



## **Formulario de admisión del paciente**

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Otro número de teléfono importante: \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_

Idioma principal que se habla en el hogar: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de Luv Kids Pediatrics? \_\_\_\_\_

¿Su hija/o tiene un apodo? \_\_\_\_\_

---

### **Seguro Medico**

Seguro primario: \_\_\_\_\_ ID del miembro: \_\_\_\_\_

Suscriptor de la póliza y fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ Identificación del miembro: \_\_\_\_\_

Suscriptor de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

---

**Si los padres están divorciados o separados, complete esta sección:**

¿Quién tiene la custodia?

---

¿Existe alguna restricción legal que pueda restringir al padre sin custodia de dar su consentimiento para el tratamiento médico del niño o de obtener información sobre el tratamiento médico del niño? Si \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, explique y proporcione una copia de cualquier documentación legal que respalde esta restricción.

---

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (que no sean los padres):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

---

**Información de farmacia:**

¿Qué farmacia utiliza habitualmente para que podamos procesar recetas y reabastecimientos de recetas?

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Si tiene una farmacia alternativa, proporcione la información a continuación:

---

Luv Kids Pediatrics

La Cita de Su Niño/a

Como cortesía, Luv Kids Pediatrics confirmará todas las citas 1 o 2 días antes de la cita. Sin embargo, es su responsabilidad recordar y cumplir con las citas programadas y saber si el seguro de su hijo está activo para todas y cada una de las visitas. Le pedimos que nos avise con 24 horas de anticipación si necesita cancelar su cita. En caso de que haya menos de 24 horas de anticipación, llame lo antes posible para que se le pueda dar la hora de la cita a otro paciente. Hay una tarifa de \$20 por no llamar o no presentarse a una cita perdida. El seguro del niño o Medicaid NO CUBREN ESTA TARIFA. Entendemos que ocurren retrasos inesperados y emergencias. Si sabe que llegará tarde más de 10 minutos a su cita, llame a la oficina para notificar al personal. Intentarán programarlo lo antes posible esa misma mañana o tarde cuando se haya atendido primero a otros pacientes. Lo que significa que si tenía una cita por la mañana, posiblemente podría ser visto antes del almuerzo, y si tenía una cita por la tarde, es posible que lo puedan ver antes del cierre. Debemos ser cortos con otras citas que lleguen a tiempo. El padre o el tutor legal del niño deben anotarse para llevarlo a la clínica y dar su consentimiento para las necesidades del paciente. Ningún hermano de un paciente puede traer y dar su consentimiento para el tratamiento a menos que sea su tutor legal y haya mostrado la documentación adecuada. Un niño no puede venir a la clínica solo o dejarlo sin supervisión a menos que tenga 18 años.

Durante la Pandemia del Covid-19, solo se permite un acompañante por niño en la clínica. Porfavor llegar 15-20 minutos antes a la hora de la cita para los nuevos pacientes.

Respetamos a todos los pacientes y sus necesidades, si tiene preguntas o inquietudes con respecto a las citas, no dude en preguntar; Luv Kids Pediatrics, Rose M. Campbell, APRN, C-PNP.

He leído y acepto la política de citas de Luv Kids Pediatrics:

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion al  
Paciente \_\_\_\_\_



## Cuestionario de Detección Covid-19

Como se obtuvo el cribado? Telefono: \_\_ En persona: \_\_ Telesalud: \_\_

1. Ha tenido fiebre, tos, dolor de garganta, escalofríos, o dificultad para respirar, vomito, o diarrea ?

\_\_\_ Si \_\_\_ No

2. Ha tenido pérdida del olfato o gusto?

\_\_\_ Si \_\_\_ No

3. Ha tenido contacto con alguna persona que sospecha o ha confirmado tener Coronavirus/COVID-19 en las últimas dos semanas?

\_\_\_ Si \_\_\_ No

4. Ha tenido contacto con alguien con síntomas de gripe inexplicables en las últimas dos semanas?

\_\_\_ Si \_\_\_ No

5. En las últimas dos semanas, has estado en áreas de alto riesgo, viajó internacionalmente, o dentro de los Estados Unidos?

\_\_\_ Si \_\_\_ No

Si contesto "Si" a cualquier pregunta, por favor de presentar explicación:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Luv Kids Pediatrics Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR REGISTROS MÉDICOS

Para: Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Por favor envíe TODOS los registros médicos de mis hijos:

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

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

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

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

A la siguiente oficina:

Nombre de la práctica: \_\_\_\_\_

Dirección de la práctica: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del padre/tutor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_