

# Ronald McDonald Care Mobile ®

## Registro de pacientes - Agosto 2014.May 2015

Para una cita llame al (423) 298-4469

---

### Información del paciente:

Apellido del Estudiante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Dirección del Estudiante \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social Del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Sexo: M F Raza: (circule uno) Blanco Negro Hispano Asiático Bi-Racial Otro

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Profesor \_\_\_\_\_

---

### Información del Padre / Tutor:

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador del Padre: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular #: \_\_\_\_\_

---

### Información del seguro:

 Complete toda la información para que nosotros no tengamos que copiar su tarjeta.

Mi hijo tiene:  No tiene seguro  
 TennCare-ID # \_\_\_\_\_  
 Cover Kids - ID # \_\_\_\_\_  
 Seguro Comercial Privado / Comercial (indique los detalles a continuación)

Compañía de Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Identificación o Numero de Póliza \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Pago compartido:\$ \_\_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

---

### Información de Contacto de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(¿Podemos dejar un mensaje?) Sí No

### Como padre / tutor del estudiante arriba:

Autorizo la revelación de cualquier información médica necesaria para procesar un cobro al seguro para el pago de los beneficios médicos a la Clínica Médica Escolar Móvil Ronald McDonald Care Mobile ®.

---

Firma del Padre / Tutor

---

Nombre del Padre / Tutor

---

Fecha

Registro Continúa en la Página Siguiente ►

# Historia Médica del Estudiante

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

## Historia clínica del paciente

ADD/ADHD	Sí	No	Enfermedades del Corazón	Sí	No
Asma	Sí	No	Enfermedades de Riñones	Sí	No
Problemas urinario/vejiga	Sí	No	Sangrado de la Nariz	Sí	No
Problemas en la sangre	Sí	No	Neumonía	Sí	No
Problemas del intestino/ Estreñimiento	Sí	No	Parto Prematuro	Sí	No
Cáncer/Leucemia	Sí	No	Problemas en la Columna	Sí	No
Depresión/Ansiedad	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Diabetes Mellitus	Sí	No	Anemia de células falciformes	Sí	No
Dolor de oído/Infecciones	Sí	No	Dolores de Estomago	Sí	No
Eczema	Sí	No	Usa anteojos o contactos	Sí	No
Infecciones frecuentes	Sí	No	Usa ayuda para oír	Sí	No
Dolores de cabeza	Sí	No	Problemas de Peso	Sí	No

## Medicamentos actuales:

¿Su hijo toma alguna medicina? Sí No

Si es así, escriba que medicinas: \_\_\_\_\_

## Alergias:

¿Su hijo tiene alergias? Sí Si es así, escriba a que esa alérgico) No

Alergias a comidas: \_\_\_\_\_

Alergias a Medicinas: \_\_\_\_\_

Animales o insectos: \_\_\_\_\_

¿Alergias que Requieren Inyecciones de Epinefrina? Yes No

## Información del Asma:

¿Tiene su hijo un inhalador? Sí No ¿Tipo de inhalador?: \_\_\_\_\_

¿Su hijo traerá el inhalador a la escuela? Sí No

¿Usa su hijo un nebulizador en casa? Sí No

## Cirugías / Hospitalizaciones:

¿Su hijo ha estado una noche en el hospital? Sí No ¿Número de visitas a la sala de emergencias el año pasado?

¿Su hijo ha tenido una lesión grave? Sí No \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido una cirugía? Sí No

## Historia Familiar

¿Tiene parientes de sangre de su hijo tenido los siguientes problemas? (Marque todas las que correspondan.)

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                      | <input type="checkbox"/> SIDA                           | <input type="checkbox"/> Hipertensión          | <input type="checkbox"/> células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto                | <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Drogas              |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migraña | <input type="checkbox"/> Problemas en los músculos      | <input type="checkbox"/> Derrame               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis        |
| <input type="checkbox"/> Muerte Súbita Infantil      | <input type="checkbox"/> Artritis/Defecto de nacimiento | <input type="checkbox"/> Alcoholismo           | <input type="checkbox"/> Ataques             |
| <input type="checkbox"/> Sordera temprana            | <input type="checkbox"/> Cáncer                         | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística   |

## Historia Social

¿Expuestos al humo del cigarrillo en el hogar? Sí No ¿Vive con los padres? Sí No

## Firma

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha