

| Información del Paciente   | Fecha de Hoy:  | Favor de presentar Cedula de Identificación                                  |
|--|--|--|
| Apellido: _____  | Nombre: _____  | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F      Edad: _____ |
| Seguro Social: _____   | Si tiene 16 años o mas : Emancipado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fecha de Nacimiento:    /    /   |
| Dirección: _____   | Depto.#: _____ Ciudad: _____   | Estado: _____ Código Postal: _____   |
| Teléfono de Casa: _____  | Celular: _____   | Idioma preferido: _____  |
| Raza <input type="checkbox"/> Indio/Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/ Americano Africano <input type="checkbox"/> Blanco |  |  |
| Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> no Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Negarse a decir                             |  |  |

| Información de la Persona Responsable del Pago  | Quien trae al Paciente hoy? Indique su Relación al Paciente:    |
|---|---|
| Apellido: _____   | Nombre: _____ Apellido de Soltera: _____                        |
| Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F      Seguro Social: _____   | Fecha de Nacimiento:    /    /                                  |
| Estado Social: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado   |   |
| Dirección: _____  | Depto.#: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ |
| Teléfono de Casa: _____   | Celular: _____ Trabajo: _____                                   |
| Contacto en Caso de Emergencia: _____   | Teléf. en Caso de Emergencia: _____                             |
| Nos ha visto en el Internet: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      Correo Electrónico del Padre o Apoderado: _____   |   |
| Información: Como se entero de nosotros? <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Doctor que lo refirió <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Manejando lo vi |   |

| Información del Garante del Seguro   | Marque aquí si no tiene Seguro ( )   |
|--|--|
| <b>Póliza de Seguro #1:</b> _____  | <b>Nombre de la Compañía de Seguro Medico:</b> _____   |
| <b>Numero de Póliza:</b> _____   |  |
| Nombre del Garante de Seguros: _____   | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F      Relación al Paciente: _____ |
| Estado Marital: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado | Fecha de Nacimiento:    /    /      Seguro Social: _____                                     |
| Dirección: _____   | Depto.#: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____                              |
| Teléfono de Casa: _____  | Celular: _____ Lugar de Empleo: _____ Teléf. del Lugar de Empleo: _____                      |
| <b>Póliza de Seguro #2:</b> _____  | <b>Nombre de la Compañía de Seguro Medico:</b> _____   |
| <b>Numero de Póliza:</b> _____   |  |
| Nombre del Garante de Seguros: _____   | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F      Relación al Paciente: _____ |
| Estado Marital: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado | Fecha de Nacimiento:    /    /      Seguro Social: _____                                     |
| Dirección: _____   | Depto.#: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____                              |
| Teléfono de Casa: _____  | Celular: _____ Lugar de Empleo: _____ Teléf. del Lugar de Empleo: _____                      |

| Acuerdo de Responsabilidad Financiera  | Reconocimientos | Favor leer con Atención |
|--|-----------------|-------------------------|
| Entiendo que los cobros NO SON FINALES hasta que los registros médicos no sean revisados y el proceso de cobranza no se haya completado. En el caso que haya un saldo a mi favor al concluir la revisión de mi estado de cuenta, LSPUC tiene hasta 30 días para el reembolso en favor del titular del seguro medico, guardián o la persona responsable.  |                 |                         |
| Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar mis beneficios directamente a Little Spurs Urgent Care, PLLC (LSPUC). He leído, entiendo y estoy de acuerdo con el Acuerdo. Entiendo que los cargos que no cubra mi compañía de seguros, así como cualquier copago y deducible correspondiente son mi responsabilidad y son efectivos inmediatamente después que el paciente los reciba. En caso de que yo no haga el pago correspondiente, acepto pagar cualquier costo asociado con la cobranza de los mismos, pagos de los honorarios de abogados y el pago correspondiente a la corte asociados con la cobranza de los pagos por servicios, en caso fuesen necesarios.                   |                 |                         |
| Entiendo que LSPUC, sus médicos, dueños y personal no tienen control sobre el proceso de los cargos por servicios: si son considerados o denegados por la compañía de seguros o por terceros contratados, o si los cargos se consideran dentro de la red o fuera de la red.  |                 |                         |
| Autorizo al personal de salud de LSPUC o sus representantes a dejar mensajes de voz en la buzón del teléfono provisto en esta forma, sobre resultados o alguna otra información relevante con el cuidado medico provisto.  |                 |                         |
| Por el presente documento autorizo al personal de LSPUC o a quien ellos hayan designado para proveer el servicio médico que sea considerado necesario. Entiendo que el médico y/o enfermera practicante y/o asistente médico va a explicar la(s) condición(es) médicas, riesgos, y opciones de tratamiento de la condición médica antes de iniciar tratamiento. Autorizo a LSPUC o a quien ellos asignen, a proveer tratamiento en caso se presente una emergencia o alguna condición no detectada previamente. Me pueden contactar al número de teléfono indicado en la parte de arriba de este documento en caso de resultados de emergencia o en caso sean necesarios cuidados médicos adicionales. |                 |                         |
| Autorizo a LSPUC a que me manden información a través de correos electrónicos como encuestas, anuncios, avisos sobre eventos, artículos, enlaces electrónicos información medica general y marketing. Entiendo que yo puedo excluirme del programa de correos electrónicos cuando quiera simplemente siguiendo las instrucciones de "opt out".   |                 |                         |
| Por el presente documento, autorizo que mi historia clínica o la historia clínica del menor sea compartida con el medico de cuidados primarios. Esta y todas la subsiguientes autorizaciones en relación a Información Medica Protegida están acorde con las regulaciones federales HIPAA y con la Notificación de Prácticas sobre Privacidad (Privacy Practices Notice). Me ofrecieron (o me ofrecieron y no la acepté) una copia del Notice of Privacy Practices y las regulaciones concernientes a temas financieros del paciente.  |                 |                         |
| Siendo yo la persona que trae al menor (padre o madre, apoderado legal o persona autorizada por la ley de Texas), me hago responsable por los servicios recibidos por el menor. Asimismo me hago responsable del pago de dichos servicios, sin importar mi situación marital (divorciado o separado) o algún otro acuerdo externo que puede o no estar en vigor al momento del servicio.   |                 |                         |
| He leído las Pólizas de Little Spurs con respecto a autorizaciones, consentimiento, expedientes médicos, cobros, reenvielos, garantés, asignación de beneficios y correos electrónicos. He leído, entiendo y se me ha provisto de una copia de las políticas "Políticas Financieras del Paciente", "Información de Prácticas sobre Privacidad" y "Información para pacientes sobre reembolsos y balances monetarios" Cerifico que la información es provista es actual, precisa y verdadera.   |                 |                         |
| Firma del Paciente (si ya tiene 18 años), Padre, Apoderado o Persona que acompañe al Paciente _____  |                 | Fecha de Hoy _____      |



Today's Date: \_\_\_\_\_

Account #: \_\_\_\_\_

Patient Name \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

**IDENTIFY THE PATIENT**

Date of Birth \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_ Sex: M F  
Fecha de Nacimiento mm/dd/yyyy Edad Sexo

Your Name (Person Bringing Child) \_\_\_\_\_  
Su Nombre

Phone # \_\_\_\_\_

Your relationship to child? \_\_\_\_\_  
Su relación al niño /a?

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_

State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Primary Doctor Name & Phone Number \_\_\_\_\_  
Médico de atención primaria y telefono

Pharmacy \_\_\_\_\_ /Cross Street \_\_\_\_\_  
Farmacia Calle Cerca

Reason for today's visit: \_\_\_\_\_  
Motivo de la visita de hoy

**Please circle all that apply to today's visit:**  
**Favor de marcar con un círculo:**

**General:** Fever  
**General:** Fiebre

Chills  
Escalofríos

Fatigue  
Fatiga

Body Aches  
Dolores en el cuerpo

Malaise  
Malestar

**Eyes:** Drainage  
**Ojos:** Drenaje

Pain  
Dolor

Redness  
Rojez

Blurred Vision  
Visión borrosa

Injury  
Lesión/Herida

**ENT:** Nasal congestion  
**ENT:** Congestión

Runny nose  
Secreción nasal

Sore throat  
Dolor de garganta

Sores in mouth  
Llagas en la boca

Ear pain  
Dolor de oído

**Heart:** Chest pain  
**Corazón:** Dolor de pecho

Palpitations  
Palpitaciones

Fast heartbeat  
Latidos rápidos del corazón

**Lungs:** Cough  
**Pulmones:** Tos

Chest congestion  
Congestión del pecho

Wheezing  
Sibilancias

Shortness of breath  
Falta de aliento

**GI:** Abdominal pain  
**GI:** Dolor Abdominal

Nausea  
Náusea

Vomiting  
Vómitos

Diarrhea  
Diarrea

Constipation  
Estreñimiento

Blood in stool  
Sangre en las Heces

**Kidneys:** Painful urination  
**Riñones:** Dolor al orinar

Frequent urination  
Orina frecuente

Blood in urine  
Sangre en la Orina

Flank pain  
Dolor en el Lado

**Skin:** Rash  
**Piel:** Erupción

Itching  
Picazón/Comezón

Growth  
Crecimiento/Bulto

**Muscles/Bones:**  
**Músculos/Huesos:**

Joint pain  
Dolor en las articulaciones

Joint swelling  
Hinchazón en las articulaciones

Limping  
Cojeando

Injury  
Herida

**Neurological:**  
**Neurológico:**

Headache  
Dolor de Cabeza

Dizziness  
Mareo

Seizure  
Convulsiones

Fainting  
Desmayo

Muscle Weakness  
Debilidad muscular

**Medical Conditions** (Physical/Psychiatric/Developmental) List: \_\_\_\_\_  
**Condiciones Médicas** (Físico/Psiquiátrico/del desarrollo)

**Hospitalizations/Surgeries** (reason and date) \_\_\_\_\_  
**Hospitalizaciones/Cirugías** (razón y fecha)

**Current Medications** (prescription and over the counter) \_\_\_\_\_  
**Medicamentos** (receta y en el mostrador)

**Any Allergies To: Meds?** Y N \_\_\_\_\_ **Foods?** Y N \_\_\_\_\_ **Latex?** Y N \_\_\_\_\_  
**Alergias A:** ¿Meds? Si No \_\_\_\_\_ ¿Comidas? Si No \_\_\_\_\_ ¿Latex? Si No \_\_\_\_\_

**Shots up to date?** Y N \_\_\_\_\_ **First Day** of last menstrual period (if applicable): \_\_\_\_\_  
¿Vacunas al día? Si No \_\_\_\_\_ ¿El Primera Día de su ultimo periodo menstrual? (regla)

**Below: For Office Use Only**

**IDENTIFY PATIENT:** @TRIAGE: DOB\_\_NAME\_\_ @PROVIDER: DOB\_\_NAME\_\_ @Lab: DOB\_\_NAME\_\_ @ X-Ray: DOB\_\_NAME\_\_

\*\*\*\*\*Practitioner's Name \* \_\_\_\_\_ Room # \_\_\_\_\_

**Wt:** \_\_\_\_\_ **kgs** **Ht:** \_\_\_\_\_ **cm** **Strep:** + / - **Mono:** + / - **Flu A:** + / - **Flu B:** + / - **HCG:** + / -

Time \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_ RR \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HR \_\_\_\_\_ O2 Sat \_\_\_\_\_

Time \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_ RR \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HR \_\_\_\_\_ O2 Sat \_\_\_\_\_

**Orders:** \_\_\_\_\_

**School Note** \_\_\_\_\_ **Work Note** \_\_\_\_\_ **PE/Activity Note** \_\_\_\_\_

Date/s From To

Date/s From To

Restriction/s Until