



Southwest Pediatric & Family Care, LLC

1020 S 8th st Deming, NM 88030

Phone (575) 936-4350 Fax (575) 936-4351

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE			
Información Del Paciente			
Primer Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:			Número celular: () -
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Número de casa: () -
Otros nombres usados:		Dirección de correo electrónico:	
Genero: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Número de seguridad social:	Idioma preferido:	Licencia de conducir:
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> Compañero de vida	Contacto preferido: <input type="checkbox"/> mail <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> teléfono	Etnicidad: <input type="checkbox"/> se rehúsa a responder <input type="checkbox"/> hispano / latino <input type="checkbox"/> no hispano	Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Procedente de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> hawaiano nativo/ otro pacific <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> Otro
Ocupación:	Nombre del empleador:	Dirección del empleado:	Teléfono del empleador: () -
Persona Responsable (Garante)			
Primer Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:			Número celular: () -
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Número de casa: () -
Número de seguridad social:	Idioma preferido:	Licencia de conducir:	Parentesco con el paciente:
Contacto De Emergencia			
Primer Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:			Número celular: () -
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Parentesco con el paciente:
Seguro Primario			
Compañía de seguros:	Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento:	Parentesco con el paciente:
Número de póliza:		Número de grupo:	
Seguro Secundario			
Compañía de seguros:	Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento:	Parentesco con el paciente:
Número de póliza:		Número de grupo:	



Southwest Pediatric & Family Care, LLC

1020 S 8th st Deming, NM 88030

Phone (575) 936-4350 Fax (575) 936-4351

NUEVA HISTORIA DEL PACIENTE			
Razón para la visita: <input type="checkbox"/> Sin problemas de salud <input type="checkbox"/> Establecer conducta con nuevo proveedor			
1.			2.
3.			4.
Información De La Farmacia			
<i>Farmacia Primaria:</i>		<i>Farmacia Secundaria:</i>	
Nombre:		Nombre:	
Dirección:		Dirección:	
Directivas Avanzadas			
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> No resucitar <input type="checkbox"/> Poder del abogado <input type="checkbox"/> Testamento <input type="checkbox"/> Apoderado para tomar decisiones			
Lista De Medicamentos- lista todos los medicamentos que toma, con receta y sin receta.			
<input type="checkbox"/> no tomo medicamentos			
Nombre del medicamento	Cuántas veces al día	Dosis	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Alergias De Medicamentos y Comidas-Lista todas las alergias conocidas (medicación, comida, animales, etc..)			
<input type="checkbox"/> Sin alergias conocidas			
1.			3.
2.			4.
5.			6.
Historial Médico- Marca si alguna vez ha experimentado las siguientes condiciones y año de inicio			
Condición	Año	Condición	Año
<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	
<input type="checkbox"/> Reflujo ácido		<input type="checkbox"/> Colesterol alto	
<input type="checkbox"/> Anemia		<input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable	
<input type="checkbox"/> Angina		<input type="checkbox"/> Arritmia/palpitaciones	
<input type="checkbox"/> Anorexia/bulimia		<input type="checkbox"/> Problemas articulares	
<input type="checkbox"/> Ansiedad/ ataques de panico		<input type="checkbox"/> Problemas renales	
<input type="checkbox"/> Artritis		<input type="checkbox"/> Problemas hepáticos	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Migranas/ dolores de cabeza	
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular		<input type="checkbox"/> Problemas de movilidad	
<input type="checkbox"/> Hemorragias/coágulos		<input type="checkbox"/> Osteoporosis	
<input type="checkbox"/> Bronquitis		<input type="checkbox"/> Neumonía	
<input type="checkbox"/> Cancer- (Tipo: _____)		<input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos	
<input type="checkbox"/> Dependencia a química / alcohol		<input type="checkbox"/> Problemas prostáticos	
<input type="checkbox"/> EPOC/ enfisema		<input type="checkbox"/> Alergias temporados	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn		<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmision sexual	



Southwest Pediatric & Family Care, LLC

1020 S 8th st Deming, NM 88030

Phone (575) 936-4350 Fax (575) 936-4351

<input type="checkbox"/> Demencia/ alzheimer		<input type="checkbox"/> Condición de dermatologías	
<input type="checkbox"/> Depresión		<input type="checkbox"/> Ataque cerebral	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia	
<input type="checkbox"/> Gota		<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides	
<input type="checkbox"/> Colecistitis		<input type="checkbox"/> Amigdalitis	
<input type="checkbox"/> Problemas ginecologicos		<input type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> Patologías cardiacas/ infarto		<input type="checkbox"/> Úlceras	
<input type="checkbox"/> Hepatitis		<input type="checkbox"/> Problemas urinarios	
<input type="checkbox"/> Otros: _____		<input type="checkbox"/> Otros: _____	

Antecedentes quirúrgicos- Marca o lista todos los procedimientos quirúrgicos y año

Procedimiento quirúrgico	Año	Procedimiento quirúrgico	Año
--------------------------	-----	--------------------------	-----

Ninguno

Sólo Masculinos

<input type="checkbox"/> Cirugía de próstata		<input type="checkbox"/> Vasectomía	
--	--	-------------------------------------	--

Sólo Femeninos

<input type="checkbox"/> Mamoplastia de aumento		<input type="checkbox"/> Mastectomía	
<input type="checkbox"/> Ligadura tubarica		<input type="checkbox"/> Miomectomia	
<input type="checkbox"/> Biopsia mamaria		<input type="checkbox"/> Mamoplastia de reduccion	
<input type="checkbox"/> Cesárea		<input type="checkbox"/> Histerectomía abdominal	
<input type="checkbox"/> Dilatación y curetaje		<input type="checkbox"/> Histerectomía Vaginal	
<input type="checkbox"/> Histerectomía			

Otros:

1.		2.	
3.		4.	
5.		6.	
7.		8.	
9.		10.	

Hospitalizaciones previas

Año	Razón	Nombre del hospital	Año	Razón	Nombre del hospital

Mantenimiento de la salud- Marca si has recibido los siguientes exámenes y la fecha

Examen	Fecha	Examen	Fecha
<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Examen ginecologico	
<input type="checkbox"/> Exámen mamario		<input type="checkbox"/> Vacuna anti-influenza	
<input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo cardiaco		<input type="checkbox"/> Panel de lípidos	
<input type="checkbox"/> Colonoscopia		<input type="checkbox"/> Mamograma	



Southwest Pediatric & Family Care, LLC

1020 S 8th st Deming, NM 88030

Phone (575) 936-4350 Fax (575) 936-4351

<input type="checkbox"/> Densidad osea (DEXA scan)		<input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou	
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma		<input type="checkbox"/> Examen físico	
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma		<input type="checkbox"/> Vacuna neumococo	
<input type="checkbox"/> Examen ocular		<input type="checkbox"/> Espirometría	
<input type="checkbox"/> Sangre oculta en heces		<input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia	
<input type="checkbox"/> Examen de los pies		<input type="checkbox"/> Vacuna Anti-tanica	
Antecedentes sociales/ personales			
¿Tiene usted hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántos?	Femenino: Masculino:
Uso De Tabaco			
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Dario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Masticar <input type="checkbox"/> Pipa	
<input type="checkbox"/> Anteriormente/ Año en que dejo de fumar:	# de Cigaros/día: _____	<input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Cigarrillo	
		<input type="checkbox"/> Otro:	
Uso De Alcohol			
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Dario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino	
<input type="checkbox"/> Anteriormente/ Año en que dejo de fumar:	# de Tragos/semanal: _____	<input type="checkbox"/> Licor <input type="checkbox"/> Otro	
Drogas Recreacionales			
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Antecedentes de drogas inyectables	<input type="checkbox"/> Anteriormente/ uso actual	Especificar:
Ejercicio			
<input type="checkbox"/> Moderar	<input type="checkbox"/> Vigoroso	<input type="checkbox"/> Sedentario	# Dias / Semana:
Patrón Del Sueño			
<input type="checkbox"/> Cambios	<input type="checkbox"/> Sin cambios	Especificar:	
Consumo De Cafeína			
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Diaro	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Menos
Numero de tragos/semanal: _____			
¿Ha tenido una caída en el último año?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Demografía familiar			
Are your other children being treated here? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿cuántos?	Femenina: Masculino:
Si es así, complete la información a continuación			
Nombre:	Nombre:	Nombre:	
Nacimiento:	Nacimiento:	Nacimiento:	
Nombre:	Nombre:	Nombre:	
Nacimiento:	Nacimiento:	Nacimiento:	
Nombre:	Nombre:	Nombre:	
Nacimiento:	Nacimiento:	Nacimiento:	
Nombre:	Nombre:	Nombre:	
Nacimiento:	Nacimiento:	Nacimiento:	



Southwest Pediatric & Family Care, LLC

1020 S 8th st Deming, NM 88030

Phone (575) 936-4350 Fax (575) 936-4351

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento		
Dirección de envío		# Teléfono		
Ciudad	Estado	Código postal		
<p>Yo Autorizo:</p> <p style="text-align: center;">Southwest Pediatric & Family Care, LLC 1020 S. 8th St Deming, NM 88030 Ph. 575-936-4350 Fax 575-936-4351</p> <p style="text-align: center;">Para Obtener Información De</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad, Estado, Código postal: _____</p> <p>Teléfono: _____ Fax: _____</p>				
<p>Autorizo la divulgación de la siguiente información de salud:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> ÚNICAMENTE Último Visitas Notas de Progreso <input type="checkbox"/> Lista de Problemas <input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos <input type="checkbox"/> Informes de Radiología <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Consultar Notas <input type="checkbox"/> Informes Quirúrgicos <input type="checkbox"/> Resúmenes de las altas Hospitalarias <input type="checkbox"/> Registro Completo </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> ÚNICAMENTE Último Visitas Notas de Progreso <input type="checkbox"/> Lista de Problemas <input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos <input type="checkbox"/> Informes de Radiología <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Consultar Notas <input type="checkbox"/> Informes Quirúrgicos <input type="checkbox"/> Resúmenes de las altas Hospitalarias <input type="checkbox"/> Registro Completo
<input type="checkbox"/> ÚNICAMENTE Último Visitas Notas de Progreso <input type="checkbox"/> Lista de Problemas <input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos <input type="checkbox"/> Informes de Radiología <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Consultar Notas <input type="checkbox"/> Informes Quirúrgicos <input type="checkbox"/> Resúmenes de las altas Hospitalarias <input type="checkbox"/> Registro Completo			

Envíe los registros a nuestro correo electrónico seguro en:

swpedscaregmail.com@direct.MediTouchEHR.com

or

Envíe los registros por fax a **(575) 936-4351**.

Entiendo que puedo solicitar cancelar este comunicado de información por escrito por cualquier razón, en cualquier momento, y que la información sobre la persona mencionada no será divulgada a nadie excepto a lo mencionado anteriormente. También entiendo que Southwest Pediatric & Family Care LLC no puede ser considerado responsable por cualquier mal uso de la información de la persona mencionada.

_____ / / _____
 Firma de paciente/garante Nombre Fecha



Southwest Pediatric & Family Care, LLC

1020 S 8th st Deming, NM 88030

Phone (575) 936-4350 Fax (575) 936-4351

Consentimiento Médico de Fotos

Nombre del paciente: _____

(Nombre)

(Apellido)

(Fecha de Nacimiento)

Yo, paciente/ garante, consentimiento para imágenes médicas y / o video

Estoy de acuerdo en que las imágenes pueden ser (por favor, ver abajo para mostrar el consentimiento)

	Sí	No
• ... Colocado en el expediente para la protección de su identidad	_____	_____
• ...Electrónicamente por correo electrónico a cualquier profesional de la salud tratante	_____	_____
• ...Utilizado por profesionales de la salud para educación y capacitación	_____	_____

Al firmar a continuación, confirmo que entiendo este formulario de consentimiento

Firma del Paciente/ Garante: _____ Fecha: _____



Southwest Pediatric & Family Care, LLC

1020 S 8th st Deming, NM 88030

Phone (575) 936-4350 Fax (575) 936-4351

Consentimiento HIPAA

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida puede ser usada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtenga el pago de terceros pagadores.
- Lleve a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones de médicos.

He sido informado por usted de su notificación de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Se me ha dado el derecho de revisar dicho aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y puede contactar a esta organización en cualquier momento en la lista de direcciones arriba para obtener una copia actual del aviso de prácticas de privacidad.

Tengo entendido que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para realizar operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También entiendo que usted no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si no está de acuerdo, entonces usted está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que usted haya tomado medidas basadas en este consentimiento.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Guardián: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Southwest Pediatric & Family Care, LLC

1020 S 8th st Deming, NM 88030

Phone (575) 936-4350 Fax (575) 936-4351

CANCELATION NO SHOW POLICY

We at Southwest Pediatric & Family Care, LLC understand that situations arise in which you must cancel your appointment(s). However, if you will kindly extend the office courtesy and give us a call before the 24-hours of cancellation; this will enable another patient to be scheduled within that time slot.

Due to many cancellations with NO notice, appointments which are not cancelled with no notice or cancelled less than 24-hours of the appointment will be subject to a **\$50.00** cancellation fee.

This No Show fee is a patient responsibility (Medicaid or Commercial Patients)

En Southwest Pediatric & Family Care, LLC entendemos que surgen situaciones en las que debe cancelar su(s) cita(s). Sin embargo, si extiende la cortesía de llamar antes de las 24 horas de cancelación; esto permitirá programar a otro paciente dentro de su mismo tiempo.

Debido a muchas cancelaciones sin previo aviso, las citas que no se cancelen sin previo aviso o se cancelen a menos de 24 horas de la cita estarán sujetas a una tarifa de cancelación de **\$50.00.**

Esta tarifa de No Show es responsabilidad del paciente (Medicaid o pacientes comerciales)

Signature

Date