

**CHRISTOPHER V. FLORES, MD  
A MEDICAL CORPORATION**

<b>Nombre del Paciente:</b> _____ <div style="text-align: center; margin-top: -10px;"> <span style="margin-right: 100px;">Nombre</span> <span>Apellido</span> </div>	<b>Fecha de Nacimiento:</b> _____  <b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
<b>Domicilio (Madre):</b> _____ <b>¿Podemos enviar información confidencial al domicilio de la madre?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Nombre de la Madre:</b> _____  <b>Tel: Casa:</b> _____ <b>Celular:</b> _____
<b>Domicilio (Padre):</b> _____ <b>¿Podemos enviar información confidencial al domicilio del padre?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Nombre del Padre:</b> _____  <b>Tel: Casa:</b> _____ <b>Celular:</b> _____
<b>Vive con:</b> <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Mamá y Papá <input type="checkbox"/> Otro: _____  <b>Escuela:</b> _____	<b>¿Dónde podemos dejar un mensaje?</b> Teléfono de <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Contacto de Emergencia:</b> Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Domicilio: _____  <p align="center"><b>EL DR. FLORES NO ACEPTA MEDICARE; NI CUALQUIER OTRO PLAN DE SALUD. SI TIENE PREGUNTAS SOBRE COMO LE AFECTA ESTO A USTED, POR FAVOR PREGUNTELE AL DR. FLORES O MARI.</b></p>	<b>AVISO: El Dr. Flores no acepta ni seguros de salud privados, ni Medicare, ni Medi-Cal, ni Healthy Families/Kids. Si usted tiene Medicare, le vamos a pedir que firme un contrato privado (Medicare Private Contract). Por favor tenga en cuenta que Medicare, Medi-Cal, Healthy Families/Kids, y HMOs no le permiten solicitar reembolso.</b>

<b>Información sobre Cobertura de Salud:</b> ¿Tiene Medicare Parte B? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Aunque no aceptamos ningún seguro de salud, necesitamos información sobre su plan de salud para coordinar su cuidado médico)</i>
<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Otro: _____       </div> <b>Cobertura Primaria:</b> Nombre: _____ ID#: _____ <b>Cobertura Adicional:</b> Nombre: _____ ID#: _____ <b>Nombre &amp; Domicilio del Miembro/Suscriptor (si no es usted):</b> _____  <b>Fecha de Nacimiento del Miembro/Suscriptor (si no es usted):</b> _____ <b>¿Qué relación de parentesco tiene usted al Miembro/Suscriptor?:</b> <input type="checkbox"/> Padre/Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____

<b>Idioma:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ <b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o De las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefiero no Responder <b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Ni Hispano, ni Latino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no Responder
---

<b>¿Cómo se dio cuenta del Dr. Flores?</b> _____
--

<b>Lista de Doctores/Proveedores de Salud:</b> _____ _____ _____	
--	--



CHRISTOPHER V. FLORES, MD  
A MEDICAL CORPORATION

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON SOLAMENTE PARA PACIENTES 5 AÑOS O MENOR  
POR FAVOR, NO SE LE OLVIDE FIRMAR ESTE FORMULARIO EN LA TERCERA PÁGINA**

**La Historia Médica y Nutritiva de Su Niño/a:**

¿Al nacer, comenzó a respirar o llorar inmediatamente su bebe?

Sí  No

¿Cuánto tiempo le dio pecho al bebe? \_\_\_\_\_

¿Estaba el bebe amarillo cuando nació?  Sí  No

¿En vez de pecho, le daba de comer al bebe usando leche de formula durante el primer año?  Sí  No

¿Tuvo el bebe problemas de la sangre con el factor RH?

Sí  No

Explique aquí por favor si tuvo problemas dándole de comer al bebe.  
\_\_\_\_\_

¿Le tuvieron que dar sangre?

Sí  No

¿Cuántos meses/años tenia el bebe cuando paró completamente de darle pecho? \_\_\_\_\_

Al nacer, ¿se miraba normal el bebe?  Sí  No

¿Cuántos meses/años tenia el bebe cuando le empezó a dar leche regular?  
\_\_\_\_\_

Al nacer, ¿le hicieron un examen de anemia falciforme?

Sí  No

¿Tuvo problemas o alergias el bebe? \_\_\_\_\_

Al nacer, ¿le hicieron un examen de PKU? En otras palabras, ¿le picaron el talón?

Sí  No

¿Cuántos meses/años tenia el bebe cuando le empezó a dar comida sólida?  
\_\_\_\_\_

¿Le dio pecho al bebe el PRIMER año?

Sí  No

¿Tuvo problemas o alergias el bebe? \_\_\_\_\_

Su Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Su Firma: \_\_\_\_\_

**CON MI FIRMA YOU RECONOZCO QUE TODA LA INFORMACION EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y CORRECTA.**