

# PEDIATRIC CLINIC WESTBANK

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

NOMBRE DE PACIENTE- \_\_\_\_\_  
APELLIDO, NOMBRE MI  
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL \_\_\_\_\_ DE DESCENDENCIA- \_\_\_\_\_ (RACE)  
FECHA DE NACIMIENTO- \_\_\_\_\_ (DOB) AGE- \_\_\_\_\_ CHICO \_\_\_\_\_ CHICA \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL SEGURO

NOMBRE DEL SEGURO- \_\_\_\_\_ PERSONA QUE TENGA UN SEGURO- \_\_\_\_\_  
NUMERO DE IDENTIFICACION DEL SEGURO- \_\_\_\_\_  
GRUPO O NOMBRE DEL EMPLEADO- \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE PACIENTES

NOMBRE DEL PADRE- \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE MI  
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL- \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO- \_\_\_\_\_ (DOB)  
DIRECCION DE CASA- \_\_\_\_\_ APT \_\_\_\_\_  
CIUDAD- \_\_\_\_\_ ESTADO- \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL- \_\_\_\_\_

NUMEROS DE TELEFONO CASA- \_\_\_\_\_ NUMERO DE CELULAR- \_\_\_\_\_

## EMPLOYER'S INFORMATION

NOMBRE DEL EMPLEADO - \_\_\_\_\_  
DIRECCION DEL EMPLEADO- \_\_\_\_\_ CIUDAD- \_\_\_\_\_  
ESTADO- \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL- \_\_\_\_\_ NUMERO DE TRABAJO- \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE PACIENTES

NOMBRE DE MADRE \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE MI  
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO- \_\_\_\_\_ (DOB)  
DIRECCION DE CASA- \_\_\_\_\_ APT \_\_\_\_\_  
CIUDAD- \_\_\_\_\_ ESTADO- \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL- \_\_\_\_\_

NUMEROS DE TELEFONO CASA- \_\_\_\_\_ NUMERO DE CELULAR- \_\_\_\_\_

## EMPLOYER'S INFORMATION

NOMBRE DEL EMPLEADO - \_\_\_\_\_  
DIRECCION DEL EMPLEADO- \_\_\_\_\_ CIUDAD- \_\_\_\_\_  
ESTADO- \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL- \_\_\_\_\_ NUMERO DE TRABAJO- \_\_\_\_\_

SI USTED TIEN OTROS HIJOS QUE YA SON UNO LISTA DE PACIENTS AQUI

<u>NOMBRE</u>	<u>SEX</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>

## RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

AL FIRMAR A CONTINUACION, AUTHORIZO LA LIBERACION DE INFORMACION PARA PRESENTAR UNA RECLAMACION A LAS COMPANIAS DE SEGUROS INDICADOS ANTERIORMENTE Y ASIGNAR BENEFICIOS QUE CORRESPONDERIA PAGAR A MI. ENTIENDO Y ACEPTO QUE PESAR DE MI CONDICION DE SEGURO, YO SOY EL UNICO RESPONSABLE DEL SALDO DE MI CUENTA. YO ENTIENDO QUE SI MI CUENTA ENTRA EN LAS COLECCIONES, SE AGREGARA UN ADICIONAL DE 1.5% POR MES.. CERTIFICO QUE ESTA INFORMACION ES VERDADERA Y CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO NOTIFICARA A LA OFICINA DE CUALQUIER CAMBIO.

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



PEDIATRIC CLINIC WESTBANK  
351 DICHSNER BLVD. STE. F  
GREENA, LA 70056

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Otros antecedentes médicos:

---



---



---

Antecedentes quirúrgicos: (marque la casilla apropiada)

	FECHA		CIRUJANO/HOSPITAL
Tonsilectomía	SI	NO	
Adenoidectomía (extracción de las adenoides)	SI	NO	
Apendicectomía (extracción del apéndice)	SI	NO	
Tubos en los oídos	SI	NO	
Colocación de tubo de gastrostomía	SI	NO	
Reparación de Hernia	SI	NO	
Cirugía ortopédica	SI	NO	
Cirugía urológica	SI	NO	
Derivación ventriculoperitoneal	SI	NO	

Otros antecedentes quirúrgicos:

---



---



---



PEDIATRIC CLINIC WESTBANK  
 151 OCHSNER BLVD, STE. F  
 METRINA, LA. 70056

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Entorno del hogar:

Numero de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Vive con sus padres biológicos: SI NO

Quien los cuida durante el día (marque con un círculo) Padres Guardianes Parientes Otros: \_\_\_\_\_

Misconos: \_\_\_\_\_

Fuman en la casa: SI NO

Hace ejercicios su niño: SI NO

Tienen una piscina en la casa: SI NO

Tienen detectores de humo en la casa: SI NO

Usan cinturón de seguridad para el niño: SI NO

Toman café, te o bebidas gasosas: SI NO

Tienen armas en su casa: SI NO

Otra información: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estado del padre/madre:

Estado civil del padre/madre (marque con un círculo) Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a) Otro \_\_\_\_\_

Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_

Ocupación del padre: \_\_\_\_\_