

Información del Paciente	Fecha de Hoy:	Favor de presentar Cedula de Identificación
Apellido:	Nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Edad:
Seguro Social:	Si tiene 16 años o mas : Emancipado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Nacimiento: / /
Dirección:	Depto.#:	Ciudad:
		Estado:
		Código Postal:
Teléfono de Casa:	Celular:	Idioma preferido:
Raza <input type="checkbox"/> Indio/Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/ Americano Africano <input type="checkbox"/> Blanco		
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> no Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Negarse a decir		

Información de la Persona Responsable del Pago	Quien trae al Paciente hoy? Indique su Relación al Paciente:
Apellido:	Nombre:
	Apellido de Soltera:
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Seguro Social:	Fecha de Nacimiento: / /
Estado Social: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado	
Dirección:	Depto.#:
	Ciudad:
	Estado:
	Código Postal:
Teléfono de Casa:	Celular:
	Trabajo:
Contacto en Caso de Emergencia:	Teléf. en Caso de Emergencia:
Nos ha visto en el Internet: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Correo Electrónico del Padre o Apoderado:	
Información: Como se entero de nosotros? <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Doctor que lo refirió <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Manejando lo vi	

Información del Garante del Seguro	Marque aquí si no tiene Seguro ()
Póliza de Seguro #1:	Nombre de la Compañía de Seguro Medico:
	Numero de Póliza:
Nombre del Garante de Seguros:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Relación al Paciente:
Estado Marital: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado	Fecha de Nacimiento: / / Seguro Social:
Dirección:	Depto.#:
	Ciudad:
	Estado:
	Código postal:
Teléfono de Casa:	Celular:
	Lugar de Empleo:
	Teléf. del Lugar de Empleo:
Póliza de Seguro #2:	Nombre de la Compañía de Seguro Medico:
	Numero de Póliza:
Nombre del Garante de Seguros:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Relación al Paciente:
Estado Marital: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado	Fecha de Nacimiento: / / Seguro Social:
Dirección:	Depto.#:
	Ciudad:
	Estado:
	Código postal:
Teléfono de Casa:	Celular:
	Lugar de Empleo:
	Teléf. del Lugar de Empleo:

Acuerdo de Responsabilidad Financiera	Reconocimientos	Favor leer con Atención
Entiendo que los cobros NO SON FINALES hasta que los registros médicos no sean revisados y el proceso de cobranza no se haya completado. En el caso que haya un saldo a mi favor al concluir la revisión de mi estado de cuenta, LSPUC tiene hasta 30 días para el reembolso en favor del titular del seguro medico, guardián o la persona responsable.		
Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar mis beneficios directamente a Little Spurs Urgent Care, PLLC (LSPUC). He leído, entiendo y estoy de acuerdo con el Acuerdo. Entiendo que los cargos que no cubra mi compañía de seguros, así como cualquier copago y deducible correspondiente son mi responsabilidad y son efectivos inmediatamente después que el paciente los reciba. En caso de que yo no haga el pago correspondiente, acepto pagar cualquier costo asociado con la cobranza de los mismos, pagos de los honorarios de abogados y el pago correspondiente a la corte asociados con la cobranza de los pagos por servicios, en caso fuesen necesarios.		
Entiendo que LSPUC, sus médicos, dueños y personal no tienen control sobre el proceso de los cargos por servicios: si son considerados o denegados por la compañía de seguros o por terceros contratados, o si los cargos se consideran dentro de la red o fuera de la red.		
Autorizo al personal de salud de LSPUC o sus representantes a dejar mensajes de voz en la buzón del teléfono provisto en esta forma, sobre resultados o alguna otra información relevante con el cuidado medico provisto.		
Por el presente documento autorizo al personal de LSPUC o a quien ellos hayan designado para proveer el servicio médico que sea considerado necesario. Entiendo que el médico y/o enfermera practicante y/o asistente médico va a explicar la(s) condición(es) médicas, riesgos, y opciones de tratamiento de la condición médica antes de iniciar tratamiento. Autorizo a LSPUC o a quien ellos asignen, a proveer tratamiento en caso se presente una emergencia o alguna condición no detectada previamente. Me pueden contactar al número de teléfono indicado en la parte de arriba de este documento en caso de resultados de emergencia o en caso sean necesarios cuidados médicos adicionales.		
Autorizo a LSPUC a que me manden información a través de correos electrónicos como encuestas, anuncios, avisos sobre eventos, artículos, enlaces electrónicos información medica general y marketing. Entiendo que yo puedo excluirme del programa de correos electrónicos cuando quiera simplemente siguiendo las instrucciones de "opt out".		
Por el presente documento, autorizo que mi historia clínica o la historia clínica del menor sea compartida con el medico de cuidados primarios. Esta y todas la subsiguientes autorizaciones en relación a Información Medica Protegida están acorde con las regulaciones federales HIPAA y con la Notificación de Prácticas sobre Privacidad (Privacy Practices Notice). Me ofrecieron (o me ofrecieron y no la acepté) una copia del Notice of Privacy Practices y las regulaciones concernientes a temas financieros del paciente.		
Siendo yo la persona que trae al menor (padre o madre, apoderado legal o persona autorizada por la ley de Texas), me hago responsable por los servicios recibidos por el menor. Asimismo me hago responsable del pago de dichos servicios, sin importar mi situación marital (divorciado o separado) o algún otro acuerdo externo que puede o no estar en vigor al momento del servicio.		
He leído las Pólizas de Little Spurs con respecto a autorizaciones, consentimiento, expedientes médicos, cobros, reenvielos, garantas, asignación de beneficios y correos electrónicos. He leído, entiendo y se me ha provisto de una copia de las políticas "Políticas Financieras del Paciente", "Información de Prácticas sobre Privacidad" y "Información para pacientes sobre reembolsos y balances monetarios" Cerifico que la información es provista es actual, precisa y verdadera.		
Firma del Paciente (si ya tiene 18 años), Padre, Apoderado o Persona que acompañe al Paciente		Fecha de Hoy

Today's Date _____ Patient Name _____ Date of Birth _____ Age _____
 Fecha _____ Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento mm/dd/yyyy _____ Edad _____

 Your relationship to child? _____ Primary Doctor Name: _____ Dr. Phone: _____
 Su relación al niño /a? _____ Médico de atención primaria _____ Telefono: _____

 Reason for today's visit _____
 Motivo de la visita de hoy _____

 Have You Traveled Outside the United States In The Past 12 Months? Yes No Where?
 ¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en los 12 meses pasados? Si No Donde? _____

Please circle all that apply to today's visit:

Favor de marcar con un círculo todas las que correspondan a la visita de hoy:

Please PRINT CLEARLY

- | | | | | | |
|---|----------------------|---------------------------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| General: Fever | Chills | Fatigue | Body Aches | Malaise | |
| General: Fiebre | Escalofríos | Fatiga | Dolores en el cuerpo | Malestar | |
| Eyes: Drainage | Pain | Redness | Blurred Vision | Injury | |
| Ojos: Drenaje | Dolor | Rojez | Visión borrosa | Lesión/Herida | |
| ENT: Nasal congestion | Runny nose | Sore throat | Sores in mouth | Ear pain | |
| ENT: Congestión | Secreción nasal | Dolor de garganta | Llagas en la boca | Dolor de oído | |
| Heart: Chest pain | Palpitations | Fast heartbeat | | | |
| Corazón: Dolor de pecho | Palpitaciones | Latidos rápidos del corazón | | | |
| Lungs: Cough | Chest congestion | Wheezing | Shortness of breath | | |
| Pulmones: Tos | Congestión del pecho | Sibilancias | Falta de aliento | | |
| GI: Abdominal pain | Nausea | Vomiting | Diarrhea | Constipation | Blood in stool |
| GI: Dolor Abdominal | Náusea | Vómitos | Diarrea | Estreñimiento | Sangre en las Heces |
| Kidneys: Painful urination | Frequent urination | Blood in urine | Flank pain | | |
| Riñones: Dolor al orinar | Orina frecuente | Sangre en la Orina | Dolor en el Lado | | |
| Skin: Rash | Itching | Growth | | | |
| Piel: Erupción | Picazón/Comezón | Crecimiento/Bulto | | | |
| Muscles/Bones: Joint pain | | Joint swelling | Limping | Injury | |
| Músculos/Huesos: Dolor en las articulaciones | | Hinchazón en las articulaciones | Cojeando | Herida | |
| Neurological: Headache | Dizziness | Seizure | Fainting | Muscle Weakness | |
| Neurólogo: Dolor de Cabeza | Mareo | Convulsiones | Desmayo | Debilidad muscular | |

Medical Conditions (Physical/Psychiatric/Developmental) List: _____

Condiciones Médicas (Físico/Psiquiátrico/del desarrollo)

Hospitalizations/Surgeries (reason and date) _____

Hospitalizaciones/Cirugías (razón y fecha)

Current Medications (prescription and over the counter) _____

Medicamentos (receta y en el mostrador)

Medication Allergies (name and reaction) _____

Alergia a Medicamentos (nombre y reacción)

Does Patient Smoke? Yes No (13 y/o or older) Shots up to date? Yes No Preferred Pharmacy _____

¿Fuma el Paciente? Si No (Mayores de 13 años) ¿Vacunas al día? Si No Farmacia Preferida

Pharmacy Cross Street / Address _____

Parent Name _____ Parent Phone # _____ Ok to leave message? Yes No

Nombre de Padre/Tutor

No. de teléfono

Se puede dejar mensaje? Si No

E-mail address: _____ (Refer to the Little Spurs e-mail Policy on the LS Demographic Form)

Home Address: _____ Apt _____ City _____ State _____ Zip _____

Dirección

For Office Use Only: ¡!!!** PRACTITIONER NAME: ***(Print) _____ Room _____

Para Uso Oficial Solamente

Wt: in kgs: _____ kgs Ht: _____ cm ALLERGIES: _____ NKDA _____

Time _____ Temp _____ RR _____ BP _____ / _____ HR _____ Sat _____

Time _____ Temp _____ RR _____ BP _____ / _____ HR _____ Sat _____

Orders: _____

Provider Signature X _____

Strep: + / -

Mono: + / -

Flu A: + / -

Flu B: + / -

HCG: + / -