

13976 Baltimore Avenue, Laurel, MD  
831 University Blvd, Suite 32, Silver Spring, MD

301-776-9000  
301-439-0099

## LAUREL CHILDREN'S CLINIC FORMULARIO DE REGISTRACION

Fecha:		PCP:			
<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>					
Apellido:		Primer Nombre:	Fecha De Nacimiento:		
Dirección:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Apt#		Numero de Casa:	( )		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	Numero de Trabajo:	( )	
Correo Electrónico:		@	Numero de Celular:	( )	
Farmacia y Dirección:		Se puede dejar mensajes ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Numero de Farmacia:					
Ocupación Del Padre/Madre:		Empleador:	Numero de Empleador:	( )	
Dirección	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:		
Nombre y Apellido de la mama:					
Fecha Del Nacimiento De La Mama:					
Quién lo refirió a esta oficina?					
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>					
Persona responsable de seguro:	Fecha De Nacimiento:	Dirección:	Numero de Casa:	( )	
Nombre del suscriptor:	Numero del S.S del suscriptor:	Fecha De Nacimiento :	Numero del Grupo:	Numero de poliza:	Co-pago: \$
Relación del paciente con el suscriptor:	<input type="checkbox"/> Padres	<input type="checkbox"/> Pariente	<input type="checkbox"/> Amigo		
Seguro Principal:	Persona que autoriza el tratamiento:		Numero De Casa:	( )	
Dirección	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal		
Seguro secundario:	Nombre del suscriptor:	Numero de grupo:	Numero de poliza:		
Relación del suscriptor con paciente:	<input type="checkbox"/> Padres	<input type="checkbox"/> Pariente	<input type="checkbox"/> Amigo		
<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>					
Nombre de un pariente que no viva en la misma casa:	Relación el Paciente:	Numero de casa:	Numero de celular:	( )	( )
La anterior información es verídica de acuerdo a mi conocimiento. Autorizo a los beneficiarios del seguro a que paguen directamente a LAUREL CHILDREN'S CLINIC. Entiendo que soy responsable financieramente por cualquier saldo ó pago de la diferencia, de acuerdo con la explicación de los beneficios. Autorizo a LAUREL CHILDREN'S CLINIC ó a la compañía de seguros a dar a conocer toda la información necesaria para procesar mi reclamación y permito que una copia de ésta autorización sea utilizada en lugar del original. Esta autorización puede ser revocada por mí o por mi compañía de seguros en cualquier momento por escrito.					
Firma del padre/tutor			Fecha:		

**Inventario de Salud de Niños**  
 (De Nacimiento – 12 Años)  
**Favor de Completar Ambos Lados**

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

**\*\* Por favor traiga la cartilla de vacunas de su niño para que podamos hacer una copia.\*\***

**Inquietudes**

1. ¿Hay algo en particular que a usted le preocupa  
 concierne a su niño? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Historia Prenatal y de Nacimiento**

2. Peso al Nacer \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_  
 3. ¿Nació temprano su bebé?  Si  No  
 ¿Nació tarde su bebé?  Si  No  
 Si respondió que si a alguna de las preguntas, ¿cuántas  
 semanas tarde o temprano? \_\_\_\_\_  
 4. ¿Nació su bebé en la casa?  Si  No  
 5. Edad de la madre en el tiempo de este embarazo  
 \_\_\_\_\_  
 6. Número de embarazos \_\_\_\_\_  
 7. Número de niños vivos \_\_\_\_\_  
 8. Mes en que comenzó a recibir atención prenatal  
 \_\_\_\_\_  
 9. ¿Sangró alguna vez durante el embarazo?  Si  No  
 10. ¿Flu u otra infección durante el embarazo?  Si  No  
 11. ¿Vomitó persistentemente durante este embarazo?  
 Si  No  
 12. ¿Necesitó drogas además de vitaminas o hierro?  
 Si  No  
 13. ¿Sufrió la alta presión (sanguínea) durante este  
 embarazo?  Si  No  
 14. ¿Tuvo otra enfermedad o accidente durante este  
 embarazo?  Si  No  
 15. ¿Estuvieron preocupados usted o su médico  
 concierne a este embarazo?  Si  No  
 16. ¿Bebió alcohol o usó drogas de la calle durante este  
 embarazo?  Si  No  
 17. ¿Participó en WIC?  Si  No  
 18. ¿Cuánto tiempo estuvo en el parto? \_\_\_\_\_  
 19. ¿Hubo alguna dificultad con el parto?  Si  No

Si la respuesta es "si", por favor explique: \_\_\_\_\_

20. Favor de poner un círculo alrededor de cualquiera de los  
 siguientes que ocurrieron durante las primeras dos  
 semanas después de nacer:

ictericia (color amarillo)	nervioso
color azul	estada larga en el hospital
cólicos	problemas para respirar
infecciones	lloró mucho
dificultad para mamar	la madre estuvo deprimida

21. ¿Ha tenido su niño la prueba de tuberculosis (TB) que  
 se hace en la piel?  Si  No

Si la respuesta es "si", fecha \_\_\_\_\_

- a) ¿Nació en el extranjero su niño?  Si  No  
 b) ¿Ha tenido contacto cercano su niño con una  
 persona que tiene tuberculosis infecciosa?  
 Si  No

**Desarrollo**

22. Indique la edad cuando su niño:  
 sonrió o respondió \_\_\_\_\_  
 se dió vuelta \_\_\_\_\_  
 se sentó solo \_\_\_\_\_  
 gateó \_\_\_\_\_  
 tomó 10 pasos solo \_\_\_\_\_  
 juntó palabras \_\_\_\_\_  
 se enseñó a orinar \_\_\_\_\_  
 se enseñó a usar el baño \_\_\_\_\_  
 tuvo su primer regla \_\_\_\_\_

**Social**

23. ¿Quién vive con su niño? (nombre, relación, edad)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 24. ¿Nota usted alguna diferencia en su niño comparado  
 con otros niños de su edad?  Si  No  
 Si respondió que "si", ¿diga en que manera? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 25. ¿Se lleva bien su niño con los maestros en la escuela?  
 Aún no asiste  Si  No  
 26. ¿Aprende fácilmente su niño en la escuela?  
 Aún no asiste  Si  No  
 27. ¿Necesita ayuda extra su niño en la matemática o en la  
 lectura?  Aún no asiste  Si  No  
 28. ¿Se lleva bien su niño con los otros niños?  Si  No  
 29. ¿Ha mostrado un comportamiento agresivo su niño de  
 manera verbal, física o sexual?  Si  No  
 30. ¿Durante los pasados 12 meses, ha estado su niño en  
 una relación donde hay amenazas, empujones,  
 arrebatos, golpes, patadas, romper cosas u otras  
 lastimaduras?  Si  No  
 31. Ponga un círculo alrededor de las palabras que  
 describen a su niño:  
 no hace caso se chupa los dedos  
 lento para aprender se muerde las uñas  
 celoso hace berrinches  
 hiperactivo deja de respirar  
 irritable tiene pesadillas  
 mal genio batalla para dormir  
 niño feliz dificultad del habla  
 no pone atención niño bueno  
 come tierra o pintura tiene que pegarle seguido

(ver otro lado)

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

**\*\* Por favor traiga la cartilla de vacunas para que podamos hacer una copia.\*\***  
*Favor de preguntar al médico acerca de cualquier pregunta que usted no entienda.*

1. ¿Como le gusta que le llamen? \_\_\_\_\_
2. ¿Quien vive en su hogar? (nombre, relación, edad) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
3. ¿A donde asiste a la escuela? \_\_\_\_\_
4. ¿En que grado va? \_\_\_\_\_
5. ¿Cual es el promedio de grados que saca? \_\_\_\_\_

**Historia**

6. Anote sus problemas de salud que tiene o ha tenido: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
7. Anote los medicamentos actuales o productos de piel que está usando, incluyendo medicamentos sin receta o de hierbas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
8. ¿Es alérgico a alguna medicina?  Si  No  
 Si respondió "si", indique el nombre de medicamento y las reacciones:  
 \_\_\_\_\_
9. ¿Ha estado internado alguna vez en el hospital?  Si  No  
 ¿Por cual razón? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Nutrición**

10. Anote lo que ha comido en las pasadas 24 horas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
11. Anote el número de porciones que usted come de estas comidas a diario:  
 \_\_\_\_\_ pan/pasta \_\_\_\_\_ leche  
 \_\_\_\_\_ carne \_\_\_\_\_ frutas \_\_\_\_\_ verduras
12. Indique el número de comidas que come al día:  
 1  2  3  4  5
13. ¿Usa laxantes o se provoca el vómito para mantener su peso bajo?  
 Si  No

**Dental**

14. ¿Se cepilla los dientes a diario?  Si  No
15. ¿Se limpia los dientes a diario con hilo?  Si  No
16. ¿Visita al dentista por lo menos una vez al año?  Si  No

**Seguridad**

17. ¿Usa cinturón de seguridad en el auto?  Si  No
18. ¿Usa casco de bicicleta o de motocicleta cuando se monta?  Si  No
19. ¿Tiene detector de humo en su casa?  Si  No
20. ¿Tiene un extintor de fuego en su casa?  Si  No
21. ¿Sabe nadar?  Si  No
22. ¿Están sus inmunizaciones (vacunas) al día?  No se  Si  No

23. Indique cualquiera de los siguientes que le preocupan:
  - su peso
  - su estatura
  - dificultad para dormir
  - pesadillas
  - alérgias
  - ronchas en la piel
  - reacción a mordida de insecto
  - desmayos
  - convulsiones
  - concusión cerebral
  - visión borrosa
  - dolores de cabeza
  - dolor de oídos
  - pérdida de audición
  - hemorragia nasal
  - fuegos en la boca
  - dolor en el pecho
  - dificultad para respirar
  - silbido en el pecho
  - asma
  - pulmonia
  - bronquitis
  - fiebre del heno
  - estreñimiento
  - diarrea
  - dolor del estomago
  - nausea
  - sangramiento del recto
  - deshecho vaginal
  - deshecho de la pene
  - sangre en la orina
  - se orina en la cama
  - fracturas (huesos quebrados)
  - lesiones de deportes
  - dolor de espaldas
  - huesos o coyunturas dolorosas
  - depresión
  - problemas en la escuela
  - problemas en la familia
  - necesita consejería

**Inmunizaciones**

24. ¿Nació en el extranjero?  Si  No  
 25. ¿Ha tenido contacto cercano con una persona infectada con tuberculosis o que ha estado en la cárcel o en una instalación de largo plazo?  
 Si  No

**Sexualidad**

26. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez?  Si  No  
 27. ¿Qué método de control de natalidad usó o usa?  
 28. ¿Usa condones ahora, o ha usado condones en el pasado?  Si  No  
 29. ¿Cree usted que alguna vez ha sido expuesto(a) o a recibido tratamiento por una enfermedad transmitida sexualmente?  Si  No  
 30. ¿Conoce usted las síntomas de enfermedades transmitidas sexualmente o de enfermedades venéreas?  Si  No  
 31. ¿Desea información sobre el embarazo o acerca de métodos de control?  Si  No  
 32. ¿Desea información sobre enfermedades transmitidas sexualmente?  Si  No

**Social**

33. ¿Espera usted tener éxito usualmente en lo que hace?  
 Si  No  
 34. ¿Cree usted que se lleva bien con la mayoría de las personas que le conocen?  
 Si  No  
 35. ¿Se lleva bien con sus padres?  
 Si  No  
 36. Durante los pasados 12 meses, ha estado en una relación donde su compañero(a) le haya amenazado, empujado, golpeado, pateado, quebrado cosas o de otra manera lastimado?  Si  No  
 37. Durante los pasados 12 meses, ha experimentado algún contacto físico desagradable? Contacto sexual forzado? Abuso?  Si  No  
 38. ¿Se le hace difícil concentrarse en una tarea o trabajo?  
 Si  No  
 39. ¿Ha pensado una vez en suicidarse?  Si  No  
 40. ¿Se preocupa por alguna persona cercana a usted tal como amistades o parientes?  Si  No  
 41. ¿Desea lastimarse o cortarse a si mismo?  
 Si  No

**Humor**

42. ¿Qué tan seguido se encuentra afectado por alguno de estos humores o genios?  

	poco	ocasionalmente	seguido
enojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aburrimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frustración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soledad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
timidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
presionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Riesgos de Salud**

43. ¿Fuma cigarros?  Si  No  
 Cuantos por día? \_\_\_\_\_  
 44. ¿Fuma marijuana?  Si  No  
 45. ¿Usa tabaco de masticar o rapé?  Si  No  
 46. ¿Usa cocaína o "crack"?  Si  No  
 47. ¿Usa anfetaminas/meth/crank?  Si  No  
 48. ¿Toma bebidas alcohólicas?  Si  No  
 49. Se pone a oler pegamentos o aerosoles?  
 Si  No

**Historia Familiar**

50. Indique cualquiera de los siguientes problemas que sus padres, hermanos hermanas, abuelos, tías, tíos, o primos han tenido y diga quien:

- |   |         |
|---|---------|
|   | ¿quien? |
| <input type="checkbox"/> alcoholismo            | _____   |
| <input type="checkbox"/> enfermedad heredada    | _____   |
| <input type="checkbox"/> alérgias               | _____   |
| <input type="checkbox"/> asma                   | _____   |
| <input type="checkbox"/> cáncer                 | _____   |
| <input type="checkbox"/> abuso de niños         | _____   |
| <input type="checkbox"/> convulsiones           | _____   |
| <input type="checkbox"/> depresión              | _____   |
| <input type="checkbox"/> diabetes               | _____   |
| <input type="checkbox"/> problema de drogas     | _____   |
| <input type="checkbox"/> enfermedad del corazón | _____   |
| <input type="checkbox"/> alta presión           | _____   |
| <input type="checkbox"/> pasado de peso         | _____   |
| <input type="checkbox"/> suicidio               | _____   |
| <input type="checkbox"/> tuberculosis           | _____   |

**Historia de Menstruación de Mujeres**

51. ¿A qué edad comenzó a menstruar? \_\_\_\_\_  
 52. ¿Tiene algún problema con su periodo o regla?  
 Si  No  
 53. ¿Tiene periodos irregulares?  Si  No  
 54. ¿Le dan calambres?  Si  No  
 55. ¿Toma medicamentos debido a su regla?  
 Si  No  
 56. ¿Tiene bultos en los senos o deshecho de los pezones?  
 Si  No  
 57. ¿Alguna vez ha estado embarazada?  Si  No  
 58. ¿Alguna vez ha tenido un aborto?  Si  No

**Varones**

59. ¿Ha tenido bultos en los testículos?  Si  No  
 60. ¿A embarazado a alguien?  Si  No

**For official use only**

Reviewed by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



Notice of Privacy Practices  
April 7, 2003

Effective Date

**Laurel Children's Clinic**

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

**This Notice Describes How Medical Information About You May Be Used and Disclosed and How you Can Get Access to This Information.  
Please Review It Carefully.**

The Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA) requires all health care records and other individually identifiable health information (protected health information) used or disclosed to us in any form, whether electronically, on paper, or orally, be kept confidential. This federal law gives you, the patient, significant new rights to understand and control how your health information is used. HIPAA provides penalties for covered entities that misuse personal health information. As required by HIPAA, we have prepared this explanation of how we are required to maintain the privacy of you health information and how we may use and disclose you health information.

Without specific written authorization, we are permitted to use and disclose your health care records for the purposes of treatment, payment and health care operations.

- Treatment means providing, coordination, or managing health care and related services by one or more health care providers.
- Payment means such activities as obtaining reimbursement for services, confirming coverage, billing or collection activities, and utilization review. An example of this would be billing you medical plan for your medical services.
- Health care operations include the business aspects of running our practice, such as conducting quality assessment and improvement activities, auditing functions, cost-management analysis, and customer services. An example would include a periodic assessment of our documentation protocols, etc.

In addition, your confidential information may be used to remind you of an appointment ( by phone or mail) or provide you with information about treatment options or other health-related services including release of information to friends and family member that are directly involved in you care or who assist in taking care of you. We will use and disclose your PROTECTED HEALTH INFORMATION when we are required to do so by federal, state or local law. We may disclose your PROTECTED HEALTH INFORMATION to public health authorities that are authorized by law to collect information, to a health oversight agency for activities authorized by law included but not limited to: response to a court or administrative order, if you are involved in a lawsuit or similar proceeding, response to a discovery request, subpoena, or other lawful process by another party involved in the dispute, but only if we have made an effort to inform you of the request or to obtain an order protecting the information the party has requested. We will release your PROTECTED HEALTH INFORMATION if requested by a law enforcement official for any circumstance required by law. We may release your PROTECTED HEALTH INFORMATION to organization that handle organ, eye or tissue procurement or transplantation, including organ donation banks, as necessary to facilitate organ or tissue donation and transplantation if you are an organ donor. We may use and disclose your PROTECTED HEALTH INFORMATION when necessary to reduce or prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of another individual or the public.

Under these circumstances, we will only make disclosures to a person or organization able to help prevent the threat. We may disclose your PROTECTED HEALTH INFORMATION if you are a member of U.S. or foreign military forces (including veterans) and if required by the appropriate authorities. We may disclose your PROTECTED HEALTH INFORMATION to federal officials for intelligence and national security activities authorized by law. We may disclose PROTECTED HEALTH INFORMATION to federal officials

in order to protect the President other officials or foreign heads of state, or to conduct investigations. We may disclose your PROTECTED HEALTH INFORMATION to correctional institution or law enforcement officials if you are an inmate or under the custody of the law enforcement official. Disclosure for these purposes would be necessary: (a) for the institution to provide health care services to you, (b) for the safety and security of the institution, and/or (c) to protect your health and safety or the health and safety of other individuals or the public. We may release your PROTECTED HEALTH INFORMATION for workers' compensation and similar programs.

Any other uses and disclosures will be made only with your written authorization. You may revoke such authorization in writing and we are required to honor and abide by that written request, except to the extent that we have already taken actions relying on your authorization.

You have certain rights in regards to your PROTECTED HEALTH INFORMATION, which you can exercise by presenting a written request to our Privacy Officer at the practice address listed below:

- The right to request restrictions on certain uses and disclosures of PROTECTED HEALTH INFORMATION, including those related to disclosures to family members, other relatives, close personal friends, or any other person identified by you, We are, however, not required to agree to a requested restriction. If we do agree to a restriction, we must abide by it unless you agree in writing to remove it.
- The right to request to receive confidential communications of PROTECTED HEALTH INFORMATION from us by alternative means or at alternative locations.
- The rights to access inspect and copy your PROTECTED HEALTH INFORMATION.
- The right to request an amendment to your PROTECTED HEALTH INFORMATION.
- The right to receive an accounting of disclosures of PROTECTED HEALTH INFORMATION outside of treatment, payment and health care operations.
- The right to obtain a paper copy of this notice from us upon request.

We are required by law to maintain the privacy of your PROTECTED HEALTH INFORMATION and to provide you with notice of our legal duties and privacy practices with respect to PROTECTED HEALTH INFORMATION.

We are required to abide by the terms of the Notice of Privacy Practices currently in effect. We reserve the right to change the terms of our Notice of Privacy Practices and to make the new notice provisions effective for all PROTECTED HEALTH INFORMATION that we maintain. Revisions to our Notice of Privacy Practices will be posted on the effective date and you may request a written copy of the Revised Notice from this office.

You have the right to file a formal, written complaint with us at the address below, or with the Department of Health & Human Services, Office of Civil Rights, in the event you feel your privacy rights have been violated. We will not retaliate against you for filing a complaint.

For more information about our Privacy Practices, please contact:

Title of Privacy Official	Physician
Name of the Privacy Official	Nitin Chopde
Name of the Practice	Laurel Children's Clinic
Address of Practice	13932 Baltimore Avenue, Laurel, MD 20707 831 E. University Blvd, Suite 32, Silver Spring, MD 20903
Phone number of Privacy Official	301-776-9000

For More information about HIPAA or to file a complaint:

The U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights  
200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201  
877-696-6775 (toll-free)



**Laurel Children's Clinic**

**13976 Baltimore Avenue, Laurel MD, 20707**

**831 E. University Blvd., Suite #32, Silver Spring, MD, 20903**

My signature below indicates that I have been provided with a copy of the notice of privacy practices.

---

**Signature of Parent or Legal Representative**

**Date**

(If signed by legal representative please specify relationship to patient)

**Once Registration Forms are completed you can email them to the  
office at:**

**Laurelchildrensclinic1@gmail.com**

**or**

**Fax them to:**

**301-776-9259**

**or**

**bring the registration forms the day of the appointment.**

**PLEASE SEND/BRING A COPY OF INSURANCE CARD  
ALONG WITH REGISTRATION FORMS**

**THANK YOU!**