

**PEDIATRIC PULMONARY CENTER**

Kunjana Mavunda, M.D., M.P.H.  
6280 S.W. 72<sup>ND</sup> STREET, SUITE 607  
SOUTH MIAMI, FL 33143

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Fecha \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA MADRE:** \_\_\_\_\_

Telefono Casa: \_\_\_\_\_ Telefono Celular: \_\_\_\_\_

Direccion de la casa (si es diferente) \_\_\_\_\_

Empresa donde trabaja \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Numero de Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PADRE:** \_\_\_\_\_

Telefono Casa: \_\_\_\_\_ Telefono Celular: \_\_\_\_\_

Direccion de la casa (si es diferente) \_\_\_\_\_

Empresa donde trabaja \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Numero de Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**IDIOMA NATIVO** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL SEGURO MEDICO:** \_\_\_\_\_

Typo de Seguro: HMO \_\_\_\_\_ PPO \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_

Numero de Social: \_\_\_\_\_

**Tiene un Seguro Secundario?** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (iniciales)

Tambien necesitamos copia de la tarjeta del seguro.

**MEDICO DE CABECERA (PCP) o INSTITUCION QUE LO REFIERE**

Nombre del medico/Institucion: \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Razon por la cual es referido \_\_\_\_\_

(1) Necesita CXR (2) Favor traer un referido en caso de que lo necesite (3) Historia Clinica



**VERIFICACION DEL SEGURO**

Fecha de Expedicion de la poliza \_\_\_\_\_ Co-Pago \_\_\_\_\_

Monto del Deducible \_\_\_\_\_ Cubierto? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Se requiere referido o autorizacion? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Indique las razones para la visita de hoy: \_\_\_\_\_;

---

**HISTORIA CLINICA:**

1. Cuando fue la ultima visita de su hijo al pediatria? \_\_\_\_\_
2. Su hijo ha estado alguna vez en la Sala de Urgencias? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
3. Su hijo ha estado alguna vez hospitalizado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, indique fecha, razon y hospital:

---

4. Su hijo ha padecido alguna enfermedad grave o se ha sometido a operaciones?

---

5. Su hijo esta tomando algun medicamento actualmente? \_\_\_\_\_
6. Su hijo ha tenido alguna reaccion alergica? \_\_\_\_\_
7. Si hijo ha recibido todas vacunas necesarias? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
8. Algun miembro de su familia padece de:

Asma	Si__	No__	Alergias	Si__	No__
Problemas de sinusitis	Si__	No__	Neumonia	Si__	No__
Fibrosis cistica	Si__	No__	Tuberculosis	Si__	No__
Reflujo Gastrico	Si__	No__	Problemas de la piel	Si__	No__
Ulceras	Si__	No__	Ulceras	Si__	No__
Algun problema respiratorio	Si__	No__			
Alguna otra condicion	Si__	No__			
En caso afirmativo, favor de explicar:	Si__	No__			
9. Mas informacion: \_\_\_\_\_;

**CESION Y LIBERACION DE RESPONSABILIDAD**

Por medio de la presente autorizo el pago directo a la Dra. Mavunda de todas las prestaciones del seguro a pagarse por los servicios profesionales prestados. Entiendo que asuma la responsabilidad financiera respecto a todos los cargos, tanto aquellos amparados por el seguro como aquellos que no lo estan.

Autorizo a la Dra. Mavunda y a su personal para divulgar la informacion pertinente para el pago de las prestaciones. Autorizo el uso de esta firma para todo los documentos presentados a la empresa de seguros.

He leido toda la informacion que aparece en ambas caras de esta planilla y he completado las respuestas anteriores. Cerifico que la informacion suministrada es fiel y correcta según mi leal saber y entender. Les notificare de cualquier cambio en mi estado o respecto a la informacion anterior.

Firma de la parte responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_