



Palm Beach Pediatric Hematology Oncology

12957 Palms West Drive Suite 103
Loxahatchee, FL 33470
Office: 561 798-9119
Fax: 561 798-9193

380 NW Prima Vista Blvd., Suite 105
Port Saint Lucie, FL 34983
Office: 772 252-6592
Fax: 772 237-3768

HISTORIA DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL NINO(a): _____

Cuál es la razón de la visita: _____

HISTORIA PRENATAL:

El niño(a) nació prematuro o embarazo completo ___ Vaginal/Cesárea ___ Peso al nacimiento ___ Altura ___

La madre tuvo alguna infección o enfermedad en el embarazo? _____

Madre tomo alguna medicina en el embarazo: _____

Alguna complicación en embarazo (Pre-eclampsia, Sangramiento excesivo)? _____

Alguna complicación en el parto (Distress Fetal)? _____

El niño(a) al nacer tuvo algún problema (sangramiento, moretones, anemia, plaquetas bajas)? _____

El infante tuvo que quedarse en el hospital más que la madre: _____ si, cual fue la razón: _____

Nombre del hospital donde nació el niño(a), ciudad, estado: _____

HISTORIA DE ENFERMEDADES PASADAS DEL PACIENTE

El niño(a) ha sido diagnosticado anteriormente? Si ___ No ___ Fecha: _____ Explique: _____

Hospitalizaciones: Si ___ No: ___ Nombre Hospital: _____ Fecha: _____

Razón de hospitalización: _____

Algún otro Problema Medico Mayor: Si: _____ No: _____

Problema Medico: _____

Cirugías: Si: _____ No: _____ Fecha: _____ Cirugía: _____

Alguna complicación en la cirugía/ Sangramiento en la cirugía: _____

Alguna enfermedad (Varicela, etc.)? Si ___ No ___ Enfermedad: _____

Fractura o Heridas Si: ___ No: ___ Herida: _____

Sangramiento o Moretones Si: ___ No: ___ Explique: _____

Conteos Anormales de la sangre (Glóbulos Blancos, Hemoglobina) Si: ___ No: ___ Explique: _____

Otro resultados de sangre anormales: Si: ___ No: ___ Explique: _____

Vacunas al día Si: ___ No: ___ Tipo de sangre: _____

Explique cualquiera de los anteriores: _____

Si su hijo es mayor de 18 años tiene testamento Si: ___ No: _____

MEDICINAS, VITAMINAS

DIETA

ALERGIAS

TRANSFUSION SANGRE



Palm Beach Pediatric Hematology Oncology

12957 Palms West Drive Suite 103
Loxahatchee, FL 33470
Office: 561 798-9119
Fax: 561 798-9193

380 NW Prima Vista Blvd., Suite 105
Port Saint Lucie, FL 34983
Office: 772 252-6592
Fax: 772 237-3768

HISTORIA FAMILIAR:

NOMBRE DEL NIÑO (A): _____

Padre (biológico): _____ **Edad:** _____

Problemas Medicos:- _____

Ocupación: _____

Madre (biológica): _____ **Edad:** _____

Problemas Médicos: _____

Ocupación: _____

HERMANOS (biológicos):

Nombre:	Edad:	Sexo:	completo/ medio	Problema Médicos
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

CONDICIONES MEDICAS (Familia biológica):

Abuelo paterno: _____

Abuela paterna: _____

Tío(s) paternos: _____

Tía(s) Paternos: _____

Primos Paternos: _____

Abuelo Materno: _____

Abuela Materna: _____

Tío(s) Maternos: _____

Tía(s) Maternos: _____

Primos Maternos: _____

*Por favor incluir cualquier enfermedad de la sangre, problemas de sangramiento (encías, nariz, periodos menstruales), y canceres.



Palm Beach Pediatric Hematology Oncology

12957 Palms West Drive Suite 103
Loxahatchee, FL 33470
Office: 561 798-9119
Fax: 561 798-9193

380 NW Prima Vista Blvd., Suite 105
Port Saint Lucie, FL 34983
Office: 772 252-6592
Fax: 772 237-3768

HISTORIA DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL NINO(A): _____

Quienes viven en la casa: _____

Quien cuida al niño mientras los padres trabajan: _____

RENDIMIENTO ESCOLAR:

Jardín/Prescolar/Colegio? _____

Que calificaciones saca el niño(a)? _____

Tiene algún problema del aprendizaje o de comportamiento? _____

DESAROLLO:

Su hijo(a) tiene algún problema de desarrollo? _____

EVALUACION DE SYSTEMAS:

Ha tenido frecuentemente problemas con: (por favor marque Si/No y explique):

_____ Cabeza: Dolores, mareos, herida, otros: _____

_____ Ojos: Problemas de visión, dolor, otros: _____

_____ Oídos: Problemas de audio, infecciones, dolor, otros _____

_____ Nariz: Congestión frecuente, sinusitis, sangramiento nasal, otros: _____

_____ Boca: Sangramiento en las encías, llagas, otros: _____

_____ Garganta: Dolor de garganta frecuente, problemas al tragar, otros: _____

_____ Cuello: Rigidez, ganglios inflamados, otros: _____

_____ Pulmones: Neumonía, tos, asma, otros: _____

_____ Corazón: Dolor de pecho, corto de aire, murmullo, otros: _____

_____ Abdominal: Vomito, dolor frecuente, diarrea, constipación, otros: _____

_____ Genitourinario: Periodo prolongados, infecciones vaginales, otros: _____

_____ Piel: Sarpullido, Moretones, otros: _____

_____ Neurológico: Problemas de desarrollo, convulsiones: _____

_____ Endocrinos: Diabetes, problemas de Tiroides, otros: _____

_____ Musculares: Dolor en las coyunturas/hinchazón, dificultad al caminar, otros: _____

_____ Hematología: Anemia, Sangramiento, otros: _____

_____ Nutrición: Cambios en el peso o Dieta, otros: _____

_____ Dolor: Dolores en diferentes áreas del cuerpo Descripción: _____

_____ Psicosocial: Depresión, Ansiedad, otros: _____

Si en alguna de las anteriores, por favor explique: _____

Algún otro problema específico que quiera discutir hoy? Si por favor explique: _____

Tiene alguna otra preocupación sobre su niño? Si, por favor explique: _____



Palm Beach Pediatric Hematology Oncology

12957 Palms West Drive Suite 103
Loxahatchee, FL 33470
Office: 561 798-9119
Fax: 561 798-9193

380 NW Prima Vista Blvd., Suite 105
Port Saint Lucie, FL 34983
Office: 772 252-6592
Fax: 772 237-3768

REGISTRACION DEL PACIENTE:

Fecha: _____

Nombre Del Paciente: _____

Su Nombre /Relación con el Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Sexo: __ M __ F Numero Seguro Social: _____

Dirección De la casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal _____

Teléfono de la Casa _____ No Del Trabajo: _____ Celular: _____

Email: _____

Nombre del Pediatra: _____ No De Teléfono: _____

Farmacia: _____ Ubicación _____ No Teléfono () _____

Que otro Doctor aparte del pediatra ve al niño (a): _____

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección (si es diferente) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la Casa () _____ Celular: () _____

Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección (si es diferente) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACION DEL SEGURO

Compañía: _____ Número de la Póliza: _____

Nombre del Principal: _____ Relación con el paciente _____

Dirección (si es diferente) _____

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Firma _____ Fecha _____ Testigo: _____



Palm Beach Pediatric Hematology Oncology

12957 Palms West Drive Suite 103
Loxahatchee, FL 33470
Office: 561 798-9119
Fax: 561 798-9193

380 NW Prima Vista Blvd., Suite 105
Port Saint Lucie, FL 34983
Office: 772 252-6592
Fax: 772 237-3768

PALM BEACH PEDIATRIC HEMATOLOGY ONCOLOGY

Yo _____ autorizo a Melissa S Singer M.D., P.A. dba Palm Beach Pediatric Hematology Oncology y su personal a atender a my hijo (a)

Nombre Del Paciente Fecha de Nacimiento

Yo autorizo a las siguientes personas a traer a consulta a mi hijo (a).

Nombre: _____ Relación al Paciente _____

Nombre: _____ Relación al Paciente _____

Nombre: _____ Relación al Paciente _____

Está bien dejar mensaje de voz con resultados médicos () _____ No dejar Resultados en Mensaje de voz

Firma del Padre/ Guardian Legal Fecha

Nombre del Padre/Guardian Legal



Palm Beach Pediatric Hematology Oncology

12957 Palms West Drive Suite 103
Loxahatchee, FL 33470
Office: 561 798-9119
Fax: 561 798-9193

380 NW Prima Vista Blvd., Suite 105
Port Saint Lucie, FL 34983
Office: 772 252-6592
Fax: 772 237-3768

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL RECORDS

Date: _____

Physician/Facility Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

(Please Print)

I hereby authorize and request the complete Medical Record of the child listed above to be released to:

Palm Beach Pediatric Hematology Oncology

Melissa S. Singer, M.D., PA

12957 Palms West Drive, Suite 103

Loxahatchee FL, 33470-4989

561-798-9119 (office)

561-798-9193 (fax)

Signature of Parent / Legal Guardian

Date

This consent for disclosure of medical information will be honored for the request only and will not be transferable for any additional information without the express written consent of the patient. It expires immediately upon completion of this action. I understand I may revoke this consent at any time except to the extent that the action has been taken in reliance on my consent. No other disclosure to other parties by release is permitted without the express written consent of the parent/legal guardian/patient. I have read and fully understand the above information and hereby give my permission



Palm Beach Pediatric Hematology Oncology

12957 Palms West Drive Suite 103
Loxahatchee, FL 33470
Office: 561 798-9119
Fax: 561 798-9193

380 NW Prima Vista Blvd., Suite 105
Port Saint Lucie, FL 34983
Office: 772 252-6592
Fax: 772 237-3768

PALM BEACH PEDIATRIC HEMATOLOGY ONCOLOGY

Receipt of Notice of Privacy Practices

Written Acknowledgement Form

I, _____, yo he leído las Notice of Privacy Practices

Parent/Guardian Name **(please print)**

From Melissa S. Singer, M.D., P.A. dba Palm Beach Pediatric Hematology Oncology.

Firma del Padre/ Guardian Legal

Fecha

Nombre del Padre/Guardian Legal



Palm Beach Pediatric Hematology Oncology

12957 Palms West Drive Suite 103
Loxahatchee, FL 33470
Office: 561 798-9119
Fax: 561 798-9193

380 NW Prima Vista Blvd., Suite 105
Port Saint Lucie, FL 34983
Office: 772 252-6592
Fax: 772 237-3768

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

1. RESPONSABILIDAD FINANCIERA INDIVIDUAL

- a) Yo entiendo que soy financieramente responsable del seguro de salud, deducible, copago, y servicios no cubiertos por el seguro de mi hijo (a) .
- b) Copagos y deducibles tienen que ser pagados en la visita.
- c) Si el seguro de mi hijo requiere de un referido o autorización de su pediatra yo soy responsable de adquirirlo.
- d) En el evento que el seguro de salud de mi hijo no pague por las consultas o visitas al hospital yo soy responsable del pago por los servicios prestados.
- e) Si mi hijo no tiene seguro yo acepto pagar el día que los servicios fueron ofrecidos.

2. AUTORIZACION PARA COBRAR AL SEGURO

- a) Yo autorizo pago directo del beneficio medical hacia Palm Beach Pediatric Hematology Oncology de los servicios prestados a mi hijo (a).

3. CANCELACION DE CITAS

- b) Yo me comprometo a llamar 24 horas antes de la cita de mi hijo(a) para cancelar o cambiar.

Firma del Padre/ Guardian Legal

Fecha

Nombre del Padre/Guardian Legal