

Fort Washington Park Pediatrics, P.C.  
Formulario de Inscripción

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Información del Paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # seguro social \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_ M \_\_ F

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Información de los padres / guardián legal:

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# teléfono celular: \_\_\_\_\_ #.teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ #seguro social \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# teléfono celular: \_\_\_\_\_ # teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ # seguro social: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (familiar / amigo): \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Información de Seguro

Seguro primario: \_\_\_\_\_ # de póliza \_\_\_\_\_

# de grupo: \_\_\_\_\_ nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ # s.s de asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ # póliza \_\_\_\_\_

# De grupo: \_\_\_\_\_ nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Subscriber DOB: \_\_\_\_\_ Subscriber Social Security# \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

La información anterior es verdadera y de todo mi conocimiento. Yo autorizo a mi seguro médico hacer todos los pagos directo a mi médico y a Riverdale Park Pediatrics para procesar todo reclamo médico. Entendiendo que soy responsable económicamente de cualquier saldo si no es cubierto por mi seguro o por no dar la información correcta de seguro.

Patient/Guardian signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

# Maryland Healthy Kids Program

## Cuestionario de Historial Médico Familiar

Nombre del Paciente: _____		Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> (circule)
Persona que llenó el Formulario: _____	Fecha de Hoy: _____	Relación con el Paciente: _____	
<b>HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER</b>		<b>HISTORIAL PSICOSOCIAL</b>	
Nombre del Hospital: _____ Enfermedades durante el embarazo No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Medicamentos durante embarazo No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol o drogas No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Problemas al Nacer No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Describa: _____ Tipo de Parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea Peso al Nacer _____ Peso al darle de alta _____ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Fecha de la vacuna de Hepatitis B: _____ Examen Auditivo para recién nacidos No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		¿Quién vive en el hogar? _____ ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____ <input type="checkbox"/> Alquilan <input type="checkbox"/> casa propia <input type="checkbox"/> refugio ¿Quién cuida el niño/a? _____ Fecha de Nacimiento Madre _____ Padre _____ Trabajan los Padres Madre No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Padre No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Hogar Sustituto _____ Fecha: _____ ¿Qué otro idiomas se hablan en la casa? _____	
<b>HISTORIAL FAMILIAR</b>		<b>HISTORIAL DE SALUD</b>	
Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alergias (a qué) _____ ¿Quién? _____ No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		Alguna vez su niño/a ha tenido: Alergias (a qué) _____ No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Asma No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ TB/Enfermedad del Pulmón No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ VIH/SIDA No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Intentos Suicidas/Problemas Mentales No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad del Corazón No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Presión alta/Derrame No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Colesterol Alto No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell" No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Diabetes No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Convulsiones No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Alergias/Asma No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Desórdenes Mentales No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Cáncer No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Defectos de Nacimiento No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Pérdida de Audición No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Problemas de habla No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Enfermedades Renales No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Abuso de Alcohol/ Droga No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Hepatitis/Enfermedad del Hígado No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad de la Tiroides No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD") No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Violencia Doméstica _____ Otras: _____	Asma No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Varicela (año) _____ No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Infecciones frecuentes de oído No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Problemas de Audición/Infecciones de la Vista No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Problemas de la Piel/Eczema No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Asma/Alergias No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ TB/Enfermedad del Pulmón No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Convulsiones/Epilepsia No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Hipertensión/Presión Alta No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad del Corazón/Defectos No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Hepatitis/Enfermedad del Hígado No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Diabetes No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Enfermedades del Riñón/Vejiga No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Problemas Físicos o de Aprendizaje No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Desórdenes de la Sangre/Hemofilia No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Enfermedades Transmítidas Sexualmente No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Problemas Emocionales o de Comportamiento No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Depresión/Pensamientos Suicidas No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Hospitalizaciones/Cirugías No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Problemas en las Coyunturas/Huesos No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Obesidad/Trastornos Alimenticios No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> _____ Otras: _____ Lista de Medicamento/s que toma: _____		
Revisado por: _____		Fecha que fue Revisado: _____	

**Fort Washington Park Pediatrics, P.C**

11701 Livingston Rd. Suite 202  
Fort Washington, MD 20744  
Phone (301) 292-7400 Fax (301) 292-7062

**Formulario de Autorización para tratamiento de un menor**

Yo, \_\_\_\_\_ padre/madre o guardián legal de

\_\_\_\_\_, autorizo a Riverdale Park Pediatrics, P.C y todos sus proveedores para obtener servicios de cuidados preventivos de rutina, vacunas, tratamientos médicos y procedimientos apropiados en caso de emergencia.

Yo también autorizo a Riverdale Park Pediatrics para proveer cualquier información que incluye el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mi hijo(a) durante el período de dicha atención a los seguros de terceros y / u otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros también a pagar directamente a Riverdale Park Pediatrics, P.C / Edwin Aguilar, M.D

**Política de Pago**

Soy consciente que si Riverdale Park Pediatrics / Edwin Aguilar, M.D no participan con mi compañía de seguros de salud, debo pagar en su totalidad en el momento que los servicios médicos sean dados a mi hijo(a). Yo también entiendo que mi compañía de seguro de salud puede pagar menos que la factura real de servicios y si el seguro lo indica yo soy responsable de pagar co-pagos, deducibles y cualquier balance no cubierto por el seguro médico de salud. Dichos pagos deben ser hechos al momento del servicio médico o al menos que otros arreglos financieros sean hechos. Si por alguna razón la cuenta de mi hijo (a) no está al corriente puede resultar en Riverdale Park Pediatrics de enviarme a una agencia de colección.

**Recien nacido**

Soy consciente y entiendo que si mi bebé no tiene seguro médico de salud al momento de su visita, soy responsable en su totalidad por los servicios rendados y estos deben ser pagados inmediatamente reconociendo que este dinero no es reembolsable. También es mi responsabilidad de notificar y enrolar a mi bebe en mi seguro de salud, de lo contrario seguiré siendo responsable por los pagos.

Con esta mencionada he leído y entendido la información en esta forma y cualquier pregunta ha sido explicada y entendida por mi persona.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Padre o Guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Fort Washington Park Pediatrics, PC**  
 11701 Livingston Road Suite 202  
 Fort Washington, MD 20744  
 Phone (301) 292-7400  
 Fax (301) 292-7062

**AVISO DEL MANEJO DE LA INFORMACION PRIVADA**

Yo entiendo que dentro del seguro de salud está el manejo de responsabilidad y cobertura del seguro de salud ACT en 1996, tengo ciertos derechos de privacidad concernientes a proteger la información brindada al seguro de salud, entiendo que esta información puede ser utilizada para:

- En la conducta, el plan y seguimiento entre los diferentes practicantes de salud quienes están envueltos en los tratamientos directa e indirectamente.
- Obtener pagos de otras compañías de seguros.
- Procedimiento normal en operaciones de salud tales como cálida evaluaciones y calificación profesional.

He recibido, leído y entendido su aviso del manejo de la información privada, que contiene una completa descripción de los usos de mi información de salud entiendo que Riverdale Park Pediatrics, tiene el derecho de cambiar este aviso de un tiempo a otro, puedo contactarme con Riverdale Park Pediatrics en cualquier momento, escribiéndoles a la dirección que aparece más arriba, para obtener una copia de este aviso.

También entiendo que ustedes no necesitan estar de acuerdo con mis requerimientos o restricciones, sino es factible para Riverdale Park Pediatrics, se es que estos requerimientos no son factibles para Riverdale Park Pediatrics, PC o que estos causen un impacto negativo en el cuidado de salud.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si paciente es menor de edad firma del padre o guardián legal requerido.

Firma: \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

---

**Fort Washington Park Pediatrics  
11701 Livingston Road #202  
Fort Washington, MD. 20744  
301-292-7400**

¡Nuestra oficina ahora puede enviar sus recetas directamente a su farmacia! Para que el médico los envíe, necesitamos su farmacia preferida.

Si prefiere que el médico imprima sus recetas, comuníquese a la enfermera antes de que el médico lo vea. ¡Gracias!

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_