



Pediatric
Associates
of Conn., P.C.

160 Robbins St
Waterbury, CT 06708

229 Main Street South
Southbury, CT 06488

(203) 755-2999

*** NO ACEPTAMOS DISCOS / USB ***

Formulario de admisión de preinscripción

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ Edad: __ Sexo:
(circule uno) M / F

Nombre del padre: _____ Dirección: _____

De teléfono: _____ Correo electrónico:

Estado civil: (Marque uno) Casado Soltero Separado SI SE DIVORCIÓ: Custodia compartida
Custodia exclusiva

Compañía de seguros: _____ ID #: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____ Titular de la tarjeta D.O.B:

Verificación de PAC EMR: (Solo para uso de oficina) Fecha: _____ Por:

1. ¿Alguna vez ha sido paciente de Pediatric Associates o ha visitado a alguno de nuestros médicos? De ser así, ¿quién o cuándo?

2. ¿El nombre, la dirección y el número de teléfono del pediatra anterior?

3. Es política de Pediatric Associates of Conn., PC de acuerdo con la Academia Estadounidense de Pediatría que somos una práctica "pro-vacuna".

¿Está su hijo al día con sus vacunas? _____.

¿Su hijo ha sido completamente vacunado _____?

Nos referimos únicamente a las vacunas exigidas por el estado. La Vacuna COVID & GRIPE es opcional

4. ¿Necesita una cita? _____ ¿Cómo obtendrá la autorización médica? _____

Historial de nacimiento:

¿El bebé nació a término? Sí No

¿La madre fumó durante el embarazo? Sí No

¿La madre bebió alcohol durante el embarazo? Sí No

¿La madre usó drogas o medicamentos durante el embarazo? Sí No

¿Tuvo la madre alguna enfermedad o problema con el embarazo? Sí No

¿Qué? ¿Cuándo? En caso afirmativo explicar

¿Tuvo el bebé algún problema durante el embarazo o el parto? Sí No

En caso afirmativo explicar

Educación:

¿A qué escuela asiste su hijo?

¿Su hijo ha sido suspendido o expulsado alguna vez? Sí No

¿Está su hijo actualmente o alguna vez ha estado en un IEP (educación especial) o "plan 504"? Sí No

Legal:

¿Ha tenido el niño alguna participación pasada o actual con la policía o el sistema judicial?

Sí

Sin explicar:

Historia familiar:

¿Los padres del niño están casados, divorciados o separados? Si es divorciado, ¿con quién vive principalmente el niño?

¿Ha sufrido el niño abuso (físico, verbal, emocional o "sexual") dentro o fuera del hogar? En caso afirmativo, explique En caso afirmativo, explique

¿Alguien en su familia biológica ha sido diagnosticado con una condición de salud mental?

(Encierre en un círculo S o N)

Depresión Si No

Trastorno bipolar Si No

PTSD Si No

Abuso de sustancias Si No

Ansiedad Si No

Esquizofrenia Si No

Autismo Si No

Suicidio Si No

¿El niño ACTUALMENTE está tomando medicamentos PSIQUIÁTRICOS? Sí No

En caso afirmativo, enumere Medicamento Dosis Primera/última vez que lo tomaron Efecto del medicamento

¿El niño ha sido hospitalizado por razones psiquiátricas? Sí No

En caso afirmativo, describa fechas de hospitalización razón

Registrado por: _____