

California Pacific Medical Center

Department of Pediatric Neurology

Luis E. Bello-Espinosa, MD

2100 Webster Street, Suite 115
San Francisco, CA 94115

SU DIRECCION POR FAVOR:

Fecha de nacimiento: _____

Phone: (415) 600-5878 Fax: (415) 600-3595 <http://www.cpmc.org/pediatrics>

Nombre _____ Edad _____ Ciudad donde Nacio: _____
Grado en escuela _____ Nombre de Colegio: _____ Mano dominante <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo
HISTORIA PERINATAL: ___ LBS. ___ ONZAS ___ SEMANAS DE GESTACION <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesarea Motivo para la cesarea: _____
APGARS: (Si se saben): _____
MEDICINAS DURANTE EL EMBARAZO: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Vitaminas prenatales <input type="checkbox"/> Otras _____

Embarazo: <input type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/> Amenaza de parto prematuro <input type="checkbox"/> Hiperemesis (vomito excesivo) <input type="checkbox"/> Sangrado o placenta previa <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides <input type="checkbox"/> Pre-eclampsia	COMPLICACIONES POST NATALES <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Respiratorias <input type="checkbox"/> Cardiacas <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Cuidado Intensivo _____
---	---

HISTORIA DEL DESARROLLO: Se volteo a: _____ Se sento a: _____ Camino a: _____ Hablo a: _____ Ha tenido regresion del lenguaje? Cuando?: _____ Si hay retardo del lenguaje. Esta en terapia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Que frecuente _____	
---	--

HISTORIA MEDICA:	
<input type="checkbox"/> Otitis <input type="checkbox"/> Muchas <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza, jaquecas or Migrañas <input type="checkbox"/> Ataques Convulsivos <input type="checkbox"/> Febriles <input type="checkbox"/> Sin Fiebre <input type="checkbox"/> Espasmos del Sollozo <input type="checkbox"/> Desmayos. Cuando? _____ <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Encefalitis <input type="checkbox"/> Traumas de la cabeza <input type="checkbox"/> Sarampion <input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/> Deshidratacion y diarrea <input type="checkbox"/> Alergias	Vacunas o inmunizaciones <input type="checkbox"/> Completas <input type="checkbox"/> Reacciones secundarias a las vacunas? Describe por favor: <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
Historia de Cirugias (Por favor incluya fechas) 	

MEDICINAS: <input type="checkbox"/> Ninguna						
Nombre de la medicina	Fecha de comienzo	Dosis			Todavia se toma?	Fecha que se dejo de tomar
		Am	Mediodia	PM		

HISTORIA FAMILIAR						
	Edad	Condition de salud	Ocupacion	Origen etnico o Raza		
Padre						
Madre						
Hermanos						
Hermanas						

Algunas condiciones son prevalentes en algunos grupos etnicos o estan asociados con alguna clase de trabajos.

Ha tenido un pariente con:

	SI	NO	Quien?
Epilepsia/ Ataques			
Dolores de Cabeza o Migrañas			
Paralisis Cerebral			
Enfermedades musculares			
Transtornos del Aprendizaje			
Depresion			
Maniaco-depresivos			
Esquizofrenia			
Ansiedad			
Autismo			
Muecas, habitos o manias			
Enf. Obsesiva Compulsiva			
Tumores cerebrales			
Retardo mental			
Aneurismas			
Enf. Cardiaca			
Enf. Pulmonar			

Rendimiento Academico Escolar:

<input type="checkbox"/> EXCELENTE	<input type="checkbox"/> PROMEDIO	<input type="checkbox"/> POBRE	En que areas tiene mas dificultades?

CONDUCTA

<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Variable	<input type="checkbox"/> Disruptivo, o dificil de controlar
------------------------------------	-----------------------------------	---

HAY HISTORIA DE: (Por favor marque).

<input type="checkbox"/> Morder	<input type="checkbox"/> Golpear	<input type="checkbox"/> Golpearse la cabeza	<input type="checkbox"/> Agresividad	<input type="checkbox"/> Jalarse el pelo
---------------------------------	----------------------------------	--	--------------------------------------	--

CAPACIDAD DE JUGAR Y SOCIALIZAR:

Como es el jugar?	<input type="checkbox"/> Apropiado	<input type="checkbox"/> Inapropiado:	
Como se porta con otros niño(a)s	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Mas o menos	<input type="checkbox"/> Inadecuadamente

MOVIMIENTOS ANORMALES: No

<input type="checkbox"/> Muecas	<input type="checkbox"/> Girar excesivamente	<input type="checkbox"/> Aleteo de las manos	<input type="checkbox"/> Fascinaciones inapropiadas
---------------------------------	--	--	---

Como es el sueño?: Normal Malo

<input type="checkbox"/> Dificultades conciliando el sueño	<input type="checkbox"/> Se despierta demasiado por la noche	<input type="checkbox"/> Pesadillas	Algo mas?:
--	--	-------------------------------------	------------

Por favor describa brevemente la razon para su consulta:

CALIFORNIA
PACIFIC
MEDICAL CENTER

DEPARTMENT OF PEDIATRICS

PLEASE SIGN AT BOTH "X'S"

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS

PATIENT:

I hereby authorize: _____
(Insurance Company or Fund)

To direct payment of medical/surgical benefits to California Pacific Medical Center Pediatric Sub specialty providers for services rendered by him/her in person or under his/her supervision. I understand that I am financially responsible for any balance following contractual adjustment or not covered by my insurance. Further, I certify that I have disclosed all insurance coverage available for the above named patient. If there are changes in coverage I will inform the office of the above physicians of such changes. A photocopy of these assignments should be valid as the original.

X _____ DATE: _____
Signature of Parent Guardian

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

I, the above named patient (or guardian of), hereby authorize the following physician(s) and/or institution(s) to release information obtained during the course of my diagnosis and treatment to California Pacific Medical Center Pediatric Sub specialty providers at 2340 Clay Street, 3rd Floor; San Francisco, CA 94115. Further, I hereby authorize California Pacific Medical Center Pediatric Sub specialty providers to release any medical or incidental information that may be necessary for either medical care or in Processing applications for financial benefit. I understand that this agreement will be in effect until I revoke it in writing. A photocopy of these authorizations shall be valid as the original.

Physician Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____

X _____ DATE: _____

California Campus
37(X) California Street
(415) 387-8700

Davies Campus
Castro & Duboce
(415) 565-6000

Mailing Address
PO. Box 7999
San Francisco. California 94120

Pacific Campus
Clay at Buchanan Street
(415) 563-4321



Luis E. Bello - Espinosa, M.D.

2100 Webster Street, Suite 115

San Francisco, CA 941 1 5

(415) 600-5878

Solicitud para entrega de historia medica

A: _____

Yo, _____, a traves de esta autorizo
que copias de la historia clinica de mi hijo(a) sean enviados al Dr. Luis E. Bello - Espinosa, M.D. P.A.

Nota: Todos los detalles de la historia _____

Firma: _____
(Paciente o persona autorizada)

Fecha: _____