

PATIENT INFORMATION
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Name: _____
Apellidos Primer Segundo

DOB: ____/____/____ Age: _____ Sex: _____ Race: _____ SS #: _____
Fecha de nacimiento Edad Sexo Raza # de seguro social

Address: _____ City/State/Zip: _____
Dirección Ciudad/Estado/Código postal

County: _____ Phone #: _____
Condad Teléfono

Pediatrician: _____ Phone #: _____
Pediatra Teléfono

Referring Doctor: _____ Phone #: _____
Médico referente Teléfono

PATIENT'S FATHER
PADRE DEL PACIENTE

Name: _____ SS #: _____
Nombre # de seguro social

Phone #: _____ DOB: ____/____/____
Teléfono Fecha de nacimiento

Address: _____ City/State/Zip: _____
Dirección Ciudad/Estado/Código postal

Employer: _____ Job Title: _____ Work #: _____
Compania donde trabaja Título Teléfono del trabajo

Work Address: _____ City/State/Zip: _____
Dirección del trabajo Ciudad/Estado/Código postal

PATIENT'S MOTHER
MADRE DEL PACIENTE

Name: _____ SS #: _____
Nombre # de seguro social

Phone #: _____ DOB: ____/____/____
Teléfono Fecha de nacimiento

Address: _____ City/State/Zip: _____
Dirección Ciudad/Estado/Código postal

Employer: _____ Job Title: _____ Work #: _____
Compania donde trabaja Título Teléfono del trabajo

Work Address: _____ City/State/Zip: _____
Dirección del trabajo Ciudad/Estado/Código postal

EMERGENCY CONTACT (SOMEONE OUTSIDE YOUR HOME)
CONTACTO DE EMERGENCIA (ALGUIEN NO DE SU HOGAR)

Name: _____ Phone #: _____
Apellidos *Teléfono*

Address: _____ City/State/Zip: _____
Dirección *Ciudad/Estado/Código postal*

INDIVIDUAL RESPONSIBLE FOR BILL (FILL THIS OUT ONLY IF DIFFERENT THAN PARENT)
INDIVIDUO RESPONSABLE DE LA CUENTA (SOLO RELLENE ESTA PARTE SI ES DIFERENTE A LOS PADRES)

Guarantor's Name: _____ SS #: _____
Nombre del garante *# de seguro social*

Phone #: _____ Relationship to Patient: _____
Teléfono *Parentesco con el paciente*

Employer: _____ Job Title: _____ Work #: _____
Compania donde trabaja *Título* *Teléfono del trabajo*

Work Address: _____ City/State/Zip: _____
Dirección del trabajo *Ciudad/Estado/Código postal*

Length of Employment: _____ **years/months** Circle one: **Part Time** / **Full Time** / **Retired** / **Not Employed** / **Active Military**
Tiempo empleado *anos/meses* *Circule uno: Media jornada* *Jornada completa* *Jubilado* *No empleado* *Militar activo*

FOR HEALTH INSURANCE REASONS, PLEASE GIVE THE PATIENT'S HEALTH INSURANCE CARD TO THE RECEPTIONIST TO MAKE A COPY. IF YOUR HEALTH INSURANCE REQUIRES A REFERENCE NUMBER FROM YOUR PRIMARY PHYSICIAN, PLEASE GIVE IT TO THE RECEPTIONIST WITH THIS FORM.

POR RAZONES DE SEGURO MÉDICO POR FAVOR ENTREGUE LA TARJETA DEL SEGURO MÉDICO DEL PACIENTE AL RECEPCIONISTA PARA HACER UNA COPIA. SI SU SEGURO MÉDICO REQUIERE UN NÚMERO DE REFERENCIA DE SU MÉDICO PRINCIPAL, POR FAVOR ENTRÉGUELO AL RECEPCIONISTA CON ESTE FORMULARIO.

LOCATIONS

Kennedy Outpatient Center
900 E. 3rd Street
Chattanooga, TN 37403

Erlanger East Hospital
1755 Gunbarrel Road, Suite 206
Chattanooga, TN 37421

Cleveland (once a month)
4312 Holiday Inn Express Way, NW, Suite 202
Cleveland, TN 37312

Dalton (once a month)
1329 West Walnut Avenue, Suite 1
Dalton, GA 30720

PATIENT HISTORY FORM
HISTORIAL MÉDICA DEL PACIENTE

Note: this is a confidential record and will be kept in your doctor's office. Information contained here will not be released to anyone without your authorization to do so

Nota que este es un historial privado y se guardará en la oficina de su médico. La información contenida en este documento no se hará público a nadie sin su autorización.

Today's Date: _____ / _____ / _____ Date of Last Physician Exam: _____ / _____ / _____
Fecha de hoy Fecha del último examen físico

Medical Record Number: _____
Número de archivo médico

HISTORY OF PRESENT ILLNESS (PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS)
HISTORIAL DE LA ENFERMEDAD ACTUAL (POR FAVOR RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS)

Chief Compliant: What is the reason for your children's visit today? (Describe in detail):
Queja Principal: ¿Cuál es la razón principal por la visita de su criatura hoy día? (Describa en detalle)

Location of problem: **Abdomen** / **Back** / **Bladder** / **Other:** _____
Lugar del problema: Abdomen Espalda Vejiga Otro

On a scale of 1 to 10, with 10 being the most severe, circle the number that best describes the problem.
En una escala de 1 al 10, 10 indicando lo mas severo, circule el número que mejor describe el problema.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

What did you first notice the problem? **2 days ago** / **1 week ago** / **1 month ago** / **Other:** _____
¿Cuándo notó el problema? hace 2 días hace 1 semana hace 1 mes Otro

Does anything help the problem or make it worse? _____
¿Algo mejora el problema o lo empeora?

How long does the problem last? **30 minutes** / **1 hour** / **Always there** / **Other:** _____
¿Cuánto tiempo dura el problema? 30 minutos hora siempre presente Otro

Is anything else occurring at the same time? **Y** / **N** If yes, please explain: _____
¿Algo más ocurre a la misma vez? Sí No Si sí, por favor explique

Is the problem constant or variable? **Always there** / **Sometimes there** / **Other:** _____
¿El problema es constante o variable? siempre presente a veces presente Otro

Does the problem interfere with your child's normal functions? **Y** / **N** If yes, please explain: _____
¿El problema interfiere con las funciones normales de su criatura? Sí No Si sí, por favor explique

Physician's use only (comments/notes)
Solo use médico

= L
1-3 = 1-2
> 4 = 3-5

FAMILY MEDICAL HISTORY: List all serious illnesses in your immediate family (examples: diabetes, kidney failure, dialysis, kidney transplant, etc.)

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR: Marque todas las enfermedades en su familia (ejemplos: diabetes, falla renal, diálisis, trasplante de riñón, etc.)

| Condition Condición | Family Member Miembro de la familia | Condition Condición | Family Member Miembro de la familia |
|------------------------|--|------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

INJURIES: List any of your child's past illnesses and/or injuries and when they occurred.

HERIDAS: Indique cuales enfermedades y/o heridas su criatura ha tenido y cuando ocurrieron.

| Illness/Surgery Enfermedad/Cirugía | Date Fecha |
|---------------------------------------|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

MEDICATIONS: Please list all of your child's current medications, dosage, frequency, and the reason for taking them.

MEDICINAS: Enumere todos los medicamentos actuales de su hijo, la dosis, la frecuencia y la razón por la que los toma.

| Medication | Dose | Frequency | Reason for taking |
|------------|------|-----------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Is your child on a special diet? **Y / N** If yes, please explain: _____

¿Su criatura sigue una dieta especial? **Sí / No** Si sí, por favor explique

Does your child have any allergies? **Y / N** If yes, please explain: _____

¿Su criatura tiene algún alergia? **Sí / No** Si sí, por favor explique

Physician's use only (comments/notes)

Solo use médico

| |
|--|
| # = L 0 = 1-2 1-2 = 3 3 = 4-5 |
|--|

REVIEW OF SYSTEMS: Does your child now have, or has your child had any recent problems related to the following systems? Please check the boxes that apply. Please explain if any problem boxes are checked.

REPASO DE LAS SISTEMAS: ¿Su hijo tiene ahora o ha tenido algún problema reciente relacionado con los siguientes sistemas? Marque las casillas que correspondan. Explique las casillas marcadas.

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>General <i>General</i></p> <p><input type="checkbox"/> Fever <i>Fiebre</i></p> <p><input type="checkbox"/> Chills <i>Escalofríos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Abnormal growth <i>Crecimiento Anormal</i></p> <p><input type="checkbox"/> Abnormal development <i>Desarrollo anormal</i></p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Otro</i></p> <p><input type="checkbox"/> None <i>Nada</i></p> | <p>Eyes <i>Ojos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Blurred vision <i>Visión borrosa</i></p> <p><input type="checkbox"/> Redness <i>Color rojo</i></p> <p><input type="checkbox"/> Pain <i>Dolor</i></p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Otro</i></p> <p><input type="checkbox"/> None <i>Nada</i></p> | <p>Allergies <i>Alergias</i></p> <p><input type="checkbox"/> Hay fever <i>Fiebre del heno</i></p> <p><input type="checkbox"/> Drug allergies <i>Alergias a medicinas</i></p> <p><input type="checkbox"/> Food <i>Alimentos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Otro</i></p> <p><input type="checkbox"/> None <i>Nada</i></p> | <p>Nervous system <i>Sistema nervioso</i></p> <p><input type="checkbox"/> Seizures <i>Convulsiones</i></p> <p><input type="checkbox"/> Abnormal walking <i>Caminar anormal</i></p> <p><input type="checkbox"/> Abnormal coordination <i>Coordinación anormal</i></p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Otro</i></p> <p><input type="checkbox"/> None <i>Nada</i></p> |
| <p>Hormone system <i>Sistema hormona</i></p> <p><input type="checkbox"/> Excessive thirst <i>Sed excesiva</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tired or sluggish <i>Cansancio o flojera</i></p> <p><input type="checkbox"/> Abnormal hair growth <i>Crecimiento anormal del pelo</i></p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Otro</i></p> <p><input type="checkbox"/> None <i>Nada</i></p> | <p>Stomach & intestines <i>Estomago e intestinos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Stomach pain <i>Dolores en el estomago</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nausea/vomiting <i>Nausea/vómito</i></p> <p><input type="checkbox"/> Constipation <i>Estreñimiento</i></p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Otro</i></p> <p><input type="checkbox"/> None <i>Nada</i></p> | <p>Heart <i>Corazón</i></p> <p><input type="checkbox"/> Heart murmur <i>Soplo del corazón</i></p> <p><input type="checkbox"/> High blood pressure <i>Presión alta de la sangre</i></p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Otro</i></p> <p><input type="checkbox"/> None <i>Nada</i></p> | <p>Skin <i>Piel</i></p> <p><input type="checkbox"/> Rashes <i>Ronchas</i></p> <p><input type="checkbox"/> Continued itching <i>Picazón continua</i></p> <p><input type="checkbox"/> Easy bruising <i>Fácilmente le salen moretones</i></p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Otro</i></p> <p><input type="checkbox"/> None <i>Nada</i></p> |
| <p>Muscle system <i>Sistema muscular</i></p> <p><input type="checkbox"/> Joint pain <i>Dolor de las articulaciones</i></p> <p><input type="checkbox"/> Back pain <i>Dolor de la espalda</i></p> <p><input type="checkbox"/> Muscle Cramping <i>Calambres de los músculos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Otro</i></p> <p><input type="checkbox"/> None <i>Nada</i></p> | <p>Ear, nose, throat, & mouth <i>Oído, nariz, garganta, y boca</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ear infections <i>Infecciones de los oídos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sore throat <i>Garganta adolorida</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sinus problems <i>Problemas sinuales</i></p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Otro</i></p> <p><input type="checkbox"/> None <i>Nada</i></p> | <p>Kidney & bladder <i>Riñón y vejiga</i></p> <p><input type="checkbox"/> Blood in urine <i>Sangre en la orina</i></p> <p><input type="checkbox"/> Burning with urination <i>Ardor al orinar</i></p> <p><input type="checkbox"/> Frequent urination <i>Orinando con mucha frecuencia</i></p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Otro</i></p> <p><input type="checkbox"/> None <i>Nada</i></p> | <p>Lungs <i>Pulmones</i></p> <p><input type="checkbox"/> Wheezing <i>Dificultad respirando</i></p> <p><input type="checkbox"/> Frequent cough <i>Tos frecuente</i></p> <p><input type="checkbox"/> Shortness of breath <i>Falta de respiración</i></p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Otro</i></p> <p><input type="checkbox"/> None <i>Nada</i></p> |
| <p>Blood & lymph glands <i>Sangre y glándulas linfa</i></p> <p><input type="checkbox"/> Swollen glands <i>Glándulas hinchadas</i></p> <p><input type="checkbox"/> Blood clotting problems <i>Problemas con coagulación</i></p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Otro</i></p> <p><input type="checkbox"/> None <i>Nada</i></p> | <p>Physician's use only (comments/notes) <i>Solo use médico</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p># = L 0-1 = 1-2 2-9 = 3 >10 = 4-5</p> </div> | | |