



# Boston Children's Health Physicians

Until every child is well™

## REGISTRACIÓN DE BCHP

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ MED. REC. #: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

PERSONA RESPONSABLE/ENCARGADA: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

PADRE/GARANTE #1: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

PADRE/GARANTE #2: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EMPLEO: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN DEL EMPLEO: \_\_\_\_\_

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_ NÚMERO TELEFÓNICO: \_\_\_\_\_

SEGURO MÉDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO: \_\_\_\_\_

ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

NÚMERO TELEFÓNICO DE LA COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_ FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: \_\_\_\_\_

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO: \_\_\_\_\_

ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

NÚMERO TELEFÓNICO DE LA COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_ FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: \_\_\_\_\_

### *DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS*

Por la presente autorizo a BCHP que divulgue información relativa a la atención médica prestada a mi o a mis dependientes. Solicito que el pago autorizado de beneficios de Medicare/otras compañías de seguros me sea hecho a mí o sea hecho a BCHP en mi nombre por los servicios prestados. Quedo notificado que mi seguro médico podrá requerir un copago y lo debo pagar en el momento de la consulta o se aplicará un sobrecargo de \$15 a mi saldo.

Signature of Patient: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# Boston Children's Health Physicians

Until every child is well™

Por este medio acuso recibo de la notificación de las prácticas de protección de la privacidad de **Boston Children's Health Physicians, LLP's** (de aquí en adelante referido como BHP). Así mismo entiendo que si tuviese alguna pregunta acerca de las prácticas de protección de la privacidad de BHP o acerca de mis derechos sobre mi información médica personal, de acuerdo a lo expresado en esta notificación puedo recurrir al oficial encargado de la protección de la privacidad en BHP para obtener mas información.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del encargado

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

## DOCUMENTATION SUPPORTING GOOD FAITH EFFORT TO OBTAIN ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Patient Name: \_\_\_\_\_

Patient Identification #: \_\_\_\_\_

I hereby certify that on \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ I made a good faith effort to obtain the above patient's written acknowledgment of receipt of BHP's Notice of Privacy Practices, but I was unable to do so for the following reason(s):

Name of Staff Person (Please Print Name) \_\_\_\_\_

Signature of Staff Person  
\_\_\_\_\_

Date  
\_\_\_\_\_

NOTE: THIS DOCUMENT SHOULD BE MAINTAINED PERMANENTLY IN THE PATIENT'S MEDICAL RECORD OR OTHER FILE ON PROVIDER'S PREMISES.



# Boston Children's Health Physicians

Until every child is well™

## POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por elegir a Boston Children's Health Physicians, LLP para ser el proveedor de atención médica (de su hijo o hija menor de edad). Puede estar seguro que la atención de salud de su hijo o hija menor de edad es de suma importancia para nosotros.

Gracias por dedicar el tiempo necesario para revisar nuestras políticas. Es importante que usted entienda claramente nuestra política financiera para su relación profesional con nosotros. No dude en hacer cualquier pregunta o mencionar cualquier preocupación especial que pudiera tener.

### **Copagos (Pagos complementarios)**

Es necesario que cobremos el copago en el momento de la consulta. Se aplicará un sobrecargo de \$15 a su saldo si no paga el copago completo en el momento de su consulta. BCHP acepta pagos en efectivo, con cheque o tarjeta de crédito.

Algunos planes de seguros médico cobran copagos múltiples por servicios prestados el mismo día. Si se le presta alguno de esos servicios se le puede enviar una factura de cobro para los copagos adicionales después de la consulta.

### **Si no se presenta a la cita/Política por cancelación tardía**

Un sobrecargo de \$50 será aplicado a su cuenta médica, si usted o sus dependientes no llegan a su cita médica o si no cancela su cita antes de 24 horas. Si usted necesita más información sobre esta póliza de cancelación de citas, por favor de consultar con su consultorio médico.

### **Seguro**

Solicitamos una copia de su tarjeta del seguro médico (o la de su dependiente) para nuestros archivos. Haga el favor de informarnos también sobre cualquier cambio en su cobertura de seguro médico.

### **Planes Participantes**

El BCHP participa en la mayoría de los planes de seguro médico. Es necesario que usted nos suministre toda la información incluyendo el seguro médico primario y secundario para emitir la factura correcta a su compañía de seguros. Comuníquese con nosotros también si ha habido algún cambio con respecto a la información de su seguro médico. La falta de información completa sobre el seguro médico podría resultar en que el paciente sea enteramente responsable por el pago de la factura. La compañía de seguros es la que toma la determinación final con respecto a su elegibilidad y beneficios. Es usted el responsable por el pago de cualesquiera coaseguros, deducibles o servicios que no sean pagados por su seguro médico.

### **Planes No Participantes**

En el dado caso de que nosotros estemos fuera de la red de su plan de seguro médico y la compañía de seguros le pague a usted directamente, usted deberá pagar en el momento de su cita médica a menos que haya hecho algún otro arreglo con anterioridad

### **Remisiones**

Si su compañía de seguros requiere que usted obtenga una remisión antes de su consulta médica, es su responsabilidad obtenerla y deberá traerla consigo en el momento de la cita. Si usted no obtiene la remisión a tiempo para que la compañía de seguros cubra la consulta médica, es necesario que usted firme una renuncia financiera responsabilizándose por el pago.

### **Pago Por Cuenta Propia**

Usted deberá pagar por la cita médica en el momento en que se le atiende a menos que haya hecho algún otro arreglo previo con el gerente de la oficina del consultorio médico.

## **RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE**



# Boston Children's Health Physicians

Until every child is well™

Entiendo que asumo la responsabilidad completa por el pago de los servicios prestados por Boston Children's Health Physicians, LLP. Entiendo que soy responsable por el pago puntual de cualquier porción de los cargos que la compañía de seguros no cubra. Entiendo que tengo que hacer el copago en el momento de mi llegada al consultorio y si no lo hago habrá un sobrecargo adicional de \$15 a mi cuenta además del cargo por copago aplicable.

Autorizo a BCHP para que revele información a Medicare o a las otras compañías de seguros responsables por el pago de la atención médica prestada a mi o a mis dependientes. Solicito que el pago autorizado de beneficios de Medicare/otras compañías de seguros me sea hecho a mi o sea hecho a BCHP en mi nombre por los servicios prestados.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o la persona autorizada  
persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del padre o la

\_\_\_\_\_  
Fecha



## SOLICITUD DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

El gobierno federal está solicitando que todos los médicos obtengan información sobre la raza y etnicidad de sus pacientes para monitorear la calidad del cuidado médico y asegurar que todo paciente reciba el mejor cuidado posible, sin distinción de raza o etnicidad. Por favor, complete este cuestionario para que así podamos participar en este esfuerzo. Si decide proporcionarnos esta información, le aseguramos que mantendremos su identidad en estricta confidencialidad. Si decide no participar, seleccione la opción.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué categoría describe mejor la etnicidad del paciente?

- Origen hispano o latino
- IndioAmericano / Nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífico
- Negro o Afroamericano
- Blanco / Caucásico
- Otro

2. ¿Cuál es el idioma preferido del paciente?

- Castellano (Español)
- Inglés
- Otro: \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es el idioma preferido del paciente?

[ ] No deseo proporcionar esta información.

***Gracias por su tiempo.***



# Boston Children's Health Physicians

Until every child is well™

## AUTORIZACIÓN Para Obtener Información Médica (Release of Records)

Nombre del paciente:	Número telefónico:
Dirección del Paciente: Calle, ciudad, estado, código postal	
Fecha de nacimiento:	mes                      día                      año
Otra información de identificación (número de seguro social):	

Yo, por este medio autorizo que \_\_\_\_\_ [proveedor de atención de salud] revele y transfiera mi información médica protegida según se indica a continuación.

Esta información puede ser revelada a:  Nombre:  A la atención de:  Dirección:  Ciudad, estado, código postal
<b>DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SERÁ REVELADA:</b> Para las fechas de tratamiento a partir de _____ hasta _____
<b>RAZÓN POR LA QUE SE SOLICITA SU USO O REVELACIÓN:</b> [ ] Transferir cobertura de salud    [ ] Uso personal    [ ] Rellenar el formulario    [ ] Remisión  [ ] Cambio de proveedor de atención médica    [ ] Otra
Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de su firma o antes. _____ Indique la fecha

### EL PACIENTE DEBE LEER Y FIRMAR:

Entiendo lo que se indica a continuación:

- En cualquier momento puedo revocar esta autorización enviando una notificación por escrito al consultorio.
- Puede ser que yo no pueda revocar esta autorización si el consultorio ya ha tomado medidas para utilizar esta autorización o si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura del seguro médico.
- El consultorio no condicionará mi tratamiento médico o el pago del mismo basándose en el que yo haya firmado esta autorización.
- Firmo esta autorización libremente y sin ninguna presión de cualquier persona.
- La información revelada por medio de esta autorización puede ser sujeta a una nueva instancia de revelación de parte del consultorio y puede ser que ya no esté amparada por las leyes federales.
- Yo reconozco que he tenido la oportunidad de revisar esta autorización y entiendo su propósito y utilización.
- Me será entregada una copia rellena y firmada de este formulario de autorización.

Se cobrará un cargo de 75 centavos por página por copiar su expediente médico más los costos de envío.

Firma del paciente:	Fecha:
---------------------	--------



# Boston Children's Health Physicians

Until every child is well™

## Para menores de 18 años

Autorizo que mi menor \_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_\_\_  
sea examinado \_\_\_\_\_ (fecha) por Boston Children's Health  
Physicians, LLP.

### Solo o acompañado a la cita médica:

\_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado sin ir  
acompañado.

\_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado únicamente si va  
acompañado por \_\_\_\_\_ y el personal médico de  
BCHP.

### Solo o acompañado en la sala de examen:

\_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad puede ser examinado y recibir  
tratamiento en la sala de examen sin ir acompañado de ninguna  
persona.

\_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado y recibir  
tratamiento en la sala de examen únicamente si va acompañado  
por \_\_\_\_\_ y el personal médico de BCHP.

\_\_\_ Autorizo cualquier examen, procedimiento y/o vacunas para mi hijo  
o hija menor de edad como parte del tratamiento médico.

Esta autorización es válida a partir de la fecha o período de tiempo \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
(en letra imprenta)



# Boston Children's Health Physicians

Until every child is well™

Estimado \_\_\_\_\_:

El correo electrónico es una manera fácil y conveniente para comunicarnos pero no es lo mismo que llamar a la oficina de su médico. Usted no puede saber cuando será leído o respondido su mensaje, o incluso si su médico está disponible o ha salido de vacaciones. Boston Children's Health Physicians, LLP ("BCHP") se comunicará con los pacientes (o con los padres o tutores) por correo electrónico únicamente si recibimos su acuerdo aceptando los términos que se establecen en este Consentimiento. Su consentimiento a estos términos se aplicará a todos los proveedores clínicos de BCHP, al igual que el personal no clínico de BCHP, que participe en su cuidado médico, la facturación y otras actividades. La decisión en cuanto a comunicarse con usted, en español, por correo electrónico es a discreción de su médico.

- **¡El correo electrónico nunca es apropiado para urgencias o problemas de salud de emergencia!** En esos casos debe llamar a la oficina del médico o ir a servicios de urgencias del hospital.
- **BCHP NO ENVIARÁ Y NO RESPONDERÁ A MENSAJES DE TEXTO ENVIADOS POR TELÉFONO CELULAR O POR UN DISPOSITIVO MÓVIL SIMILAR.**
- El correo electrónico no deberá ser utilizado en vez de la consulta médica en persona con su médico y la comunicación por correo electrónico es a discreción exclusiva de su médico.
- El correo electrónico es apropiado para comunicar asuntos de rutina que no requieran consulta extensa; tales como solicitar que le vuelvan a surtir su receta médica, la remisión a otro médico, el solicitar una cita médica y hacer preguntas acerca de la facturación o el seguro médico. BCHP podrá, a su discreción, utilizar el correo electrónico para enviarle información sobre nuestro consultorio médico y otros servicios, incluyendo recordatorios de citas, nuestros programas para pacientes y nuevos servicios.
- La comunicación por correo electrónico no es confidencial y puede ser no codificada. Es como enviar una postal por correo. Nuestro personal (clínico y no clínico) puede leer sus correos electrónicos en el desempeño de sus obligaciones de trabajo. Puede ser que su empleador tenga legal derecho a leer sus correos si usted los envía por medio de una cuenta de correo electrónico de su trabajo,
- El correo electrónico nunca debe ser usado para comunicar información médica de carácter delicado relacionada con enfermedades de transmisión sexual, SIDA/VIH, la salud mental, la discapacidad del desarrollo o el abuso de sustancias.
- El correo electrónico puede llegar a ser parte del historial médico cuando contiene información clínica, y creemos que es apropiado incluirlo en el historial clínico. En tal caso, el mensaje puede ser retenido en el historial de salud del paciente.
- Al firmar abajo usted le indica a BCHP que (a) usted es el paciente, el padre o tutor del menor de edad carente de capacidad de consentimiento para su tratamiento cuyo nombre aparece más abajo; (b) usted es el usuario autorizado de la cuenta de correo electrónico que aparece más abajo, (c) usted tiene la autoridad para darnos su consentimiento para que utilicemos las comunicaciones concernientes al paciente; y (d) usted acepta la plena responsabilidad por supervisar la seguridad de su utilización por su parte. Por este medio, usted está acordando que BCHP no tiene ninguna responsabilidad para utilizar cualquier tipo de medida para verificar que el remitente o el receptor que usa su dirección de correo electrónico es usted.
- Cualquiera de las partes puede revocar el permiso para utilizar el sistema de correo electrónico, por escrito, en cualquier momento.
- Este acuerdo para el correo electrónico cubre ÚNICAMENTE al individuo que firma a continuación. Cada representante autorizado del paciente deberá firmar su propio consentimiento para la comunicación por correo electrónico.

Deseo comunicarme por correo electrónico con BCHP en lo que concierne al paciente cuyo nombre aparece más abajo de acuerdo con los términos de este Consentimiento.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La dirección de su correo electrónico: \_\_\_\_\_ El estado en donde usted reside: \_\_\_\_\_





# Boston Children's Health Physicians

Until every child is well™

Division of Pediatric Neurology

## Patient History Form (PFSH/ROS)

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

Please print the requested information or place a check mark "v" where appropriate:

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Form completed by: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Reason for Referral: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Who may we thank for referring you? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Birth History

What was the baby's birth weight: \_\_\_\_\_

Was the baby full term? \_\_\_\_\_ Premature? \_\_\_\_\_

Was delivery vaginal? \_\_\_\_\_ Complicated? \_\_\_\_\_

What were the baby's Apgar scores? (if known) \_\_\_\_\_

Mother's age at delivery? \_\_\_\_\_

Baby's birth order: 1<sup>st</sup> \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> \_\_\_\_\_ 3<sup>rd</sup> \_\_\_\_\_ 4<sup>th</sup> \_\_\_\_\_

Was baby in regular newborn nursery? \_\_\_\_\_ Neonatal intensive care unit? \_\_\_\_\_

Was baby discharged from hospital with mother? \_\_\_\_\_

### Developmental History

Did child walk by 14 months? \_\_\_\_\_

Did child speak short phrases by 24 months? \_\_\_\_\_

What age (in months) did the child speak first word? \_\_\_\_\_ Short phrases? \_\_\_\_\_

Roll over? \_\_\_\_\_ Crawl? \_\_\_\_\_ Sit? \_\_\_\_\_ Walk? \_\_\_\_\_ Ride tricycle? \_\_\_\_\_

Has your child had any delayed milestones? \_\_\_\_\_

Was the child enrolled in an infant program (Early Intervention)? \_\_\_\_\_

If yes, what was the reason: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Boston Children's Health Physicians

Until every child is well™

Division of Pediatric Neurology

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

### Educational History

Present grade: \_\_\_\_\_

Did your child attend preschool? \_\_\_\_\_

Were any problems noted by teacher? \_\_\_\_\_

Were there problems with attention? \_\_\_\_\_ Activity? \_\_\_\_\_ Behavior? \_\_\_\_\_ Scissors? \_\_\_\_\_

Was it therapeutic? (special education) \_\_\_\_\_

Name of school: \_\_\_\_\_

Is your child in regular class? \_\_\_\_\_

### Past Medical History (circle answer)

Has your child ever been hospitalized? Yes | No Describe: \_\_\_\_\_

Has your child had any serious injuries/ broken bones? Yes | No Describe: \_\_\_\_\_

Has your child ever received a blood transfusion? Yes | No Describe: \_\_\_\_\_

Has your child ever had surgery? Yes | No Describe: \_\_\_\_\_

Are your child's immunizations up to date?	Unknown	Yes	No	Year: _____
Pneumococcal (pneumonia)	Unknown	Yes	No	Year: _____
Hepatitis B	Unknown	Yes	No	Year: _____
Influenza (flu)	Unknown	Yes	No	Year: _____
Tetanus/Diphtheria (past 10 yrs)	Unknown	Yes	No	Year: _____
Measles	Unknown	Yes	No	Year: _____
Mumps	Unknown	Yes	No	Year: _____
Rubella	Unknown	Yes	No	Year: _____
Polio	Unknown	Yes	No	Year: _____

Does your child have allergies (including medication) Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, please list with reaction: \_\_\_\_\_

Please list any medications your child is currently taking: \_\_\_\_\_

Has your child recently stopped any medications? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, please describe: \_\_\_\_\_



# Boston Children's Health Physicians

Until every child is well™

Division of Pediatric Neurology

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

**Has your child had any of the following? Please mark response with "v"**

	No	Yes	Describe when appropriate
Strep Throat			
Asthma			
Heart Problems			
Lung Problems			
Kidney Problems			
Stomach Problems			
Colon Problems			
Depression			
Psychiatric Illness			
Alcohol/Drug problems			
Poisoning (describe)			
Endocrine Disorder			
Infectious Disease			
Lyme Disease			
Attention Deficit Disorder			
Stroke/ TIA			
Seizure			
Migraine			
Learning Disability			
Other (describe)			

### Social History

Where was your child born? \_\_\_\_\_ Raised? \_\_\_\_\_

Does the child live with: mother? \_\_\_\_\_ Father? \_\_\_\_\_ other: \_\_\_\_\_

Mother's age: \_\_\_\_\_ Education: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Father's age: \_\_\_\_\_ Education: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

**Has the child ever used any of the following substances? Circle one**

Substance	Current Use		Previous Use		Type/amountt/Frequency	# of years	Year stopped
	YES	NO	YES	NO			
Tobacco							
Alcohol (beer, wine, liquor)							
Illicit Substances (street drugs)							
Caffeine (coffee/soda/tea)							
Other (toxin/exposure)							



# Boston Children's Health Physicians

Until every child is well™

Division of Pediatric Neurology

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

## Family History

Is your child adopted? (circle) Yes | No (if medical history of blood relatives known, describe below)

Father: Alive? \_\_\_\_\_ Age? \_\_\_\_\_ Deceased? \_\_\_\_\_ Cause of Death: \_\_\_\_\_

Mother: Alive? \_\_\_\_\_ Age? \_\_\_\_\_ Deceased? \_\_\_\_\_ Cause of Death: \_\_\_\_\_

**Please list any illness and age diagnosed in the following family members:**

Father: \_\_\_\_\_

Mother: \_\_\_\_\_

Grandparents: \_\_\_\_\_

Sisters: \_\_\_\_\_

Brothers: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

**Please circle:**

Does anyone in the family have neurologic problems? Yes | No

Does anyone in the family have psychiatric problems? Yes | No

Does anyone in the family have problems similar to your child's problems? Yes | No

If yes to any above, please describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Boston Children's Health Physicians

Until every child is well™

Division of Pediatric Neurology

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

## Review of Systems

Has the child had a problem related to any of the following areas? Please "V" your response:

	YES	NO	Describe:
Constitutional (fever, weight loss)			
Unconsciousness			
Eyes			
Ears/Nose/Mouth/Throat			
Cardiovascular			
Respiratory (trouble breathing)			
GI (nausea, vomiting, reflux, constipation)			
GU (trouble with urination)			
Musculoskeletal (muscle or joint pain)			
Skin (rash, lumps, bumps)			
Psychiatric/ Behavioral			
Endocrine (diabetes, thyroid, growth problem)			
Hematological/Lymphatic(bruising, enlarged lymph nodes)			
Immunological disorder			
<b>Neurological:</b>			
Staring episodes/ daydreaming			
Hyperactivity			
Attention problems			
Double vision			
Tics			
Repetitive habits			
Loss of vision			
Dizziness/ Spinning			
Ringing in the ears			
Hearing Loss			
Slurred speech/stuttering after age 4 yrs old			
Weakness			
Numbness/ tingling			
Incoordination/ clumsiness			
Gross motor (walking, climbing)			
Fine motor (hand use)			
Memory Loss			
Headache			
Sleep disturbances			



# Boston Children's Health Physicians

Until every child is well™

## Division of Pediatric Neurology

Patient's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Prescription Insurance Plan: \_\_\_\_\_

**Local Pharmacy:** \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

**Are you eligible for a 90 day supply? Yes | No**

**Mail Order Pharmacy:** \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

Do we have your consent to check your medication history? Yes | No

Print Name/Guardian: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_