

**PATIENT REGISTRATION FORM**

**Patient Name: Last** \_\_\_\_\_ **First** \_\_\_\_\_ **MI** \_\_\_\_\_  
(nombre del paciente, apellido, primer)

**D.O.B** \_\_\_\_\_ **Social Security #** \_\_\_\_\_ **Sex: (M) (F)**  
(fecha de nacimiento) (numero de seguro) (sexo)

**Patient lives with: Mother** \_\_\_ **Father** \_\_\_ **Other:** \_\_\_\_\_  
(paciente vive con madre, o padre, o otro)

**Mother/Guardian:** \_\_\_\_\_  
(madre)

**Social Security #** \_\_\_\_\_ **D.O.B.** \_\_\_\_\_  
(numero de seguro) (fecha de nacimiento)

**Address:** \_\_\_\_\_ **City/State/Zip:** \_\_\_\_\_  
(direccion) (ciudad/estado/codigo postal)

**Home Phone:** \_\_\_\_\_ **Cellular Phone:** \_\_\_\_\_  
(numero de telefono) (numero celular)

**Employer:** \_\_\_\_\_ **Work Phone:** \_\_\_\_\_  
(empleador) (numero de telefono)

**Father/Guardian:** \_\_\_\_\_  
(padre)

**Social Security #** \_\_\_\_\_ **D.O.B.** \_\_\_\_\_  
(numero de seguro) (fecha de nacimiento)

**Address:** \_\_\_\_\_ **City/State/Zip:** \_\_\_\_\_  
(direccion) (ciudad/estado/codigo postal)

**Home Phone:** \_\_\_\_\_ **Cellular Phone:** \_\_\_\_\_  
(numero de telefono) (numero celular)

**Employer:** \_\_\_\_\_ **Work Phone:** \_\_\_\_\_  
(empleador) (numero de telefono)

**Where may we contact you?** \_\_\_ **Home** \_\_\_ **Cellular** \_\_\_ **Mother's Work** \_\_\_ **Father's Work** \_\_\_  
(¿cuál es su mejor contacto?) (casa, celular, trabajo de madre o padre?)

**Emergency Contact Person (other than parents):** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
(persona de contacto de emergencia, que no sean los padres) (numer de tel)

**Referring Doctor:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
(medico que hace referencia) (numero de tel)

**Patient's Physician:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
(pediatra) (numero de tel)

**Medical care or immunizations cannot be given unless my child is accompanied by one of the following:**  
(Atención médica o las vacunas no se puede dar a mi niño a menos que vaya acompañada de uno de los siguientes)

\_\_\_\_\_

**Parent/Guardian signature** \_\_\_\_\_ **Relationship** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_  
(firma de padre) (relacion) (fecha)

**\*\*\*\* PLEASE FILL OUT THIS FORM COMPLETELY \*\*\*\***

(Por favor, rellene el formulario completamente)

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_  
(nombre del paciente y fecha de nacimiento)

**What current problems is your child having (what are we seeing your child for)?** \_\_\_\_\_  
(¿Qué problemas actuales es tener a su hijo (¿qué estamos viendo a su hijo de)?

---

**Check if patient has now or has had the following illness or problems:**

(Compruebe si el paciente tiene ahora o ha tenido las siguientes enfermedades o problemas):

**Trauma (broken bones, loss of consciousness, etc)**  
(Traumatismos (huesos rotos, pérdida de conciencia, etc)

**Anemia or blood disorder**  
(Anemia o trastorno de la sangre)

**Stomach or intestinal problems**  
(Estómago de los problemas intestinales)

**Diabetes**

**Growth problems**  
(Problemas de crecimiento)

**Asthma**  
(asma)

**Seizures**  
(Convulsiones)

**Heart problems**  
(Problemas de corazón)

**Cancer**

**Emotional/behavioral problems**  
(Emocional / problemas de conducta)

**Neurological problems**  
(Problemas neurológicos)

**Past surgeries**  
(Pasado cirugías)

**Please explain:** \_\_\_\_\_  
(Por favor explique)

---

**Are all immunizations up to date?** \_\_\_\_\_  
(todas las vacunas al día?)

**ALLERGIES (list or indicate none if applicable):** \_\_\_\_\_  
(ALERGIAS (indicar ninguna lista o si es aplicable):

**FAMILY HISTORY (historia familiar)**

**Bleeding**  
(Hemorragia)

**Problems with anesthesia**  
(Problemas con la anestesia)

**Cancer or blood disorder**  
(Cáncer o trastorno de la sangre)

**Heart disease or liver disease**  
(Las enfermedades del corazón o del hígado)

**Please explain:** (Por favor explique) \_\_\_\_\_

**BIRTH HISTORY (NACIMIENTO DE HISTORIA):**

**Type of delivery:**  Vaginal  C-Section **Baby was:**  Full Term  Premature  
(Tipo de parto: vaginal / Sección) (bebé fue: ordinario / término premature)

**Birth weight:** \_\_\_\_\_ **Was he/she on a ventilator?**  Yes  No **If so, how long ?** \_\_\_\_\_  
(Peso al nacer) (Fue él / ella en un ventilador?) (¿cuánto tiempo)

**Other complications:** \_\_\_\_\_  
(Otras complicaciones)

**I understand that if my child's physician, or any person employed by or under the direction and control of my child's physician (s) is directly exposed to my child's body fluids in any manner which may, according to the then current guidelines for the Center for Disease Control, transmit the human immunodeficiency virus (HIV) or Hepatitis B or C viruses, that I am deemed by law to have consented to testing for infection with HIV or Hepatitis B or C viruses. I further understand by law that I will have deemed to have consented to the release of these test results to the person who is exposed to my child's body fluids.**

Entiendo que si mi hijo es médico, o cualquier persona empleada por, o bajo la dirección y el control de mi hijo médico (s) está sometida directamente a mi hijo los fluidos corporales de cualquier manera que pueden, de acuerdo con el entonces las directrices actuales para el Centro de Control de Enfermedades, transmitir el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o hepatitis B o C virus, que soy considerado por la ley para tener su consentimiento para las pruebas de infección por el VIH o la hepatitis B o C virus. Además, entiendo que por ley se considerará que han consentido a la liberación de estos resultados de la prueba a la persona que está expuesta a mi hijo de fluidos corporales.

Parent/Guardian signature \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(firma de padre) (relacion) (fecha)

**AUTHORIZATION OF TREATMENT AND ASSIGNMENT OF BENEFITS  
(AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO Y LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS)**

**I authorize Pediatric Surgical Associates to treat my child. I further authorize the release of medical information necessary for the completion of insurance forms. I authorize payment directly to Pediatric Surgical Associates for the medical and surgical benefits otherwise payable to me under the terms of my insurance. I understand that I am financially responsible for all co-payments and any charges not paid by my insurance. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.**

Yo autorizo Pediatría Cirugía Asociados para el tratamiento de mi hijo. Además, autorizar la liberación de la información médica necesaria para el cumplimiento de las formas de seguros. Yo autorizo el pago directo a los Asociados Quirúrgicos Pediátricos de los beneficios médicos y quirúrgicos de otro modo pagadero a mí en los términos de mi seguro. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los co-pagos y los cargos no pagados por mi seguro. Una fotocopia de esta autorización se considerará efectiva y válida como la original.

Parent/Guardian signature \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(firma de padre) (relacion) (fecha)