



FORMULARIO DE REGISTRO PEDIÁTRICO

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Si un menor _____
Nombre de la Madre/Tutor Legal Nombre de la Madre/Tutor Legal

Sex: () Masculino () Femenino () U Seguro Socail # _____

Género () Masculino () Femenino () Transexual Masculino () Transexual Femenino () Other () Niega Reporta

Sexual Orientation: () Lesbiana, gay u homosexual () Recto o heterosexual () Bisexual () Algo diferente () No se () Niega Reporta

Dirección Postal _____ Dpto/Suite _____
Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono # _____ Celular # _____ ¿Mejor forma de encontrarle? [] Casa [] Celular

Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____

Correo Electronico: _____

Grupo Étnico [] Indio Americano/Originario de Alaska [] Asiático [] Negro/Afroamericano [] Hispano
[] Latino [] Originario de Hawai [] Otro Isleño del Pacífico [] Rehusó Reportar [] Blanco

Idioma: [] Inglés [] Lenguaje a Señas [] Español [] Otro (Por favor indique idioma) _____

Característica: [] Trabajador Inmigrante [] Trabajador por Temporada [] Indigente [] Indigente en Refugio
[] Transicional/Visitante [] Hogar con Varias Familias [] Desconocido [] Otro

Fuente de Referencia (¿Cómo escuchó de nosotros?): [] Feria/Evento de Salud [] Pariente/Amigo [] Periódico [] Internet
[] Guía Telefónica [] Boca a Boca [] Hospital/Agencia/Médico _____
Nombre del hospital/agencia/medico

El Centro Medico ReGenesis ofrece una farmacia interna dentro de nuestra ubicacion en Church Street. Si desea que su receta sea administrada en nuestra ubicacion, por favor marque aqui. () De otra manera, por favor escriba el nombre, direccion y telefono de la Farmacia de su preferencia:

Sólo Para Propósitos de Información

Ingreso Anual del Hogar _____ Tamaño de la Familia _____ ¿Es usted veterano? [] Sí [] No

INFORMACIÓN LABORAL DEL PACIENTE (PADRE/TUTOR)

Situación Laboral: [] Tiempo completo [] Medio tiempo [] Desempleado [] Retirado [] Por temporada [] Inmigrante

Estudiante: [] Tiempo completo [] Medio tiempo

Empleador _____

Dirección _____

Ciudad/Estado _____ Código postal _____

Teléfono del Empleador # _____ Podemos contactarle en el trabajo: [] Sí [] No

INFORMACIÓN DE SEGUROS DEL PACIENTE (PADRE/TUTOR)

*Se requieren co-pagos al momento de la visita y/o el pago de los servicios no están cubiertos por el seguro.

[] Seguro Privado [] Pago Propio [] Comp de Trabajador [] Discapacitado [] Otro

[] Medicare# _____ [] Medicaid# _____

Compañía de Seguros _____ Nombre del Asegurado _____

Grupo# _____ Póliza# _____

SS# _____ DOB _____

Empleador _____ Teléfono del Empleador # _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

*Autorizo la divulgación de cualquier información médica de mi registro, a la compañía de seguros nombrada arriba, a fin de procesar mi reclamo. _____

Firma del Paciente, Tutor o Representante Legal / Fecha



INFORMACIÓN DEL PARIENTE/TUTOR

Nombre & Relación del Adulto que Acompaña al Menor _____

Lista de personas que tienen permiso para obtener tratamiento médico para su hijo(a) si usted no puede acompañarle. La persona debe proveer identificación con fotografía al momento de la visita.

Nombre _____ Relación _____
_____ Relación _____

ReGenesis Health Care sólo comunicará información acerca de su cuidado, o el de su hijo(a) menor, a aquellas personas que hubiera autorizado. Por favor ponga abajo los nombres de cualquier pariente, así como la relación con usted, al que autorice que ReGenesis Health Care se comunique en relación a su cuidado.

AUTORIZO QUE SE COMPARTA MI INFORMACIÓN MÉDICA CON LAS SIGUIENTES PERSONAS:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Firma del Paciente (Pariente/Tutor) _____ Fecha: _____

¿Cómo le gustaría que le contacten en relación a citas, tratamiento u otra información relacionada a su cuidado?

____ Correo ____ Teléfono de Casa ____ Teléfono del Trabajo

Si tiene una máquina contestadora, ¿podríamos dejarle un mensaje no específico relacionado a citas u otra información relacionada a su cuidado? ____ Sí ____ No

Si no autoriza el uso de ninguno de estos métodos, entonces por favor indique cualquier método alternativo que podríamos usar para contactarle: _____

Firma del Paciente (Pariente/Tutor) _____

Fecha: _____

Nombre de farmacia que usa: _____



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO / AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / RECONOCIMIENTO DE LIBERACIÓN DE BENEFICIOS

Las siguientes son las condiciones de los servicios provistos por ReGenesis Health Care para el paciente cuyo nombre aparece al final de esta página.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Yo consiento voluntariamente al tratamiento médico y a los procedimientos de diagnóstico provistos por ReGenesis Health Care y sus médicos, clínicos y otro personal asociado. Consiento a que se me realicen pruebas de enfermedades infecciosas, tales como, sin limitación, sífilis, SIDA, hepatitis y pruebas de drogas si mi médico lo considera aconsejable. Soy consciente que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y reconozco que no se ha realizado ninguna garantía en cuanto al resultado de los tratamientos y exámenes.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

ReGenesis Health Care está autorizada a divulgar cualquier información médica requerida en el procesamiento de solicitudes o en la presentación de información para cobertura financiera y mayores tratamientos médicos. A incluir información referida a cuidados psiquiátricos, ataque sexual o pruebas de enfermedades infecciosas incluyendo SIDA/VIH para servicios provistos durante esta visita. También acepto la divulgación de información médica o de otro tipo acerca mío, a agencias regulatorias federales o estatales del gobierno, de acuerdo a lo requerido por ley.

CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Garantizo el pago de todos cargos realizados para el paciente o por su cuenta y cedo mis derechos sobre cualquier beneficio de seguro u otro financiamiento a ReGenesis Health Care. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por el seguro u otras formas de beneficios.

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido o leído una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. El aviso describe cómo se podría Usar o divulgar mi información de salud. Entiendo que debería leerlo con cuidado. Soy consciente que el Aviso podría cambiar de cuando en cuando. Se puede acceder al Aviso de Prácticas de Privacidad en www.myrhc.org.

Firma del Paciente, Tutor o Representante Legal

Fecha

Si se firma por persona distinta al paciente, relación con el paciente: _____

Testigo (Personal): _____

Fecha

***Esta organización está obligada a mantener la privacidad y confidencialidad de su información de salud y proveerle un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recolectamos y mantenemos acerca suyo.**



HISTORIAL MÉDICO PEDIÁTRICO

Esta página se refiere con el historial de embarazo de la madre y el historial de nacimiento del hijo(a). Por favor complete esta página sólo si su hijo(a) tiene 5 años o menos.

1) Durante su embarazo, ¿recibió atención prenatal?	Sí	No
2) Por favor indique todos los medicamentos que tomó, incluyendo vitaminas prenatales:_____		
3) ¿Consumió algunos de los siguientes productos durante su embarazo?		
Cafeína	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tabaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Drogas de la Calle	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4) Durante su embarazo, ¿tuvo alguna de las siguientes enfermedades?		
Presión Sanguínea Alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes Gestacional	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Rubéola	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cualquier infección, enfermedad o fiebre alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5) ¿Su bebé nació? ___Prematuro (menos de 38 semanas), ___En Tiempo (38-42 semanas) ___Tardío (más de 42 semanas).		
6) ¿Su bebé nació? ___Parto Vaginal Normal, ___Breech (Parte posterior primero), ___Cesárea.		
7) ¿Dónde nació su bebe?_____		
8) Peso del bebé a su nacimiento:___lbs.___oz.		
9) ¿Su bebe se alimentó con leche de?___Pecho,___Fórmula		
10) ¿Su bebé tuvo algún problema médico/ enfermedad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si es así, por favor describa:_____		

HISTORIAL MÉDICO PEDIÁTRICO

Por favor tómese el tiempo de contestar cuidadosamente a cada una de las siguientes preguntas.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Historial Médico Actual:

1) ¿Su bebé tiene alergia a algún medicamento? Sí No

Si es así, por favor indique estos medicamentos, así como el tipo de reacción al mismo:

2) ¿Su hijo(a) tiene cualquier otro tipo de alergia? (Comida, Estaciones, etc.) Sí
 No Si es así, por favor indique:

3) ¿Su hijo(a) está tomando en la actualidad algún medicamento, incluyendo vitaminas, etc.? Sí No Si es así, por favor indique:

4) Indique cualquier problema/condición médica que su hijo(a) hubiera experimentado:

5) Indique cualquier enfermedad, lesión u hospitalización grave:

6) En los últimos seis meses su hijo(a) ha:

Estado inusualmente nervioso o muy excitado

Sí No

Tenido cambios extremos de humor

Sí No

Estado inusualmente desobediente

Sí No

Teniendo problemas en el colegio

Sí No

Por favor marque abajo si su hijo(a) ha tenido alguno de los siguientes problemas.

<u>ENFERMEDADES</u>	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>SISTEMA NERVIOSO</u>	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
Sarampión (10 días)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareo o desvanecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubéola (Sarampión de 3 días)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Periodos de confusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paperas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Convulsiones, ataques o		
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para caminar o		
Anemia/Desorden en la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	balancearse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tos Convulsiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o hinchazón en las		
			articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Esguince, huesos rotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Problemas de postura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Coordinación en los músculos o		
			problemas de fuerza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>OJOS</u>					
Mirada perdida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Problemas de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>PIEL</u>		
Irritación en el ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema/Problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moretes que tardan en sanar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Raspaduras persistentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>OÍDOS</u>					
Infecciones frecuentes del ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>SISTEMA DIGESTIVO</u>		
Problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores frecuentes del		
			estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad al hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea/vómito frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tartamudeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Estreñimiento Frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>BOCA</u>			Gusanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deposición sangrienta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritaciones en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<u>NARIZ Y GARGANTA</u>			<u>SISTEMA GENITOURINARIO</u>		
Garganta irritada con			Problemas con la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina dolorosa/ardiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado frecuente de la nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nariz congestionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Infecciones frecuentes de la			Olor inusual de la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de mojar la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>PULMONES</u>			Descargas del pene/vagina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad al respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tendencia a jadear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>GENERAL</u>		
			Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>CORAZÓN</u>			Sensibilidad inusual al frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTRO:

PROBLEMAS MÉDICOS FAMILIARES

Por favor marque Sí o No en cada problema medico que cualquier pariente sanguíneo hubiera tenido en el pasado, después indique la relación del familiar con el paciente, por ejemplo, abuela, tía, etc.

CONDICIÓN	SÍ	NO	RELACIÓN
Defectos de Nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Defectos Genéticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Retardo Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de los Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad en los Huesos/ Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastorno muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del Ojo u Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anemia/Trastorno en la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión Sanguínea Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de los Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ataques/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastornos Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



IMMUNIZATION EXPECTATIONS

ReGénesis cree que proporcionando vacunas protege al individuo y la comunidad de enfermedades infecciosas. ReGénesis es compatible con las pautas de vacunación establecidas por el CDC. Los padres que optan por no vacunar a sus hijos según el CDC y DHEC requieren vacunas, no se aceptará como nuevos pacientes en el cuidado de la salud regénesis. Los padres que indican que no desean que sus hijos vacunados deben ser aconsejados que ReGenesis no acepta a nuevos pacientes pediátricos que negarse a seguir las recomendaciones del CDC para la inmunización. Esto incluye a nuevos hermanos de niños actualmente vistos en ReGénesis.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del padre o tutor

Fecha



Como tu **Casa médica centrada en el paciente** estamos comprometidos con su salud toda la vida y el bienestar

Casa médica de paciente centrado significa que estamos disponibles durante y después de horas de oficina:

- Queremos ver el mismo proveedor en cada visita; sin embargo, su propio proveedor de puede ser completamente reservado, por lo tanto, que le ayudará a ver uno de nuestros otros proveedores para evitar retrasos.
- Habitualmente tenemos horas de la noche en algunos de nuestros lugares.
- Mantenemos varias citas abiertas para cada proveedor para el mismo día citas.
- Ofrecemos un asesoramiento médico adecuado e información en oficina de horas.
- Contamos con una enfermera en afterhours de llamada (864-582-2411) y los fines de semana cuando la oficina es cerrado.

Casa médica de paciente centrado significa que utilizamos "Evidencia base Care" de corto y largo plazo enfermedades:

- Nos preocupamos por las enfermedades a corto plazo y a largo plazo enfermedades crónicas manage. También ofrecemos servicios de odontología, además, a ofrecer servicios de recetas a través de nuestro farmacia.
- Consejería de salud conductual (CSF) se ofrece a pacientes nuevos que expresan un interés en ver a un especialista de salud mental regénesis salud (RHC) por la remisión después de la visita de un nuevo paciente inicial se ha completado con un médico de atención primaria de RHC.
- BHC también está disponible para pacientes activos, establecidos por solicitar una remisión de su PCP durante una visita, por mensaje de teléfono de su PCP/enfermería, uno mismo-referirse o solicitar una cita del personal de recepción.

Casa médica de paciente centrado significa que organizamos su cuidado médico fuera de nuestra práctica:

- Nosotros seguimiento de pruebas de laboratorio, estudios de imágenes, y referencias de pedido para usted.
- Le ayudamos hacer a especialistas en citas y monitor para ver si ha ido a estas citas.
- Contamos con procesos para asegurar que todos los resultados de las pruebas vienen a tu proveedor para revisión.
- Obtenemos los registros de visitas de ER y hospitalizaciones por lo que permanecen actualizados sus registros. Si usted necesita obtener sus expedientes médicos puede comunicarse con el Departamento de información de salud en el 864-582-2817 ext. 1326.

Casa médica de paciente centrado significa que esperamos que usted sea un participante activo en el autocuidado de su salud:

- Aceptas guardar todas las citas programadas en nuestra oficina, así como con cualquier especialista.
- Estará abierto y honesto en la prestación de su médico con su salud relacionados con la información.
- Usted participará en el desarrollo de un plan de acción para ayudar en cuidado de autogestión.
- Usted nos notifique si cambios en su seguro, recetados o situación financiera.

Casa médica de paciente centrado significa que buscamos activamente mejorar la calidad de nuestros servicios:

- Respetamos su privacidad y mantener la confidencialidad de su información de salud del paciente.
- Pedimos su aportación para los esfuerzos de mejora a través de buzones de sugerencias y satisfacción encuestas.
- Estamos comprometidos con brindar atención de calidad, asequible a todos independientemente de su capacidad de salarios y ningún paciente serán negados servicios de salud debido a la incapacidad de un individuo de pagar por tales servicios.
- Para garantizar el acceso a la atención, RHC proporciona servicios en una descuento (cuota de deslizamiento) tarifa a pacientes cuyo total ingresos cae dentro de ciertos parámetros de las pautas federales de pobreza publicadas por el Departamento de salud y humanos servicios. Cualquier paciente que desean aplicar para seguro de salud puede visite www.healthcare.gov para revisar sus opciones.