



Medical Record Number \_\_\_\_\_

Patient Name \_\_\_\_\_

Nombre de paciente \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo Fecha de Nacimiento

Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

INFORMACION DE PADRE

Nombre de Padre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo

Empleo de Padre \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Domicilio de trabajo \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

INFORMACION DE MADRE

Nombre de Madre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo

Empleo de Madre \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Domicilio de trabajo \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Hermanos o hermanas

Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Un amigo o pariente en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono ( ) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Aseguranza del paciente: \_\_\_\_\_

El paciente es alergico/a a medicinas? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Yo no se \_\_\_\_\_

Nombre de Medicina \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Yo entiendo que si no cancel la cita en 24 horas o no me present a mi cita, soy responsable de pagar \$30 dolares.  
Por favor presente esta informacion. Presenta su tarjeta de aseguranza medica le tomaremos una copia.  
Por favor recuerde qu el pago es su obligacion.**

NOMBRE DE PADRE/GUARDIÁN: \_\_\_\_\_ (FIRMA): \_\_\_\_\_

Nombre del paciente:

Fecha de Nacimiento:



QUESTIONNAIRE • FAMILY HISTORY

ANTECEDENTES FAMILIARES: Marque (v) todo lo que corresponda a cada familiar.

Patient Label

Parentesco	Alcoholismo	Artritis	Asma	Anomalías congénitas	Cáncer	EPOC	Depresión	Diabetes	Drogadicción	Muerte prematura	Hipoacusia o sordera parcial	Cardiopatía	Hiperlipidemia	Hipertensión	Nefropatía	Dificultades de aprendizaje	Trastornos psíquicos	Deficiencia mental	Aborto espontáneo	Accidente cerebrovascular	Pérdida de visión	
Madre																						
Padre																						
Hermana																						
Hermano																						
Hija																						
Hijo																						
Tía materna																						
Tío materno																						
Tía paterna																						
Tío paterno																						
Abuela materna																						
Abuelo materno																						
Abuela paterna																						
Abuelo paterna																						

Por favor indique otras enfermedades graves de la familia que no se hayan mencionado: \_\_\_\_\_

Indique si el paciente es adoptado  Sí  No

Por favor indique si no dispone de información sobre antecedentes familiares. \_\_\_\_\_

¿Cuántos hermanos tiene el paciente? \_\_\_\_\_

Si tiene hermanos, indique los nombres. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado el paciente o le han operado de algo?

En caso afirmativo, por favor explique. \_\_\_\_\_

**Pediatric Group of Monterey**

1900 Garden Rd. Suite 110, Monterey, CA 93940



CONSENT • AUTHORIZATION TO TREAT A MINOR/  
AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR DE EDAD

Medical Record Number

Patient Name

Patient Label

Yo/nosotros, signatario/s de este documento, como madre o padre/s del menor \_\_\_\_\_, por el presente autorizo/autorizamos a las siguientes personas a traer a dicho menor a este centro médico, de modo que dichas personas puedan, en nombre del signatario/de los signatarios, otorgar su consentimiento para que se lleven a cabo los exámenes de rayos X, se realicen los diagnósticos o se administren los tratamientos anestésicos, médicos o quirúrgicos, y se proporcionen los cuidados hospitalarios aconsejados por, y efectuados bajo la supervisión —general o específica— de, cualquier médico o cirujano, ya sea o no que dicho diagnóstico sea hecho o dicho tratamiento prestado, en el grupo pediátrico de Monterey (*Pediatric Group of Monterey*).

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Queda entendido que esta autorización es otorgada con antelación a que se precise diagnóstico, tratamiento o cuidado hospitalario alguno, pero se otorga al objeto de facultar y autorizar a mi/nuestro representante o representantes arriba mencionados, a dar su consentimiento específico a todos y cada uno de los diagnósticos, tratamientos o cuidados hospitalarios que el médico antes mencionado estime aconsejable según su mejor juicio y criterio. Queda asimismo entendido que el representante o los representantes arriba mencionados procurarán por todos los medios comunicarse con el signatario/los signatarios de este documento antes de que se preste tratamiento de emergencia al paciente.

Esta autorización permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha de su firma, a menos que su revocación sea comunicada por escrito al representante o a los representantes ya mencionados.

Fecha de la autorización: \_\_\_\_\_

Madre, padre(s) o tutor: \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Firma)