Stratford Hospital District (DBA)
Stratford Family Medical Clinic
PO BOX 1189
1220 Purnell
Stratford TX, 79084
Phone: (806) 396-5583 Fax: (806) 366-2715

CHILD DEMOGRAPHIC INFORMATION FORM

Today's Date_____

CHILD INFORMATION:

Patient's Name _____ Age_____ Date of Birth _____

SEX: Male/Female **Attends school? ___Yes ___No ___ Home school** **Grade: _____**

Social Sec. # _____

Mailing &Physical Address _____

City_____ State_____ Zip_____

Home Phone#_____ Mobile/Cell#_____ Work#_____

FAMILY INFORMATION

***Please complete for each parent*: We must have the information for both parents regardless of custody. If the parents are divorced or no longer together, check the name of the parent with custody at this time.**

☐ **Mother's Name: _____ Date of Birth: _____ SS#:_____**

Address (if different than above) _____

City _____State _____ Zip_____

Parent Occupation _____ Employer: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Work Phone: _____

☐ **Father's Name: _____ Date of Birth: _____ SS#:_____**

Address (if different than above) _____

City _____State _____ Zip_____

Parent Occupation _____ Employer: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Work Phone: _____

Pharmacy Name/City/Phone#_____Phone#_____

Who is the patient primary care provider? _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION & ISURANCE INFORMATION:

Name_____Relationship_____

Address_____

Cellular Phone# _____ Home Phone# _____ Work Phone# _____

Insurance Company: _____

Name of subscriber / who is responsible for payment, if other than self?

Name: _____ Relationship: _____

Address_____ Phone_____

Please provide a copy of Insurance Card & Driver's License to the receptionist

STRATFORD HOSPITAL DISTRICT (DBA)

STRATFORD FAMILY MEDICAL CLINC

Chart Wellness

Patient Name: _____

ALLERGIES:

Please list any medication or foods you cannot take and give us brief description of what happened:

_____

_____

_____

CURRENT MEDICATIONS:

Please list any medication/vitamins that your child is on & dosages.

_____

_____

_____

IMMUNIZATIONS: PLEASE GIVE US THE SHOT RECORD!!

Are your child's immunization up to date? __Yes __No

Will your child receive immunization from this office or with the child be seeing a different clinic for immunization?

___Here ___Other? _____

WE OFFER STATE IMMUNIZATION AT LOW COST TO THE CHILDREN WITH NO INSURANCE OR WITH INSURANCE THAT DOESN'T COVER IMMUNIZATION

YOUR MEDICAL PROBLEMS: please check any of the following you have or have had in the past:

Cardiovascular

- O High blood Pressure
- O Heart Murmur
- O Mitral Valve Prolapse
- O Rheumatic fever
- O Other Heart Problem

_____

_____

Hematologic

- O Blood Transfusion
- O Anemia
- O HIV/AIDS
- O Hemophilia
- O Leukemia
- O Sickle Cell Anemia
- O Other Blood Disorder

_____

_____

Psychiatric/Neurologic

- O Vision Problems
- O Hearing Loss
- O Epilepsy/Seizures
- O Severe Headaches
- O Fainting
- O Cerebral Palsy
- O Autism
- O ASD
- O ADD/ADHD

Genitourinary

- O Kidney Transplant
- O Urinate Frequently
- O Other Kidney/Bladder Problems

_____

_____

Gastrointestinal

- O Hepatitis
- O Liver Disease

Pulmonary

- O Asthma
- O Seasonal Allergies
- O Tuberculosis

Dermal/Musculoskeletal

- O Latex Allergy
- O Skin Rash
- O Rheumatoid Arthritis

Other Conditions

- O Frequent Sore throat
- O Tobacco Use
- O Cleft lip/ Palate
- O Radiation Therapy
- O Chemotherapy
- O Condition/ Problems not listed

_____

_____

Endocrine

- O Diabetes
- O Thyroid Disease
- O Taking Steroids or Cortisone

Have you had cancer? ___ YES ___NO: If yes please give details:

_____

_____

If female please state when your last menstrual period was: _____

Past Surgeries: Check any you have had:

___Appendix ___Open Heart ___Hernia repair

___Tonsils ___Adenoids ___Ear tubes ___Fracture repair

Give date & details of surgeries and or any other problems:

_____

_____

FAMILY HISTORY OF ILLNESS INFORMATION: If the following illness run in your families please state relationship to the person who is affected (ex: mother, father, grandparents, uncles, etc)

Migraine headaches __Yes __No (who) _____

Dementia or Alzheimer's __Yes __No (who) _____

Depression or Suicide __Yes __No (who) _____

Schizophrenia ___Yes __No (who)_____

Stroke __Yes __No (who) _____

Eye disease: Macular Degeneration __Yes __No (who) _____

Asthma __Yes __No (who) _____

Lung cancer __Yes __No (who) _____

Tuberculosis __Yes __No (who) _____

Heart disease/Heart Attack __Yes __No (who/what) _____

High cholesterol __Yes __No (who) _____

High Blood pressure __Yes __No (who) _____

Leukemia __Yes __No (who) _____

Blood Clots __Yes __No (who) _____

Breast Cancer __Yes __No (who) _____

Ulcer ___Yes __No (who) _____

Gall Stones __Yes __No (who) _____

Colon cancer __Yes __No (who) _____

Colon Polyps __Yes __No (who) _____

Diabetes __Yes __No (who) _____

Thyroid __Yes __No (who) _____

Arthritis (rheumatoid or gout) __Yes __No (who) _____

Osteoporosis __Yes __No (who) _____

Dear: Stratford Family Medical Patients,

Due to the excessive no call no shows on appointments & an increased number of new patients. Stratford Family Medical Clinic will start to Charge a **$65.00** Office visit if you make an appointment & fail to keep it & don't call to cancel!! This charge will have to be paid before being seen at a new appointment. If you are on Medicaid & have excessive No-Show we reserve the right to discharge you from our Clinic

Thank you

Stratford Staff Sign_____

Estimados Pacientes:

Debido al excesivo número de pacientes que no se presenta a las citas o no llaman para cancelar. Y también el incremento de pacientes nuevos. Stratford Family Medical comenzará a Cobra una tarifa de **$65.00**. Si usted hace una cita & no presenta & no llama para cancelar!! Este cargo debe ser pagado antes de ser visto en una nueva cita. Si usted está en Medicaid y no se presenta a sus citas excesivamente tenemos el derecho de negarle los servicios de nuestra clínica

Gracias

Stratford Family Medical Clinic Firm_____

Stratford Family Medical Clinic

AUTHORZATION AND CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT, PAYMENT GUARANTEE, AND ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

GENERAL CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT: As a patient of Stratford Medical Clinic, I understand that the clinic has an obligation to provide screening and emergency medical treatment when appropriate and to provide appropriate care and treatment of all patients. I hereby authorize the clinic, and its affiliated physicians and other licensed providers to order and/or provide direct and indirect services in efforts to diagnose and treat diseases, disorders, injuries or other conditions. I understand that the providers will act in good faith to provide quality care and treatment. However, a specific cure or resolution cannot be promised. My patient rights include my participation in my care plans and treatment options. I may revoke this consent for general treatment. Additional informed consent shall be given for medical procedures or treatments for which I need to specifically consent.

ASSIGNMENT OF BENEFITS AND PAYMENT GUARANTEE: I authorize SFMC to bill my insurance company or other designated third-party payer for the services provided as related to my care. I acknowledge that the clinic will file claims on my behalf as a courtesy and that I, as guarantor of the account, remain responsible for payment of services. I acknowledge that I am also responsible for deductibles, co-insurance amounts, co-payment amounts, and non-covered services. I/we agree to pay the established rates of the clinic for all services rendered for the patient named below. I also acknowledge that I am aware that the clinic may have policies for financial counseling and assistance.

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION FOR (TPO)AND EMERGENCY CARE: I do hereby authorize SFMC to release medical or other information to any insurance company or third-party for which reassignment of my benefits has been made for a medical service. I understand that my information may be released by law for any business activity related to the treatment, payment and operation (TPO) related to my care. I also authorize the healthcare providers of the clinic to release medical and other information to other healthcare providers or facilities as needed for emergency treatment or continuity of care. Unless otherwise restricted by the me, as patient or guardian, health information may also be released to immediate family members who are actively engaged in the management of my care. In all other cases, I understand that I will be required to authorize the release of protected health information (PHI). **Information may be release to**:

Name & relationship: _____

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT: By signing this form, you acknowledge receipt of the notice of privacy practices of SFMC. Our notice of privacy provides information about how we may use and disclose your protected health information. We are required by federal law to obtain your acknowledgement that you have received this Notice. If you have any questions about our notice of privacy practices, please contact us at the above telephone number.

THE UNDERSIGNED CERTIFIES HE/SHE HAS READ AND UNDERSTANDS THE ABOVE INFORMATION AND AUTHORZATION. IT ALSO CERTIFIES YOU HAVE RECEIVED OUR NOTICE OF PRIVACY PRACTICES AND PATIENT RIGHTS. THIS AUTHORIZATION/ACKNOWLEDGEMENT REMAINS IN FORCE UNTIL SUCH DATE THAT IT IS REVOKED OR REPLACED.

Patient Name: _____ DOB: _____

Patient Signature or Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Stratford Hospital District (DBA)
Stratford Family Medical Clinic
PO BOX 1189
1220 Purnell
Stratford TX, 79084
Phone: (806) 396-5583 Fax: (806) 366-2715

FORMA DE INFORMACION DEMOGRÁFICO DE NIÑO (-A)

Fecha de Hoy: _____

Nombre del paciente: _____ Edad_____ Fecha De Nacimiento: _____

SEXO: Masculino/ Femenino **Atiende a La Escuela? ___Si ___No ___** **Grado: _____**

Seguro Social. # _____

Dirección Fisca & de Correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa#_____ Cell#_____ Trabajo#_____

INFORMACIÓN De FAMILIA

Por favor complete toda la información para cada padre de familia:

Debemos tener la información de los padres independientemente de la custodia. Si los padres están divorciados o ya no juntos, marque el nombre del padre con la custodia en este tiempo.

☐ **Nombre de la Madre:** _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

SS#:_____

Dirección (Si es diferente que arriba) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Ocupación: _____ Trabajo: _____

Teléfono de casa: _____ Cell: _____ Teléfono del Trabajo: _____

☐ **Nombre del Padre:** _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

SS#:_____

Dirección (Si es diferente que arriba) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Ocupación _____ Trabajo: _____

Teléfono de casa: _____ Cell: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Nombre de farmacia /Ciudad/_____ Teléfono # _____

Quién es el Doctor primario del paciente? _____

***** Por favor proporcione una copia de la licencia de conducir y tarjeta de seguro a la recepcionista *****

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y LA INFORMACIÓN DE SEGUROS:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Celular # _____ Teléfono de casa# _____ Teléfono del Trabajo # _____

Seguro Medico: _____

Nombre de suscriptor / Quién es responsable del pago, si es distinto de uno mismo? _____

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Información de Salud

ALERGIA:

Por favor indique cualquier medicación o alimentos que cause alergia y nos dan una breve descripción de lo sucedido:

_____

_____

_____

MEDICAMENTO:

Por favor indique cualquier medicamentos/vitaminas que su hijo está tomando hoy y la dosis.

_____

_____

_____

VACUNAS: POR FAVOR, DAN NOS EL REGISTRO DE VACUNAS!!

Las vacunas de su hijo están al corriente? __Si __No

Su hijo recibe inmunización de esta oficina o en otra clínica diferente?

___ Aquí ___ Otra Clínica? Donde: _____

OFRECEMOS VACUNAS Del ESTADO A BAJO COSTO A LOS NIÑOS SIN SEGURO O CON SEGURO QUE NO CUBRE LA INMUNIZACIÓN

SUS PROBLEMAS MÉDICO: por favor verifique cualquiera de los siguientes que tiene o ha tenido en el pasado:

Cardiovascular

- O Alta presión
- O Soplo Cardiaco
- O Prolapso de la valvula mitral
- O Fiebre reumatica
- O Otros problemas del Corazon

_____

_____

Hematologico

- O Transfusión de sangre
- O Anemia
- O HIV/AIDS
- O Hemofilia
- O Leucemia
- O Celula falciforme
- O Otros trastornos de la sangre

_____

Psoquiatrico/Neurologico

- O Problemas de visión
- O Perdida da la Audicion
- O Epilepsia / Ataque
- O Severo dolor de cabeza
- O Desmayos
- O Paralisis Cerebral
- O Autismo
- O ASD
- O Trastorno por deficit de atencion/Desorden de hiper déficit de atencion

Genitourinario

- O Transplante de Riñón
- O Frecuencia de orinar
- O Otros Problemas de Riñones / Vejiga

_____

_____

Gastrointestinal

- O Hepatitis
- O Enfermedad del hígado

Dermico/Musculoesqueletico

- O Alergia a Latex
- O Erupción de la piel
- O Artitis Reumatoide

Pulmonar

- O Asma
- O Alergia temporal
- O Tuberculosis

Endocrino

- O Diabetes
- O Enfermedad de Tiroides
- O Tomando los esteroides o cortisona

Otras Problemas

- O Dolor de garganta frecuente
- O Usos de Tabaco
- O Paladar hendido/ labio leporino
- O Terapia de radiación
- O Quimioterapia

Condición / problemas no mencionados

_____

_____

_____

Ha tenido cáncer de? ___ Si ___NO: En caso afirmativo por favor dar detalles:

_____

_____

Si mujer indique cuando fue su último período menstrual: _____

Cirugía Pasadas: Marca que cualquier ha tenido:

___ Apéndice ___Corazón Abierto ___ Reparación de Hernia

___ Amígdala ___Adenoides ___Tubos de oído ___Reparación de fracturas

Dar fecha y detalles de las cirugías y o cualquier otro problema:

_____

_____

HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD: Marca la siguiente enfermedad en sus familias indique relación a la persona que está afectada (por ejemplo: madre, padre, abuelos, tíos, etcétera)

Migraña: Si o No

Quién?_____

Demencia o Alzhéimer: Si o No

Quién?_____

Depresión o Suicidio: Si o No

Quién?_____

Derrame cerebral: Si o No

Quién?_____

Enfermedad de los Ojos: Si o No

Quién?_____

Glaucoma: Si o No

Quién?_____

Cataratas: Si o No

Quién?_____

Asma: Si o No

Quién?_____

Cáncer de pulmón: Si o No

Quién?_____

Tuberculosis: Si o No

Quién?_____

Enfermedad del Corazón/ Ataque del Corazón: Si o No

Quién?_____

Alto colesterol: Si o No

Quién?_____

Alta presión: Si o No

Quién?_____

Coágulo de Sangre: Si o No

Quién?_____

Cáncer de pecho: Si o No

Quién?_____

Piedras del riñón: Si o No

Quién?_____

Cáncer del colon: Si o No

Quién?_____

Diabetes: Si o No

Quién?_____

Tiroides: Si o No

Quién?_____

Artritis: Si o No

Quién?_____

Osteoporosis: Si o No

Quién?_____

Estimados Pacientes:

Debido a la excesivo número de pacientes que no se presenta a la citas o no llaman para cancelar. Y también el incremento de pacientes nuevos. Stratford Family Medical comenzará a Cobra una tarifa de **$65.00**. Si usted hace una cita & no presenta & no llama para cancelar!! Este cargo debe ser pagado antes de ser visto en una nueva cita. Si usted está en Medicaid y no se presenta a sus citas excesivamente tenemos el derecho de negarle los servicios de nuestra clínica

Gracias

Stratford Family Medical Clinic Firm_____

Stratford Family Medical Clinic

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO, GARANTÍA DE PAGO Y ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y AUTHORZATION

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO MÉDICO: Como paciente de Stratford Family Medical Clinic, entiendo que la clínica tiene la obligación de proporcionar tratamiento médico de investigación y de emergencia cuando sea apropiado y para proporcionar cuidado apropiado y tratamiento de todo paciente. Autorizo a la clínica y sus médicos y otros proveedores con licencia para ordenar o prestación de servicios directos e indirectos en los esfuerzos para diagnosticar y tratar enfermedades, trastornos, lesiones u otras condiciones. Entiendo que los proveedores actúen de buena fe para proporcionar tratamiento y atención de calidad. Sin embargo, no prometió una cura específica o resolución. Mis derechos pacientes incluyen mi participación en los planes de atención y las opciones de tratamiento. Puedo revocar este consentimiento para el tratamiento general. Para procedimientos médicos o tratamientos para los cuales necesito específicamente el consentimiento se dará consentimiento adicional.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE PAGO: Autorizo SFMC para cobrarle a mi compañía de seguros u otro señalado tercero pagador por los servicios prestados con respecto a mi cuidado. Reconozco que la clínica presentar reclamaciones en el mío como una cortesía y que I, como garante de la cuenta, siendo responsables del pago de servicios. Reconozco que también soy responsable de deducibles, coaseguro cantidades, montos de copago y servicios no cubiertos. I / estamos de acuerdo en pagar las tarifas establecidas de la clínica todos los servicios prestados al paciente nombrado abajo. También reconozco que soy consciente de que la clínica tenga políticas de asistencia y asesoramiento financiero.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE TPO Y EMERGENCIA ATENCIÓN MÉDICA: por la presente autorizo SFMC liberar médica u otra información a cualquier compañía de seguros o de terceros que se ha hecho reasignación de mis beneficios para un servicio médico. Entiendo que mi información puede ser divulgada por ley para cualquier actividad relacionada con el tratamiento, pago y operación (TPO) relacionados con mi cuidado. También autorizo a los proveedores de atención médica de la clínica a médicos y otra información a otros proveedores de atención médica o servicios según sea necesario para el tratamiento de urgencia o continuidad de la atención. A menos que lo contrario restringido por mí, como paciente o tutor, información de salud puede ser divulgada a familiares inmediatos que participan activamente en la gestión de mi cuidado. En los demás casos, entiendo que estaré obligado a autorizar la liberación de información de salud protegida (PHI).

Permiso para dar Información a :

Nombré Y Relación: _____

AVISO DE PRIVACIDAD PRÁCTICAS ACUSE DE RECIBO: al firmar este formulario, usted reconoce el recibo de la notificación de prácticas de privacidad de SFMC. Nuestro aviso de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos usar y divulgar su información protegida de salud. Se nos requiere por ley federal a obtener el reconocimiento que ha recibido este aviso. Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestro aviso de prácticas de privacidad, por favor contáctenos al número telefónico anterior.

EL ABAJO FIRMANTE CERTIFICA QUE HA LEÍDO Y ENTENDIDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y AUTHORZATION. TAMBIÉN CERTIFICA QUE HA RECIBIDO NUESTRA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DERECHOS DEL PACIENTE. ESTA AUTORIZACIÓN/RECONOCIMIENTO SIGUE EN VIGOR HASTA DICHA FECHA QUE ES REVOCADO O SUSTITUIDO.

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente/Padre o Tutor: _____ Fecha: _____