hours/** horas

Frequent formula changes? Yes/Si No
¿Hubo cambios frecuentes en la leche?

Whole milk given at _____ **months** _____ **ozs per day**
Se le dio leche entera a los _____ meses _____ ozs por día

Milk used: whole 2% 1% 1/2% skim/
Leche usada: entera _____ descremada

Foods added at _____ **months**
Se agregaron alimentos a los _____ meses

Appetite: Good Fair Poor Picky
Apetito: Bueno Regular Pobre Quisquilloso

Likes: meats/ carnes vegetables/ verduras
Gustos: fruits/ frutas cereals/ cereales

Rejects: meats/ carnes vegetables/ verduras
Rechazos: fruits/ frutas cereals/ cereales

DEVELOPMENT / DESARROLLO

Rolled over/ Se volteó solo _____ **months/** meses
Sat alone/ Se sentó solo _____ **months/** meses

Clear words/ Palabras claras _____ **months/** meses
Sentences/ Oraciones _____ **months/** meses

Dry at night/ Seco de noche _____ **months/** meses

Grade in school/ Año escolar _____

School performance: Good Fair Poor
Desempeño escolar: Bueno Regular Pobre

Child's Name / Nombre del niño(a) _____ Today's Date/ Fecha ____/____/____

CHILDHOOD ILLNESSES (CHICKENPOX, EAR INFECTIONS, ETC.)
ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ (VARICELA, INFECCIONES DE LOS OÍDOS, ETC.)

Month / Year Mes / Año	Age Edad	What? ¿Qué?

HOSPITALIZATIONS & SURGERIES
HOSPITALIZACIONES Y CIRUGIAS

Hospital	Month / Year Mes / Año	Age Edad	Reason Razón

ACCIDENTS & INJURIES (BROKEN BONES, STITCHES, ETC.)
ACCIDENTES Y LESIONES (HUESOS QUEBRADOS, PUNTADAS, ETC.)

Month / Year Mes / Año	Age Edad	What Happened? ¿Qué Paso?

MEDICINE OR DRUG ALLERGIES
ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Drug Medicamento	Age Edad	What Happened? ¿Qué Paso?

OTHER ALLERGIES (ANIMALS, PLANTS, HAY FEVER, ETC.)
OTRAS ALERGIAS (ANIMALES, PLANTAS, FIEBRE DEL HENO, ETC.)

Allergic to: Alérgico a:	Age Edad	Skin Tested: ¿Se hizo prueba en la piel?	What happened? ¿Qué Paso?
		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	

DOES THIS CHILD TAKE ANY MEDICINES FREQUENTLY?
¿ESTE NIÑO/NIÑA TOMA MEDICAMENTOS FRECUENTEMENTE?

Medicine Medicina	Started Empezó	How Often? ¿Qué Tan Seguido?	Why? ¿Por Qué?

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA EL LANZAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

I hereby authorize:/ Autorizo:

(Previous Providers or Clinics, Health Dept. / Doctores Anteriores o Clinicas, Departamento de Salud)

Address (include City/State)/ Dirección _____

Phone/ Teléfono _____ **Fax** _____

to release information to:/ que le de información a:

PREMIER PEDIATRICS
705 E. Marshall Ave., Suite 1002
Longview, TX 75601
(903) 247-7700 • Fax (903) 238-9185

Patient Name (Please Print)/ Nombre del paciente

Social Security #/ Número de Seguridad Social

Date/ Fecha

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento

Information to be released:/ Información que se puede recibir:

___ **Initial Examination/ Examinación inicial**

___ **Discharge Summary/ Resumen de la Descarga**

___ **Follow-up Care Progress Notes/ Notas de progreso**

___ **Office Visit Notes/ Notas de la Oficina**

___ **Special Procedure Results/ Notas de Procedimientos**

___ **ALL RECORDS/ TODO EL EXPEDIENTE**

The above information is released for the following purpose and that purpose only. Any other use is forbidden: ESTABLISH CARE WITH PREMIER PEDIATRICS.

La información antedicha se lanza para el propósito siguiente y ese propósito solamente. Se prohíbe cualquier otro uso: ESTABLEZCA EL CUIDADO CON PREMIER PEDIATRICS.

ALL RECORDS include any and all medical records regarding my treatment, hospitalization and/or outpatient care for my condition including, but not limited to, psychological or psychiatric impairment, drug abuse and/or alcoholism, sickle cell anemia, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), AID's related complex (ARC), and HIV antibody testing.

This authorization will expire thirty (30) days from the date of my signature or as otherwise specified by date, event, or condition as follows:

Esta autorización expirará treinta (30) días a partir de la fecha de mi firma o según lo especificado de otra manera por la fecha, acontecimiento, o condicione como sigue:

Signature of Parent or Authorized Legal Representative/ Firma

Date/ Fecha

Relationship to Patient/ Relación al paciente

Witness Signature/ Testigo

Premier Pediatrics POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir a Premier Pediatrics como su abastecedor del cuidado médico. Una hoja de información paciente y una información actual del seguro se requiere antes de ver al médico. Es su responsabilidad informar a nuestra oficina cualquier cambio que implica estos documentos.

Los siguientes son nuestros requisitos para el pago de servicios médicos:

En relación con el honorario para los servicios del paciente

Requerimos el pago por completo para los servicios proporcionados a los pacientes sin seguro. El pago se puede hacer por el efectivo, el cheque, la orden de dinero, o el de la tarjeta de crédito (Visa/MasterCard).

En relación con arreglos financieros

Entendemos que los costes a veces médicos pueden ser altos y/o los fondos no son fácilmente disponibles y los arreglos del pago es necesario. Es nuestra política que estos arreglos se hagan antes de los servicios que son realizados. Le tendremos firmar un “acuerdo” con los arreglos especificados para el pago.

En relación con las aseguransas

Aceptaremos la asignación de ventajas de su seguro primario y de un otro seguro. Una copia de sus tarjetas del seguro es requerida por nuestra oficina, y cualquier cambio se debe traer a nuestra oficina. Si su política tiene un deducible o la responsabilidad paciente co-paga, después le requerirán hacer ese pago a la hora de servicio a menos que se hayan tomado las medidas anteriores. **La falta de proveer de nuestra oficina la información actual del seguro que ésta lleva al no pago de la compañía de seguros dará lugar al equilibrio que es transferido a la responsabilidad paciente.**

En relación con servicios no cubiertos

Esté enterado por favor que el Medicaid y algunas compañías de seguros consideran ciertos servicios pues se esperará que los servicios no cubiertos, por lo tanto, usted paguen estos servicios.

En relación con regímenes de seguros donde estamos abastecedor participante

Todo co-paga y los deductibles son debidos antes del tratamiento.

En relación con equilibrios atrasados de cuenta de la Paciente-Responsabilidad

Si no se ha hecho ningún pago en el equilibrio de la paciente-responsabilidad en el plazo de 180 días, cargaremos interés en ese equilibrio a un índice de el 7%, compuesto anualmente, comenzando con el día 181.

Tarifas generalmente y acostumbradas

Nuestra práctica está confiada a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes, y cargamos cuál es generalmente y acostumbrado para nuestra área.

He leído y acuerdo seguir los términos de esta política financiera.

Firma de Padres

Fecha

Premier Pediatrics
705 E. Marshall Ave., Suite 1002
Longview, TX 75601

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

La asistencia médica es un servicio del cuidado paciente proporcionado en respuesta a una amplia gama de las necesidades de la asistencia médica de todas las edades sin importar el género, color, la raza, el credo, el origen nacional, o la inhabilidad cinco días a la semana en Premier Pediatrics.

El propósito de la asistencia médica es:

- Para tratar enfermedad, lesión, e inhabilidad por la examinación, la prueba, y el uso de procedimientos en la ayuda de la diagnosis y del tratamiento.
- Para obtener la información necesitó en pacientes de diagnóstico y de examen.
- Para prevenir o reducir al mínimo inhabilidad física y mental residual.
- Para ayudar a pacientes en la realización de su potencial máximo dentro de sus capacidades.
- Para acelerar convalecencia y reducir la longitud de la recuperación funcional.

Todos los procedimientos serán explicados a fondo a usted antes de que se preformen. No se le espera que experimente ningún aumento en su nivel actual de dolor o de malestar. Usted debe parar cualquier procedimiento antes de que usted experimenta cualquier aumento en su nivel actual de dolor o de malestar.

Esta facilidad tiene en el personal un ayudante del médico y de la enfermera del médico. Ambos han recibido el entrenamiento y la educación avanzados en la disposición del cuidado médico. Ambos pueden diagnosticar, tratar, y supervisar enfermedades agudas y crónicas comunes así como proporcione el cuidado del mantenimiento de la salud.

De acuerdo con esta información, acuerdo cooperar completamente, participar en todos los procedimientos de la asistencia médica, y conformarme con el plan del cuidado mientras que se establece. Consiento por este medio a los servicios de un médico o de nivel medio (el ayudante del médico / la enfermera del médico). También entiendo que puedo pedir en cualquier momento para ver a un médico algo que un abastecedor de nivel medio.

Para su seguridad personal, no utilice ningún equipo ni entre en el área del laboratorio sin el permiso.

Yo Reconozco que he leído y las copias recibidas de la autorización para el tratamiento y las derechas y las responsabilidades del paciente.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma de Padres

Firma de Personal

Premier Pediatrics

705 E. Marshall Ave., Suite 1002
Longview, TX 75601

ACKNOWLEDGEMENT OF PRIVACY PRACTICES
RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE LA AISLAMIENTO

I, _____ **acknowledge that**
Yo _____ **(Name of Guardian/ Nombre del Guarda)** reconozca que he

I have read and understand the Notice of Privacy Practices as given
leído y entiendo el aviso de las prácticas de la aislamiento dado

to me this _____ day of _____, 20__.
a mí este **(Day/ Día)** día de **(Month/ Mes)** **(Year/ Año)**

Signature/ Firma _____

Printed Name/ Nombre _____

Witness/ Testigo _____

Patient Name/ Nombre del Paciente _____

Social Security Number/ Número de Seguridad Social _____

PREMIER

PEDIATRICS

Providing Care From Birth Through Adolescence



Querido Padres,

Quisiéramos informarles de nuestra política sobre las citas anuales. Debido a los retardos que se repiten, al papeleo adicional, y tiempo limitado, les pidemos que estén quince (15) minutos (por niño/niña) antes de su tiempo programado de la cita. Si no puede llegar a tiempo lo asistiremos con aserle otra cita, in otro dia. Su cooperación con esta regal nos ayudara darle a su familia tratamiento de calidad en forma ordenada. Gracias por su asistencia.

Traiga por favor el expediente del tiro de su niño con usted a cada visita y la mantendremos hasta la fecha. Si usted pierde el expediente del tiro y requiere un reemplazo, habrá un cargo nominal a la hora de reemplazo. Gracias por su consideración.

Sinceramente,

Samantha Chaikin, DO
KAE McCrory, DO
Mynda Waldrop, MD
Michelle McCaskill, PA-C
Genie Bartlett, RN, FNP-C

Firma de Padres

Fecha

SAMANTHA CHAIKIN, DO • K.A.E. MCCRORY, DO • MYNDA WALDROP, MD
MICHELLE MCCASKILL, PA-C • GENIE BARTLETT, RN, FNP-C
705 EAST MARSHALL AVE., SUITE 1002 • LONGVIEW, TX 75601
(903) 247-7700 • FAX (903) 238-9185

PREMIER

PEDIATRICS

Providing Care From Birth Through Adolescence



¿CÓMO USTED OYÓ HABLAR NUESTRA CLÍNICA?

¡Bienvenidos a nuestra clínica! Estamos felices de tener a usted y a sus hijos como pacientes. Para ayudar a nuestra clinica nos puede decir como esucho de la clinica por favor:

- Periodico
- Vecino/Amigo(a), ¿quien? _____
- Pajina Amarillas
- Oficina de Doctor(a), ¿cuál? _____
- Otro _____



Gracias,

Premier Pediatrics

SAMANTHA CHAIKIN, DO • K.A.E. McCRORY, DO • MYNDA WALDROP, MD
MICHELLE McCASKILL, PA-C • GENIE BARTLETT, RN, FNP-C
705 EAST MARSHALL AVE., SUITE 1002 • LONGVIEW, TX 75601
(903) 247-7700 • FAX (903) 238-9185

TEXAS VACCINES FOR CHILDREN PROGRAM / PROGRAMA DE TEXAS DE VACUNAS PARA NIÑOS

Patient Eligibility Screening • Consent For Tracking

Información Sobre la Elegibilidad del Paciente • Consentimiento Para Immrac

Date / Fecha _____ Clinic Site / Lugar de Clinica _____

Child's Name / Nombre del niño _____ Social Security # _____
Last / Apellido First / Primer Nombre MI / Inicial Número de Seguridad Social

Child's Date of Birth ____/____/____ Sex _____ Race _____ Parent/Guardian _____
Fecha de nacimiento del niño Sexo Raza Padre/Tutor legal de la persona vacunada

The above-named child (check ONE category that applies):

El niño nombrado (marque la categoría correspondiente):

- Is enrolled in Medicaid or /** Recibe beneficios por Medicaid o
- Does not have health insurance or /** No tiene seguro de salud o
- Is an American Indian or Alaskan Native or /** Pertenece a una tribu indigena de los Estados Unido o pertenece a un grupo indigena de Alaska o
- Is underinsured (has health insurance that does not pay for vaccines) or /** Tiene un seguro de salud limitado (su seguro NO paga las vacunas) o
- Has health insurance that pays for vaccines or/** Tiene seguro que paga para vacunas o
- Is enrolled in the Children's Health Insurance Program (CHIP) or /** Recibe beneficios por Children's Health Insurance Program (CHIP) o
- Is a patient who is served by any type of public health clinic and does not meet any of the above criteria /** Es un paciente que se atiende en clinicas de salud pública y no está incluido en ninguna de las categorías anteriores

1. I authorize the placement of my child's demographic information and immunization record into the Texas Department of Health's Immunization Registry.

Autorizo que la información demográfica y el récord de inmunizaciones de mi hijo/hija se pongan en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.

2. I authorize the Texas Department of Health's Immunization Registry to release past, present, and future immunization records on my child to a parent of the child and any of the following: public health district, local health department, physician to the child, school in which the child is enrolled, and/or child care facility in which the child is enrolled.

Autorizo al Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas para que disemine cualquier información pasada, presente, y futura en los sobre las inmunizaciones de mi hijo/hija a mí o a cualquiera de las siguientes personas o agencias: distrito de salud pública, departamento de salud local, médico del niño/niña, escuela en que está inscrito el niño/niña, guardería en que está inscrito el niño/niña.

3. I understand that I may withdraw the consent to place information on my child in the immunization registry and my consent to release information from the registry at any time by written communication to the Texas Department of Health, Immunization Registry, 1100 W. 49th Street, Austin TX 78756.

Entiendo que puedo retirar mi autorización para poner la información sobre mi hijo/hija en el registro de inmunizaciones, y que puedo retirar mi autorización para deseminan información del registro en cualquier momento escribiendo al Texas Department of Health, Immunization Registry, 1100 W. 49th Street, Austin TX 78756.

Yes. Add my child's information into the Texas Department of Health's Immunization Registry.
Sí. Ponga la información de mi hijo/hija en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.

No. Do not add my child's information into the Texas Department of Health's Immunization Registry.
No. No ponga la información de mi hijo/hija en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.

Parent/Guardian Signature

Firma del padre/del guarda

