



Children's Medical Clinic of Santa Barbara, Inc.

15 E. Arrellaga • Santa Barbara, CA 93101

TELEFONO 805/965-1095

QUESTIONARIO DE NUEVO PACIENTE DEBE SER LLENADO POR UN PADRE O GUARDIAN

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Nombre legal del niño (apellido, primer, medio)		Sexo
Apodos del niño/a		Fecha de nacimiento
Lugar de nacimiento	Seguro Social	Numero de Aseguranza
Nombre de la madre (apellido, primer, medio)		
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Seguro Social
Oficio	Numero de Licencia de Manejar/Estado	
Domicilio		
Ciudad/Estado/Código Postal		
Telefono (trabajo)	Telefono (casa)	
CIRCULE UNO: CASADA SEPARADA DIVORCIADA MADRE SOLTERA GUARDIAN		
Nombre del padre (apellido, primer, medio)		
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Seguro Social
Oficio	Numero de Licencia de Manejar/Estado	
Domicilio (di es diferente al de arriba)		
Ciudad/Estado/Código Postal		
Telefono (trabajo)	Telefono (casa)	
CIRCULE UNO: CASADA SEPARADA DIVORCIADA MADRE SOLTERA GUARDIAN		
Nombre de personal responsable (si es otra persona que los padres)		
Relación	Seguro Social	
Oficio	Numero de Licencia de Manejar/Estado	
Domicilio (di es diferente al de arriba)		
Ciudad/Estado/Código Postal		
Telefono (trabajo)	Telefono (casa)	
Niño/a vive con	Relación al niño/a	

INFORMACIÓN DE SU ASEGURANZA

☐ HA AÑADIDO A SU HIJO/A A LA PÓLIZA DE SU ASEGURANZA?	
Subscridor de la póliza	
Nombre de su Asuguranza	Telefono
Dirrección de su Asuguranza	
Ciudad/estado/código postal	
# de Identificación/ # de Certificado/ # de Póliza	
Numero de Grupo	
Cantidad de su Co-pago	
Cantidad de su Deductible	
Numero de Telefono para Pre-autorización	
¿Sabe si su Aseguranza cubre gastos de cuidado preventivo o cuidado completo? _____	
Estoy consiente que mi Aseguranza quizás no cubra completo de los servicios adquiridos y estoy de acuerdo que soy responsable de pagar los gastos que no cubra mis aseguranza. Estoy de acuerdo de notificar la oficina de negocio si hay algún cambio en mi aseguranze, dirección, e informar al doctor u otro personal si se require autorización para referencias o admisión a un hospital.	
Pide que todo los paogs de beneficios autorizadas sean hechos a "Children's Medical Clinic of Santa Barbara, Inc." Autorizo exención de información medica al respecto del cuidado de mi hijo/a a la compania de aseugranza para determinar beneficios o benneficios pagables de servicios relacionados.	
X	
FIRMA	FECHA
Persona de contacto en caso de emergencia	Telefono
Nombres e edades de hermanos/as	

ANTECEDENTES FAMILIARES

Nombre de la madre del niño/a	Edad
Nombre de la padre del niño/a	Edad
Estado civil de los padres: √ ☐ Casados ☐ Divorciados ☐ Casados de nuevo ☐ Separados ☐ Solteros	
¿Con quien vive el niño/a? √ ☐ Mother ☐ Father ☐ Other _____	
Otros que viven en las casa (nombre/edad/relación)	
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	
5. _____	
¿Quien la cuida al niño/a de día o despues de la escuela?	

¿Hay algun miembro de la familia que padecia paddicia de esta condiciones?√	
Defecto/deformación de nacimiento	☐ Si ☐ No ☐ No se
Retardación or enfermedad mental	☐ Si ☐ No ☐ No se
Convulsiones/ataques de apoplejia	☐ Si ☐ No ☐ No se
Enfermedad familiar o heredada	☐ Si ☐ No ☐ No se
Enfermedad grave o fatal de infancia	☐ Si ☐ No ☐ No se
Problemas de los ojos o oídos	☐ Si ☐ No ☐ No se
Asma, fiebre de heno, eczema u otras alergias	☐ Si ☐ No ☐ No se
Tuberculosis	☐ Si ☐ No ☐ No se
Diabetes	☐ Si ☐ No ☐ No se
Enfermedad de tiroides	☐ Si ☐ No ☐ No se
Ataques cardiacos antes de cumplir de los 50 años	☐ Si ☐ No ☐ No se
Enfermedades cardica al nacer	☐ Si ☐ No ☐ No se
Colesterol alto	☐ Si ☐ No ☐ No se
Alta presión sanguínea	☐ Si ☐ No ☐ No se
Úlcer péptica	☐ Si ☐ No ☐ No se
Problema de los riñones	☐ Si ☐ No ☐ No se
Enfermedades de la sangre o de sangrar/Anemia por	
Celulas Falsiformas	☐ Si ☐ No ☐ No se
Envenenamiento accidental	☐ Si ☐ No ☐ No se
Se acostumbra fumar	☐ Si ☐ No ☐ No se
Problema de alcoholismo	☐ Si ☐ No ☐ No se
Problema de drogas	☐ Si ☐ No ☐ No se
Otros problemas de la salud	☐ Si ☐ No ☐ No se

HISTORIA

¿Sufrió la madre del niño/a de alguna enfermedad o problema (fuera de las náuseas del embarazo) durante su embarazo, dolores de parto o al dar a luz, of tomó algun medicamento √	☐ Si ☐ No ☐ No se
¿Nació prematuro el bebé?	☐ Si ☐ No ☐ No se
¿El bebé nació por operación Cesárea?	☐ Si ☐ No ☐ No se
¿Tenía el bebé algun problema respiratorio al nacer?	☐ Si ☐ No ☐ No se
¿Le dio a el bebé un ataque de ictericia (amarillo)	☐ Si ☐ No ☐ No se
¿Tuvo el bebé un ataque de apoplejia (convulsión)	☐ Si ☐ No ☐ No se
¿Tuvo el bebé cualquier otro problema al nacer o en las primeras cuatro semanas de vida?	☐ Si ☐ No ☐ No se
¿Se llevó al bebé del hospital a las casa en tiempo?	☐ Si ☐ No ☐ No se

Peso del bebé al nacer _____ libras _____ onzas

HISTORIA DE SALUD

Su hijo/a ha sufrido alguna vez o sufre ahora de cualesquiera de las siguientes condiciones √			
Viruela	☐ Si	☐ No	☐ No se
Escariatina	☐ Si	☐ No	☐ No se
Fiebre reumática	☐ Si	☐ No	☐ No se
Tuberculosis or prueba positiva para la misma	☐ Si	☐ No	☐ No se
Hepatitis	☐ Si	☐ No	☐ No se
Cirugia o operación	☐ Si	☐ No	☐ No se
Hospitalización	☐ Si	☐ No	☐ No se
Problemas iculares of de la vista	☐ Si	☐ No	☐ No se
Problemas del oído o sordena	☐ Si	☐ No	☐ No se
Problemas dental	☐ Si	☐ No	☐ No se
Problemas del habia	☐ Si	☐ No	☐ No se
Repetidos dolores de las garganta of amigdalitis	☐ Si	☐ No	☐ No se
Bronquitis o pulmonia	☐ Si	☐ No	☐ No se
Resuello siboso o asma	☐ Si	☐ No	☐ No se
Problemas de alergias	☐ Si	☐ No	☐ No se
Se le destila la nariz con frecuencia	☐ Si	☐ No	☐ No se
Repetidas herorragias nasales	☐ Si	☐ No	☐ No se
Repetida picazon de la piel o eczema	☐ Si	☐ No	☐ No se
Problemas estomacales o intestinales	☐ Si	☐ No	☐ No se
Hernia	☐ Si	☐ No	☐ No se
Urinación en la cama	☐ Si	☐ No	☐ No se
Problemas o infecciones renales or urinarios	☐ Si	☐ No	☐ No se
Anemia o problemas sanguíneos	☐ Si	☐ No	☐ No se
Condición cardica	☐ Si	☐ No	☐ No se
Alta presión sanguínea	☐ Si	☐ No	☐ No se
Desmayos	☐ Si	☐ No	☐ No se
Dolores o hinchazones de las conjunturas	☐ Si	☐ No	☐ No se
Problemas de los huesos/fracturas	☐ Si	☐ No	☐ No se
Convulsiones/ataques apopléticos	☐ Si	☐ No	☐ No se
Frecuentes dolores de cabeza	☐ Si	☐ No	☐ No se
Otros problemas de salud or graves enfermedades			

PROBLEMAS DEL COMPORTAMIENTO

Problemas disciplinarios o inabilidad para llevarse bien con los demás	☐ Si ☐ No ☐ No se
Inquietud, intranquilidad o desestructividad	☐ Si ☐ No ☐ No se
Nervios o temores inusuales	☐ Si ☐ No ☐ No se
Tristeza o depresión persistente	☐ Si ☐ No ☐ No se
Uso de tabaco, drogas o alcohol	☐ Si ☐ No ☐ No se
Actividad o molestación sexual	☐ Si ☐ No ☐ No se
Otros problemas de la conducta	☐ Si ☐ No ☐ No se

¿Tiene su hijo/a (que se sepa) cualquier alergia contra las medicinas (como la penicilina), las comidas, o las picaduras de insectos? _____

Signature _____

Date _____

DIRIJASE AL OTRO LADO DE FORMULARIO

EL FORMULARIO SE PUEDE ENVIAR A frontdesk@childrenssb.com