

**CAMINO HEALTH CENTER**  
**Pediatric Registration/History - Registro/Historial Pediatrico**

Chart No: \_\_\_\_\_ Method of Payment:  APC  MediCal  MSI Date / Fecha \_\_\_\_\_  
**Discounts for qualifying patients / Descuentos para los pacientes que reunan los requisitos**

Patient's Name: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente (Last/Apellido) (First/Nombre) (Middle)

Birthdate: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sex:  M  F Patient's Social Security #: \_\_\_\_\_  
 Fecha da nacimiento (Mo./Mes) (Day/Dia) (Year/año) Numero de Seguro Social

**Ethnicity (check one) / Etnico (marquè uno):**  Hispano/Latino  Non-Hispano or Latino

Address: \_\_\_\_\_  
 Domicilio Street No. and Street Name, and Apartment #  
 \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
 (City/Ciudad) Zona Postal

Home Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Telefono de la casa. Telefono del trabajo Telefono de celular

Father's Name: \_\_\_\_\_ Mother's Name: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre Nombre de la Madre

**What origin are you? (check all that apply) / Que es su origen? Escoja la categoria correspondiente:**  
 Other  Asian  Am. Indian/Alaska Native  African Am./Black  Caucasian / White  Native Hawaiian or Other Pacific Islander  
 (Hispano/Latino)  
 Asian AND  Am. Indian/Alaska Native AND  Am. Indian/Alaska Native AND  African Am./Black AND  
 Caucasian/White Caucasian/White African Am./Black Caucasian/White

Responsible person's occupation: \_\_\_\_\_  
 Tipo de trabajo de la persona responsable.

Are any member's of your family migrant farm workers?  Yes/Si  No Tobacco Used by patient?  Yes/Si  No  
 Cualquier miembro de la familia trabaja en el camp o rancho? Fuma o usa tabaco?

Family Size: \_\_\_\_\_ Family Monthly Income: \$ \_\_\_\_\_ Primary Language: \_\_\_\_\_  
 Personas en la familia. Ingressos mensuales de la familia. Idioma principal.

Child's Birth Weight: \_\_\_\_\_ Were there any health problems immediately after birth?  Yes  No  
 Cuanto peso el niño al nacer? Tuvo algun problema con el niño inmediatamente despues de nacer?

If yes, please explain: \_\_\_\_\_  
 Si contesta si, explique por favor.

Do you have any psychological, spiritual or cultural values that will assist us in your treatment?  Yes/Si  No/No  
 Tiene algun valor psicologico, espiritual o cultural que nos pueda ayudar a tratarse?

Do you want information about Advance Healthcare Directives?  Yes/Si  No/No  
 Quiziera obtener informacion sobre la preparacion de directivas por anticipado?

**IN CASE OF EMERGENCY, PLEASE CONTACT / EN CASO DE EMERGENCIA, A QUIEN AVISAMOS?**

NAME: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE  
 ADDRESS: \_\_\_\_\_  
 DOMICILO  
 RELATIONSHIP: \_\_\_\_\_ PHONE #: \_\_\_\_\_  
 RELACION TELEFONO

**CAMINO HEALTH CENTER**  
**Pediatric Registration/History - Registro/Historial Pediatrico**

Has the child ever had the following: (If yes, give date(s) and explanation.)

La ha pasado a su hijo siguiente: (Marque solo si le ha pasado, indicando la fecha y explicando, por favor.)

	Yes/Si	Date/Fecha	Explanation/Explicación
Hospitalizations Hospitilizaciones	<input type="checkbox"/>	_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
Operations Operaciones	<input type="checkbox"/>	_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
Seious Injuries	<input type="checkbox"/>	_____	_____
		_____	_____

Has the child ever had any serious health problems? (If yes, please explain.)  Yes/Si  No/No \_\_\_\_\_  
 Ha tenido el niño problemas serios de salud? (Si contesta si, explique por favor.) \_\_\_\_\_

Is the child taking any medications at this time?  Yes/Si  No/No \_\_\_\_\_  
 Esta tomando el niño alguna medicina actualmente?

Does your child have any allergies (food, grass, medicines)?  Yes/Si  No/No \_\_\_\_\_  
 Tiene alguna alergia (a las medicinas, a los alimentos, las hierbas)? \_\_\_\_\_

Has your child ever had a tuberculosis skin test? (If yes, when? And, what was the result?)  Yes/Si  No/No \_\_\_\_\_  
 Ha lan puesto al niño la prueba de la piel para la tuberculosis? (Cuando fue? Y cuales fueron los resultados?)

Has your child ever had the following illnesses/problems? (Please check if "yes.")  
 Ha tenido este niño las siguientes enfermedades? (Ponga una "X" se contesta si, por favor.)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria                              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis           | <input type="checkbox"/> Intestines (Intestinales)               |
| <input type="checkbox"/> Whooping Cough (Tosferina)              | <input type="checkbox"/> Typhoid (Tifoidea)     | <input type="checkbox"/> Hay Fever (Catarró Alergico)            |
| <input type="checkbox"/> Polio                                   | <input type="checkbox"/> Asthma                 | <input type="checkbox"/> Joints (Coyunturas)                     |
| <input type="checkbox"/> Measles (Sarampion)                     | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Eyes (Ojos)                             |
| <input type="checkbox"/> Mumps (Paperas)                         | <input type="checkbox"/> Nervousness (Nervios)  | <input type="checkbox"/> Ears or Nose (Oido o Nariz)             |
| <input type="checkbox"/> Chicken Pox (Viruela)                   | <input type="checkbox"/> Throat (Garganta)      | <input type="checkbox"/> Epilepsy (Epilepcia)                    |
| <input type="checkbox"/> Scarlet Fever (Escarletina)             | <input type="checkbox"/> Pneumonia              | <input type="checkbox"/> Convulsions (Convulciones)              |
| <input type="checkbox"/> Cancer                                  | <input type="checkbox"/> Gallbladder (Vesicula) | <input type="checkbox"/> Anemia or Blood (Anemia o Sangre)       |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever (Fiebre Rhumatica)      |   | <input type="checkbox"/> Heart Disease (Enfemedades del Corazon) |
| <input type="checkbox"/> Urinary or Kidney (Urinarios o Rinones) |   | <input type="checkbox"/> Muscle or Bone (Musculos o Huesos)      |

The foregoing information is true to the best of my knowledge. I request and authorize Camino Health Center to provide me with medical care. I understand that Camino Health Center may use and disclose my information as described in the Notice of Privacy Practices. I have received a copy of Camino Health Center's Notice of Privacy Practices.

Toda informacion proporcionada es cierta y real y autorizo que Camino Health Center me proporcione servicio medico. Comprendo que la clinica de Camino Health Center pudiera usar, discutir o proporcionar mi informacion de acuerdo a su notificacion de practicas de privacidad. He recibido una copia de las practicas de privacidad de Camino Health Center.

\_\_\_\_\_  
 Signature(Legal guardian or parent)  
 Firma (Guardian legal o pariente)

\_\_\_\_\_  
 Date/Fecha