



**SACRAMENTO VALLEY PEDIATRICS
MEDICAL GROUP INC.**

DBA: PEDIATRIC MEDICAL CENTER OF SACRAMENTO

Perla-Inez Maulino, MD, FAAP
Maria Nelisa Tan, MD, FAAP
Joan Villafior, MD, FAAP
Lourdes Navea, PA

Alfonso Quant, PA
Dora Rodriguez, PA
Donald Neal, NP-C

Tel. (916) 681-1130
(916) 714-9777
Fax. (916) 681-1133
(916) 714-9713

REGISTRACION DEL PACIENTE

FECHA :	
NOMBRE DEL PACIENTE:	SEXO: M / F
FECHA DEL NACIMIENTO: / /	EDAD: SEGURO: - -
DOMICILIO:	
NUMERO DE TELEFONO:	NUMERO DE CEL:
EMAIL ADDRESS:	
PERSONA DE CONTACTO:	
NUMERO DE TELEFONO:	

NOMBRE DE LA MADRE: FECHA DE NACIMIENTO: / /	NOMBRE DEL PADRE: FECHA DE NACIMIENTO: / /
NUMERO DE SEGURO:	NUMERO DE SEGURO:
DOMICILIO:	DOMICILIO:
NUMERO DE TELEFONO:	NUMERO DE TELEFONO:
EMPLEADOR:	EMPLEADOR:
DOMICILIO:	DOMICILIO:
NUMERO DE TELEFONO:	NUMERO DE TELEFONO:

PRIMERA ASEGURANSA:	PHARMACY INFO:
COMPANIA:	COMPANIA:
NUMERO DE IDENTIFICACION:	NUMERO DE IDENTIFICACION:
NUMERO DE GRUPO:	NUMERO DE GRUPO:

Si tiene MediCal, especifique que clase:



**SACRAMENTO VALLEY PEDIATRICS
MEDICAL GROUP INC.**

DBA: PEDIATRIC MEDICAL CENTER OF SACRAMENTO

Perla-Inez Maulino, MD, FAAP
Maria Nelisa Tan, MD, FAAP
Joan Villafior, MD, FAAP
Lourdes Navea, PA

Alfonso Quant, PA
Dora Rodriguez, PA
Donald Neal, NP-C

Tel. (916) 681-1130
(916) 714-9777
Fax. (916) 681-1133
(916) 714-9713

Historia Medica

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la Madre _____ Edad _____ Ocupacion _____

Nombre del Padre _____ Edad _____ Ocupacion _____

Embarazo y Nacimiento

Edad de la madre al dar a luz _____

Tuvo alguna enfermedad durante su embarazo? Si No

Cual: _____

Tomo alguna medicina que no fuera vitaminas o hierro? Si No

Cual: _____

Nacio el bebe a tiempo o fue prematuro? _____

Cuanto peso el bebe al nacer? _____

Tuvo problemas para respirar al nacer Si No

Durante la estancia en el hospital tuvo problemas medicos? Si No

Cual fue el problema _____

Historia Medica

A que Doctor llevaba antes a su Hijo(a) _____

Fecha del ultimo fisico _____ fecha del ultimo examen dental _____

A tenido alguna reaccion alergica a medicinas, comidas, o piquete de insectos? Si No

Cual reaccion tuvo? _____

Alguna reaccion a alguna vacuna? Si No

A sido hospitalizado alguna vez? Si No

Razon _____

Toma medicinas regularmente? _____

Historia Familiar

Se encuentran los padres en buena salud? Si No

Circule cualquier enfermedad que tengan los padres, abuelos, hermanos, del paciente.

Anemia asma alergias presion alta diabetes problemas del Corazon cancer enfermedades mentales
problemas con drogas o alcohol tuberculosis enfermedades hereditarias

Otras enfermedades? _____

Nombres de hermanos y hermanas, edades, se encuetran en buenas
salud: _____

Alguno de sus hijos a fallecido? Si No Razon _____

Alimentacion y nutricion

Es el apetito de hijo(a) usualmente bueno? Si No

Por los primeros 6 meses le dio pecho o botella? _____

Si le da formula de cual le da? _____

Toma vitaminas? Si No

Su hijo(a) sufre de infecciones de oidos Si No



**SACRAMENTO VALLEY PEDIATRICS
MEDICAL GROUP INC.**

DBA: PEDIATRIC MEDICAL CENTER OF SACRAMENTO

Perla-Inez Maulino, MD, FAAP
Maria Nelisa Tan, MD, FAAP
Joan Villafior, MD, FAAP
Lourdes Navea, PA

Alfonso Quant, PA
Dora Rodriguez, PA
Donald Neal, NP-C

Tel. (916) 681-1130
(916) 714-9777
Fax. (916) 681-1133
(916) 714-9713

Nombre de el Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

En caso de emergencia, si los Padres no estan disponibles a quien quiere que llamemos?

Nombre/Relacion _____ Tel. _____

En caso de que usted no pueda traer al Nino/a a alguna cita, a quien autoriza a que traiga al paciente a la cita. (aparte de los Padres)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Tel. _____ Relacion _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Tel. _____ Relacion _____

Firma _____ Date _____

En caso de algun cambio por favor notifiquenos inmediatamente.

Consentimiento para Tratamiento

Yo doy mi consentimiento a Sacramento Valley Pediatrics a que le rindan servicios a mi Hijo/a.
Yo entiendo que si mi seguro medico no cubre cualquiera de los servicios rendidos, yo sere responsable por cualquier costo.

Firma _____ Fecha _____

Relacion _____



**SACRAMENTO VALLEY PEDIATRICS
MEDICAL GROUP INC.**

DBA: PEDIATRIC MEDICAL CENTER OF SACRAMENTO

Perla-Inez Maulino, MD, FAAP
Maria Nelisa Tan, MD, FAAP
Joan Villafior, MD, FAAP
Lourdes Navea, PA

Alfonso Quant, PA
Dora Rodriguez, PA
Donald Neal, NP-C

Tel. (916) 681-1130
(916) 714-9777
Fax. (916) 681-1133
(916) 714-9713

Acuerdo de Responsabilidad Financiera

La mejor práctica médica está basada en el entendimiento mutuo entre Doctor, Padre y Paciente.

Nuestra oficina requiere que la consulta sea pagada por completo a la hora de los servicios. La persona que trae al paciente a la cita es responsable por los cargos a menos que hayan hecho otros arreglos con la supervisora. Si después de 90 días de la fecha de la consulta, esta no a sido pagada, habrá un cargo de \$20 el cual será mandado a colecciones. Los beneficios de Medi-Cal son nulos si al momento de los servicios existe una póliza de aseguranza privada.

Falta de revelar la existencia de un seguro medico privado, puede ocasionar problemas en sus facturas medicas y usted sera responsable por los servicios rendidos. Yo autorizo pagos de mi aseguranza a Sacramento Valley Pediatrics por servicios prestados.

Yo entiendo que si debo cancelar mi cita lo hare no mas tarde que el dia antes de la cita, para cita canceladas el mismo dia o falladas Habra un cobro de \$25.00 que debo de pagar antes de mi proxima cita.

Iniciales _____

Tambien entiendo que si pierdo 2 citas sin cancelar me van a dar una advertencia. En la tercera ocasión mis servicios serán terminados y tendre 30 dias para buscar un doctor nuevo.

Padre / Tutor (Porfavor Circule)

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____



**SACRAMENTO VALLEY PEDIATRICS
MEDICAL GROUP INC.**

DBA: PEDIATRIC MEDICAL CENTER OF SACRAMENTO

Perla-Inez Maulino, MD, FAAP
Maria Nelisa Tan, MD, FAAP
Joan Villafior, MD, FAAP
Lourdes Navea, PA

Alfonso Quant, PA
Dora Rodriguez, PA
Donald Neal, NP-C

Tel. (916) 681-1130
(916) 714-9777
Fax. (916) 681-1133
(916) 714-9713

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Aviso de Normas de Privacidad

Los edicos siempre an protejido la confidencialidad de la informacion medica. Hoy la ley estatal y federal requieren que se le informe de como protejemos su informacion. Esta informacion esta puesta en nuestra sala de espera y esta disponible por escrito si usted lo desea.

Me an avisado de las normas de privacidad de Sacramento Valley Pediatrics.

Firma _____

Fecha _____