

Fairfax Neonatal Associates, P.C. - Please check Outpatient Division that the Patient is registering for:

Pediatric Lung and Allergy Center Pediatric Surgical Group Pediatric and Adolescent Sleep Center

REGISTRO DEL PACIENTE - LA INFORMACION DEMOGRAFICA - Dar tarjeta (s) de seguro a la mesa de registro/ recepción.

①

Paciente:

Apellido (escriba arriba): ↑ Primer nombre: Segundo nombre: Fecha De Nac: Mes / Día / Año Edad:

Dirección

de la Calle: # Apartamento: ↑ Teléfono de casa del paciente: ↑

casa: Ciudad: Estado: Código Postal:

Paciente Género:

Masculino
Femenino

Correo Electrónico ↑ (o correo del padre/protector si el paciente es menor de 18)

Indique los miembros de la familia que están registrados en esta práctica médica: ↑

¿Se requiere por escrito una referencia por el plan de salud? ↑

②

DOCTOR DE REFERENCIA: Nombre: ↑ Teléfono de la oficina del doctor de referencia: Numero de Fax: ↑

Dirección de la oficina referida: ↑ Ciudad: Estado: Código Postal:

③

PROVEEDOR DE ATENCION PRIMARIA: Nombre ↑ PAP Teléfono de Oficina: ↑ PAP Numero de Fax: ↑

PAP Dirección de oficina: ↑ Ciudad: Estado: Código Postal:

④

RESPONSABLE PRIMARIO (1): Apellido: ↑ Primer nombre : Segundo nombre: Género: Masculino
Femenino **Es Garante Del Paciente:** Mamá
Papá Abuelo Si mismo Otro

Dirección: ↑ Si la dirección del paciente es la misma de arriba, marcar Ciudad: Estado: Código Postal:

Teléfono de casa: Teléfono de trabajo: Teléfono celular: Correo Electrónico ↑ (no use correo electrónico del trabajo)

Fecha De Nac: Mes / Día / Año: ↑ # Seguro Social: ↑ Empleador: ↑ Ocupación: ↑

⑤

OTRO PADRE / PROTECTOR (2): Apellido: ↑ Primer nombre: Segundo nombre: Género: Masculino
Femenino **Otro Padre/Protector 2 del Paciente:**
Mamá Papá Abuelo Otro

Dirección (2): ↑ Si la dirección del paciente es la misma de arriba, marcar Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono de casa: Teléfono de trabajo: Teléfono celular: Correo Electrónico (no use correo electrónico del trabajo)

Fecha de Nac: Mes/ Día / Año: ↑ Empleador: ↑ Ocupación: ↑

⑥

CONTACTO DE EMERGENCIA: ↑ (Otro que no sea el Padre/Protector mencionados arriba) Relación con el paciente ↑ Teléfono durante el día: ↑

⑦

PLAN DE SEGURO PRIMARIO: Compañía / Nombre del plan: ↑ Efectividad de las fechas de cobertura: ↑

Suscriptor: Apellido: ↑ Primer nombre: **Relación del Paciente con el Suscriptor:**
Sí mismo Hijo Esposo Otro Fecha de nac. del suscriptor: (Mes /Día/ Año) ↑

Cert / ID: ↑ Nombre del grupo/ Empleador: ↑ # Grupo: Teléfono del plan:

⑧

PLAN DE SEGURO SECUNDARIO: Compañía / Nombre del plan: ↑ Efectividad de las fechas de cobertura: ↑

Suscriptor: Apellido: ↑ Primer nombre: **Relación del Paciente con el Suscriptor:**
Sí mismo Hijo Esposo Otro Fecha de nac. del suscriptor: (Mes /Día/ Año) ↑

Cert / ID: ↑ Nombre del grupo/ Empleador: ↑ # Grupo: Teléfono del plan:

⑨

Doy fe a la veracidad de la información proporcionada en este documento, y autorizo su uso para el registro del paciente que aparece arriba. VER LA PAG. SIGUIENTE.

NOMBRE: _____ FIRMA: _____ LA FECHA DE HOY: _____

Fairfax Neonatal Associates, P.C. - Please check Outpatient Division that the Patient is registering for:

Pediatric Lung and Allergy Center Pediatric Surgical Group Pediatric and Adolescent Sleep Center

LA INFORMACION DEL HISTORIAL MEDICO- COMPLETAR TODO.

①	Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	Fecha De Nac: Mes / Dia/ Año
Paciente:				

1. Queja principal del paciente/Diagnóstico:

2. ¿Cuándo comenzó “la queja principal”?
[Fecha de inicio]

3. ¿Tiene el paciente alguna **alergia**? No
 Sí

Enumere las alergias:

4. Información de la farmacia: Nombre de la farmacia: _____

Ubicación/Dirección: _____

Teléfono de la farmacia: _____

Del FAX de la farmacia: _____

5. ¿Cómo escucho de nuestra práctica?
Marcar todas las que se apliquen.

- Referido por el doctor primario
- Referido por otro médico/otro especialista: _____
- Por el directorio del plan de seguro/ Red de proveedores
- Por nuestra página de web/ Búsqueda en internet
- Directorio de los médicos de INOVA
- Por un miembro de familia y/o un amigo
- Feria de la salud
- Por un aviso (Publicación/ Internet) ¿Dónde?: _____
- Otro: Por favor escribir: _____

6. El **“Uso Válido” del Programa de Registros Médicos Electrónicos de Salud** requiere que las oficinas registre información de los pacientes, como la raza y la etnicidad.

¿Cuál es el idioma de preferencia del paciente?

- Inglés
- Español
- Otro: por favor diga:
- Prefiero no contestar.

Las categorías de la raza y etnicidad están determinadas por la Oficina del Gobierno Federal de Gestión y Presupuesto (OMB). Según la OMB, se puede pensar acerca de la raza y la etnicidad en términos de las características sociales y culturales, así como la ascendencia, y no debe ser interpretado como siendo principalmente biológico o genético en referencia.

Esta información es obtenida estrictamente para cumplir con las medidas y los requisitos del programa E.H.R. Por favor recuerde que el programa de E.H.R. no nos exige comunicarnos con el paciente en su idioma de preferencia para cumplir las medidas del programa.

Para más información acerca del “Uso Válido del programa E.H.R.”, por favor visite: www.dmas.viginia.gov/content_pgs/pr-arra.aspx

¿Qué categoría describe mejor la raza del paciente? (marcar la que corresponda).

- Raza blanca
- Asiático
- Raza oscura o Africano Americano
- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Nativo de Hawaii/Otra isla del Pacifico
- Prefiero no contestar.

¿El paciente se considera ser Hispano/ Latino?

- Si – Hispano/Latino
- No
- Prefiero no contestar.

COMPLETADO POR:

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____