



NUEVA ACTUALIZACIÓN DEL FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PACIENTES

INFORMACION DEL NIÑO(A) - POR FAVOR USE LETRAS CLARAS

FECHA	NOMBRE DEL NIÑO(A) - APELLIDO,	NOMBRE	SEXO (M,F)
FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCION DE HOGAR		

HISTORIA DEL NIÑO(A)

	SI	NO
Quando fue el ultimo examen Fisico del niño (a) ?		
Tiene su niño (a) alguna alergia a una medicina ? La lista:		
Tiene su niño (a) alguna alergia comida ? La lista:		
Despues de ser vacunado su niño (a) a tenido Fiebre, Alta, deifcultas para respirar ?		
Tiene sus niño (a) problemas de diabetes, asthma, convulsiones o de autismo ?		
Quando fue el ultimo examen de Tuberculosis para su niño (a)		
Ha tenido su niño (a) el virus de Varicela ? Fecha ?		
Solo para niñas ? Quando fue su ultima menstruacion ?		
*Sabe usted si su niña esta embarazada ??		

INFORMACION DEL PADRE O TUTOR LEGAL

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL	DIRECCION DEL PADRE O TUTOR LEGAL	NUMERO DE TELEFONO
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------

INFORMACION DE SEGURO

TIPO DE SEGURO (SELECCIONE UNO)

- Medicaid, Medicaid Managed Care or NJ Family Care Nombre de Seguro _____
- No seguro

CONSENTOS

Yo Padre O Madre, doy permiso a esta County of Union, Department of Human Services, Union County Immunization Program que inmunizen a mi niño(a). Tambien para que soliciten su record de vacunas de su pediatra si es necesario. Entiendo y estoy de acuerdo que empleados de este programa que proveen vacunas gratis para los niños, pueden ponerse en contacto conmigo para recordarme la proxima cita de mi niño(a). Yo reconozco en recibir la Notificacion de Informacion de Practicas Privadas (HIPPA). Entiendo que el record de vacunas de mi niño(a) sera parte del Sistema de informacion de vacunas del estado de New Jersey un expediente computarizado ejecutado por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de New Jersey. Yo estoy acuerdo que la informacion dada es corecta. Esta County of Union, Department of Human Services, Union County Immunization Program no sera responsable en caso de embarazo.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL	FECHA
-------------------------------	-------