

Información del Paciente					
Nombre (Apellido, Nombre, Segundo Nombre):			Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Estado Civil:
Domicilio:			Ciudad, Estado, Código Postal		Teléfono:
Doctor Familiar/Pediatra:			Doctor quien lo Refirió:		
Teléfono:			Teléfono:		
Información de Padres/Custodio:					
Nombre (Apellido, Nombre, Segundo Nombre):			Nombre (Apellido, Nombre, Segundo Nombre):		
Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Parentesco:	Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Parentesco:
Domicilio:			Domicilio:		
Ciudad, Estado, Código Postal:		Teléfono:	Ciudad, Estado, Código Postal:		Teléfono:
Teléfono del Trabajo: Ext:		Celular:	Teléfono del Trabajo: Ext:		Celular:
Correo Electrónico:			Correo Electrónico:		
Seguro Médico Primario:					
Nombre de la Compañía del Seguro:			Nombre del Asegurado/a (Apellido, Nombre, Segundo Nombre):		
Número de Póliza:		Número de Grupo:	Empleador:		
Dirección para Enviar los Cobros:			Dirección del Trabajo:		
Ciudad, Estado, Código Postal:		Teléfono:	Ciudad, Estado, Código Postal:		Teléfono:
Seguro Médico Secundario:					
Nombre de la Compañía del Seguro:			Nombre del Asegurado/a (Apellido, Nombre, Segundo Nombre):		
Número de Póliza		Número de Grupo:	Empleador:		
Dirección para Enviar los Cobros :			Dirección del Trabajo:		
Ciudad, Estado, Código Postal:		Teléfono:	Ciudad, Estado, Código Postal :		Teléfono:
Contacto de Emergencia:					
Nombre (Apellido, Nombre, Segundo Nombre):			Parentesco:		
Teléfono:		Celular:	Teléfono del Trabajo:		Teléfono Adicional:

Autorizo el pago de mis beneficios médicos a Banner Health por los servicios profesionales recibidos. Así mismo otorgo el privilegio sobre mis derechos y beneficios bajo mi póliza de seguro médico. Autorizo compartir toda información médica necesaria para procesar mis reclamos. Autorizo pago directo de los beneficios de mi compañía de seguro. Entiendo que soy responsable de cualquier balance por servicios recibidos que no estén cubiertos bajo mi póliza de seguro médico. Al firmar al fondo de esta forma, también admito haber recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad.

Se requiere una forma adicional para rebelar copias del expediente. ¿Podemos dejar un mensaje en su correo de voz en su casa y celular? Si \_\_\_ No \_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/Custodio

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Banner Pediatric Specialists – Urology**  
**Permiso de Tratamiento de un Menor**

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Nombre De Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha De Nacimiento** \_\_\_\_\_

Yo el designado, padres/guardian de \_\_\_\_\_, un menor, autorizo y derijo a Banner Pediatric Specialists – Urology para obtener tratamiento continuo y tratamiento de salud de urgencia. Este permiso se mantendra en efecto por la duracion de 12 meses de la fecha o hata que sea pida terminario por escrito.

\_\_\_\_\_  
Padres/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

Banner Pediatric Specialists – Urology tiene que recibir permiso de unos de los padres/guardian para que otro individuo traiga al menor para tratamiento medico o discutir informacion medica y pueda hacer decisiones de tratamiento. Por facor de los nombres, parentesco y un numero telefonico para cualquier persona que usted le de el permiso para traer al paciente a la oficina. .

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Numero Telefonico

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Numero Telefonico

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Numero Telefonico

Si alguien trae al menor que no este en la lista, tendremos que hablar y verificar que el padre o guardian da el permiso para que el menor pueda recibir tratamiento. Dos miembros del la oficina verificaran el permiso verbal.

\_\_\_\_\_  
Padres/Guardian que dio permiso

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Horario

\_\_\_\_\_  
Witness Name

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Horario

\_\_\_\_\_  
Witness Name

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Horario

**Pagos de Co-pagos, o cargos de los servicios rendidos en caso de no tener asecuranza medica se requiere que sean pagados al tiempo de la cita y sera la responsabilidad de el adulto acompaniante del paciente.**

02/18/2010

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Porque su hijo(a) viene a ver al urologo? \_\_\_\_\_

Por favor apunte todas las cirujias previas.  
(cirujia, ano, cirujano, etc.)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Por favor escriba todas las condiciones medicas por la cual ve a otro(s) Doctor.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Por favor escriba todas las medicinas(y cantidades) que su hijo(a) esta tomando.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Por favor escriba todas las alergias.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Su hijo(a) necesita antibioticos preventivos para tratamiento dental u otro procedimiento? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Es alergico al tinte de los rayos x, mariscos de concha o yodo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Es alergico al latex o globos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por favor escriba cualquier historia familiar de problemas de la vejiga o rinones?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Revisión de los Sistemas

El paciente tiene o ha tenido problemas relacionados con los siguientes sistemas? Circule Si o No

### Sintomas Constitucionales

Fiebre	Y	N
Escalofrios	Y	N
Dolores de cabeza	Y	N
Otro	Y	N

### Ojos

Borrosos	Y	N
Doble vision	Y	N
Dolor	Y	N
Otro	Y	N

### Alergias Inmunologicas

Fiebre del heno	Y	N
Alegias a medicamento	Y	N
Otro	Y	N

### Neurologico

Temblores del cuerpo	Y	N
Mareos	Y	N
Adormecimiento/Hormigueo	Y	N
Otro	Y	N

### Endocrinal

Sed excessive	Y	N
Muy caliente/Frio	Y	N
Cansado/Perezoso	Y	N
Otro	Y	N

### Gastrointestinal

Dolor abdominal	Y	N
Nausea / Vomito	Y	N
Indigestion/Ardor estomacal	Y	N
Otro	Y	N

### Cardiovascular

Dolor de pecho	Y	N
Varices	Y	N
Alta presion	Y	N
Otro	Y	N

### Piel

Salpullido	Y	N
Furunculos	Y	N
Picazon persistente	Y	N
Otro	Y	N

### Musculoesketal

Dolor de las articulaciones	Y	N
Dolor del cuello	Y	N
Dolor de la espalda	Y	N
Other	Y	N

### Oidos/Nariz/Garganta/Boca

Infeccion de oido	Y	N
Dolor de garganta	Y	N
Problemas de los senos	Y	N
Otro	Y	N

### Genitourinario

Retencion de orina	Y	N
Dolor al orinar	Y	N
Frecuencia urinaria	Y	N
Otro	Y	N

### Respiratorio

Resollar	Y	N
Toz frecuente	Y	N
Falta de aliento	Y	N
Otro	Y	N

### Hematologico/Lymfatico

Glandulas hinchadas	Y	N
Problemas de la sangre	Y	N
Otro	Y	N

### Psicologico

Alguna vez a sido tratado por depression o alguna enfermedad psicologica?	Y	N
---	---	---

### Other

---

---

Hay algo que usted quisiera decirnos o que nosotros deberiamos de saber?

---

A cuales tres preguntas le gustaria saber la respuesta el dia de hoy?

---