



Formulario de Registro de Nuevo Paciente

Hora de Llegada: _____ Fecha de Hoy: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Propósito de visita/ Preocupación principal: _____

Alergias de Medicamentos: _____

Número del Hogar: _____ Número de celular: _____

Correo electrónico primario: _____

Dirección Postal Primaria: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Doctor Primario: _____ Número Telefónico: _____

Nombre de Farmacia: _____ Dirección: _____

Número Telefónico: _____

Raza: Otro / Indio Americano o Nativo de Alaska / Asiático / Negro o Afroamericano / Nativo Hawaiano u Otro Isleño del Pacífico / Caucásico

Padre

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección (si es diferente) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número del hogar (si es diferente) _____

Correo electrónico primario: _____

Ocupación: _____

Empleador: _____

Madre

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección (si es diferente) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de hogar (si es diferente) _____

Correo electrónico primario: _____

Ocupación: _____

Empleador: _____

Tutor Legal: Ambos Padres ___ Madre ___ Padre ___ Otro _____

ADULTO ACOMPAÑANTE

Nombre del Adulto Acompañante: _____ Relación con el Paciente: _____

Dirección (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número Telefónico: _____ Número del Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Información del Seguro Médico

Nombre del titular de la póliza de seguro: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Compañía de Seguro: _____

Número telefónico: _____

Dirección _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Identificación: _____

Grupo: _____

Plan: _____

Nombre del Empleador: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Número Telefónico: _____

¿Esta persona está autorizada a buscar atención médica para su hijo/a? Si / No

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Número Telefónico: _____

¿Esta persona está autorizada a buscar atención médica para su hijo/a? Si / No

INFORMACIÓN DE REFERIDO

Yo fui referido a After Hours Pediatrics por: _____

¿Cómo se enteró de After Hours Pediatrics? _____



Autorización de Consentimiento de Atención Médica

Estoy proveyendo mi información actual de seguro médico, con la información de co-pago y/o pago completo del servicio proporcionado hoy.

Entiendo que si After Hours Pediatrics es incapaz de obtener pago de mi compañía de seguro médico, seré responsable por el pago total del servicio proporcionado a mi hijo/a bajo el cuidado de la persona mencionada arriba.

** El co-pago tiene que ser pagado por el adulto autorizado que trae al paciente a recibir tratamiento médico.

Para pacientes de 16 años y/o mayores SOLAMENTE. El paciente mencionado abajo puede estar presente y obtener tratamiento médico sin un adulto presente.

Si _____ No _____ (iniciales del padre)



Yo NO autorizo a nadie a que pueda traer a mi hijo/a para recibir tratamiento médico
(Solamente Madre o Padre puede traer paciente a la oficina)

Firma de Padre/ Tutor legal

_____/_____/_____
Fecha de Hoy

Si va a dar permiso para que alguien traiga a su hijo/a (Abuelos, Niñera, Tía/Tío, etc.) en caso de que los padres estén en el trabajo o fuera de la ciudad, por favor de completar y firmar.

Yo (Padre/Tutor Legal), _____estoy dando permiso para que las siguiente persona/s puedan traer a mi hijo/a a After Hours Pediatrics y recibir tratamiento médico en mi ausencia.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Relación _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Relación _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Relación _____

Por Favor de especificar fechas: Desde/Hasta (ejemplo: cumpleaños de 18 años o la semana que usted este fuera de la ciudad y el cuidado del paciente este a cargo de persona)

Continuaremos usando la información dada hasta que se pida un cambio. Es su responsabilidad de notificar a After Hours Pediatrics si hay un divorcio, separación legal, cambio de arreglo de custodia, u otras circunstancias en las cuales se necesite cambiar esta autorización.

CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO: Yo entiendo que el tratamiento médico de After Hours Pediatrics es necesario para el paciente y que tales tratamientos y procedimientos médicos van a ser provisto por médicos y no médicos empleados por After Hours Pediatrics durante horas normales de operación. Yo entiendo que el tratamiento médico es solamente dado, y es responsabilidad del paciente a largo plazo o tratamiento dado después de horas de operación no va a ser en la oficina. Yo doy mi autorización y mi consentimiento para tratamiento y procedimientos, y certifico que no hay garantía de los resultados que se pueden obtener.

AUTORIZACIÓN PARA PROMOCIONES: Yo autorizo a After Hours Pediatrics que use mis comentarios escritos, mi nombre, y mi fotografías para propósitos de promociones. (S/N) Inicial: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Yo asigno todos mis beneficios médicos y/o quirúrgicos a los cuales tengo derecho, incluyendo programas dado por el gobierno, aseguradora privada, y otros planes de salud a After Hours Pediatrics. Esta asignación debe mantenerse hasta que yo revoque en escrito el derecho. Yo autorizo que el asignado de toda la información necesaria para asegurar el pago que debería darse a After Hours Pediatrics por su servicio como descrito previo. Yo entiendo que seré responsable financieramente por todos los cargos que el seguro pague o no. Yo le prometo a After Hours Pediatrics pagar todos los cargos, co-pagos, deductibles, y co-seguro por los servicios ofrecidos al paciente durante el tiempo de servicio. Yo continuo en acuerdo a pagar los costos de colección y de abogado si los cargos no son pagados y son referidos a una agencia de colección.

Yo certifico que toda la información dada es correcta y que el seguro esta en efecto desde hoy. He leído la política y estoy de acuerdo en pagar todo los servicios que no estén cubiertos por mi seguro. Yo entiendo que es mi responsabilidad verificar y conocer mi seguro y doctor primario. Yo autorizo a After Hours Pediatrics pedir/dar cualquier información médica de o a otro doctor o institución médica necesaria para mi tratamiento médico o para propósitos de archivos.

PLANES FUERA DE COBERTURA SOLAMENTE: Yo entiendo que After Hours Pediatrics va a mandar reclamos por los servicios dado al paciente como un proveedor fuera de cobertura o un proveedor no contratado. Yo entiendo que soy responsable financieramente por los cargos no pagados por el seguro médico. Iniciales: _____

Nombre del paciente

Firma del Padre /Tutor Legal

_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento del Paciente
_____/_____/_____
Fecha de Hoy



Historial de Salud del Paciente

Fecha: _____

Nombre del Paciente :	M: ☐ F: ☐	Fecha de Nacimiento:
-----------------------	---	----------------------

ALERGIAS

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS: _____	PRESCRIPCIONES: _____
ALIMENTOS: _____	SIN PRESCRIPCIÓN: _____
OTROS: _____	_____

HISTORIAL PRENATAL

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Enfermedades durante el embarazo : Y ☐ N ☐	Normal:
Peso de nacimiento: _____	Si es anormal, por favor explique: _____
Tipo de nacimiento: _____	_____
Complicaciones: _____	_____
Embarazo Completo: S ☐ N ☐	_____
Prematuro: S ☐ N ☐	_____

HISTORIAL (MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUE)

☐ Infección de oídos recurrente	☐ Resfríos Frecuentes	☐ Infección Urinaria
☐ Perdida de audición	☐ Dolores Frecuentes de garganta	☐ Anemia Falciforme
☐ Varicela	☐ Amigdalitis	☐ Dolor de cabeza/ Migrañas
☐ Desorden Sanguíneo /Anemia	☐ Evenenamiento de Plomo	☐ Retrasos de desarrollo
☐ Depresión	☐ Desordenes de alimentación	☐ Orinarse en la Cama
☐ Convulsiones	☐ Problemas de aprendizajes	☐ Tuberculosis
☐ Alergias	☐ Problemas de Drogas/ Alcohol	☐ Problemas Estomacales
☐ VIH/SIDA	☐ Asma/Bronquitis	☐ Soplo Cardíaco
Al día con inmunizaciones/vacunas : S ☐ N ☐		☐ Desorden de Salud Mental
Lesiones: _____		
Cirugías: _____		
Hospitalizaciones _____		

HISTORIAL SOCIAL

Idioma Primario: _____	Grado escolar: _____
¿Cómo le va en la escuela?: _____	

HISTORIAL FAMILIAR (MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUE)

☐ Asma	☐ Anemia Falciforme	☐ Cáncer
☐ Desorden Sanguíneo /Anemia	☐ Soplo Cardíaco	☐ Dolor de Cabeza / Migrañas
☐ Hipertensión	☐ Desorden de Salud Mental	☐ Diabetes
☐ Convulsiones	☐ Enfermedad de los Riñones	☐ Problemas de la Tiroides
☐ Enfermedades del Corazón	☐ Defectos de Nacimiento	☐ Tuberculosis
☐ VIH/SIDA	☐ Problemas de Drogas/ Alcohol	☐ Síndrome de muerte repentina infantil

COMPLETED BY: _____ ARNP/PHYSICIAN: _____



Aviso de Prácticas de Privacidad

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA: Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Por favor, revíselo detenidamente.

After Hours Pediatric Urgent Care está obligado a mantener la privacidad de su información médica y a notificarle sobre sus obligaciones legales y prácticas de privacidad. No utilizaremos ni divulgaremos su información médica, salvo según lo descrito en este Aviso. Este Aviso se aplica a todos los historiales médicos generados por After Hours Pediatrics, así como a los que recibimos de otros proveedores.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA EN TRATAMIENTOS, PAGOS Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Tratamiento: After Hours Pediatric puede usar y divulgar su información médica protegida al brindar o gestionar su atención médica, así como cualquier servicio relacionado. Para fines de tratamiento, podemos coordinar su atención médica con un tercero. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a una farmacia para surtir una receta médica, a un centro de radiología para solicitar una radiografía o a otro médico que asista en su atención médica. Además, podemos divulgar su información médica protegida a otros profesionales de la salud relacionados con el tratamiento brindado por dichos profesionales.

Pago: Cuando sea necesario, After Hours Pediatric utilizará o divulgará su información médica protegida para obtener el pago de sus servicios. Dichos usos o divulgaciones pueden incluir la divulgación a su aseguradora para obtener la aprobación de un procedimiento recomendado, determinar si usted es elegible para recibir beneficios o si un servicio en particular está cubierto por su plan de salud. Al obtener el pago de su atención médica, también podemos divulgar su información médica protegida a su compañía de seguros para demostrar la necesidad médica de la atención o para la revisión de la utilización cuando así lo requiera su compañía de seguros. Finalmente, también podemos divulgar su información médica protegida a otro proveedor que participe en su atención y la requiera para obtener el pago.

Operaciones de Atención Médica: After Hours Pediatrics puede usar o divulgar su información médica protegida cuando sea necesario para las operaciones de atención médica de la clínica, con fines de gestión o administración de la clínica y para ofrecer servicios de atención médica de calidad. Las operaciones de atención médica pueden incluir: (1) evaluaciones de calidad y actividades de mejora; (2) actividades de acreditación, certificación, licencias o credenciales; (3) revisiones y auditorías, como revisiones de cumplimiento, revisiones médicas, servicios legales y mantenimiento de programas de cumplimiento; y (4) gestión empresarial y actividades administrativas generales. Además, podemos divulgar su información médica protegida a otro proveedor o plan de salud para sus operaciones de atención médica.

Otros usos y divulgaciones: Como parte del tratamiento, pago y operaciones de atención médica, After Hours Pediatrics también puede usar o divulgar su información médica protegida para: (1) informarle sobre posibles alternativas u opciones de tratamiento; o (2) informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

USOS & DIVULGACIONES A LOS QUE USTED PUEDE Oponerse

Familia/Amigos: After Hours Pediatrics podría divulgar su información médica protegida a un amigo o familiar que participe en su atención médica. También podríamos compartir información con alguien que contribuya económicamente su atención. Además, podríamos divulgar su información médica protegida a una entidad que colabore en las labores de socorro en caso de desastre para que su familia pueda estar informada sobre su condición, estado y ubicación. Si tiene alguna objeción al uso y la divulgación de su información médica protegida de esta manera, por favor, infórmenos.

USOS Y DIVULGACIONES QUE SE REQUIEREN O PERMITEN SIN SU AUTORIZACIÓN

Investigación: En determinadas circunstancias, After Hours Pediatrics podría usar y divulgar su información médica protegida para estudios de investigación clínica aprobados. Si bien la mayoría de los estudios de investigación clínica requieren el consentimiento específico del paciente, en algunos casos, dichos investigadores podrían realizar una revisión retrospectiva de registros sin contacto con el paciente. Por ejemplo, el proyecto de investigación podría implicar comparar la salud y la recuperación de pacientes que recibieron un medicamento para su afección médica con la de aquellos que recibieron un medicamento diferente para la misma afección.

Agencias Reguladoras: After Hours Pediatrics podría divulgar su información médica protegida al gobierno y a ciertas agencias privadas de supervisión sanitaria, como el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente o la Junta de Examinadores Médicos, para actividades autorizadas por ley, incluyendo, entre otras, licencias, certificaciones, auditorías, investigaciones e inspecciones. Estas actividades son necesarias para supervisar el cumplimiento de los requisitos de los programas gubernamentales.

Cumplimiento de la ley/Litigios: After Hours Pediatrics puede divulgar su información médica protegida para fines de cumplimiento de la ley según lo requiera la ley o en respuesta a una orden judicial u otro proceso en litigio.

Salud Pública: Según lo exige la ley, After Hours Pediatrics puede divulgar su información médica protegida a las autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Por ejemplo, estamos obligados a informar al Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente sobre la existencia de una enfermedad transmisible, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), para proteger la salud y el bienestar de la población en general.



Aviso de Prácticas de Privacidad

Compensación Laboral: After Hours Pediatrics podría divulgar su información médica protegida para programas de compensación laboral o similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Militar: After Hours Pediatrics puede divulgar su información médica protegida según lo requieran las autoridades del comando militar, si usted es miembro de las fuerzas armadas.

Según lo requiera o permita la ley: After Hours Pediatrics divulgará su información médica protegida en cualquier situación en la que dicha divulgación sea requerida por ley (por ejemplo, abuso infantil, abuso doméstico) o cualquier otro uso permitido por HIPAA, sus enmiendas o regulaciones.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

Salvo en las circunstancias descritas anteriormente, After Hours Pediatrics no divulgará su información médica protegida a menos que usted proporcione una autorización por escrito. Se requiere una autorización específica en la mayoría de las situaciones que impliquen el uso o la divulgación de información médica protegida con fines comerciales, para la venta de dicha información o para fines psicoterapéuticos. Puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento, excepto si ya hemos tomado medidas en virtud de ella.

SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SU INFORMACIÓN DE SALUD:

Aunque todos los registros relacionados con su tratamiento obtenidos en After Hours Pediatrics son propiedad de After Hours Pediatrics, usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida:

- **Obtenga una copia de este Aviso de prácticas de Privacidad si lo solicita.**
- **Derecho a Comunicaciones Confidenciales:** Tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su información médica protegida por medios o lugares alternativos. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo postal.
- **Derecho a Inspeccionar y Copiar:** Por lo general, tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida, salvo que lo restrinja su médico o la ley. Además, si mantenemos su historial médico en un sistema electrónico, tiene derecho a solicitar una copia electrónica. Usar o divulgar su información médica protegida, salvo que ya se haya tomado una medida con su autorización.
- **Derecho a Recibir Notificación en caso de Violación de Seguridad:** Usted tiene derecho a ser notificado en caso de que ocurra una violación de información de salud protegida no segura.
- **Derecho a Optar por no Participar:** es posible que nos comuniquemos con usted para ciertos fines de recaudación de fondos y tiene derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones.
- **Derecho a Modificar:** Tiene derecho a solicitar una modificación o corrección de su información médica protegida. Si consideramos que una modificación o corrección es apropiada, nos aseguraremos de que se adjunte a su historial médico.
- **Derecho a un Informe:** Usted tiene derecho a obtener una declaración de las divulgaciones que se han hecho de su información médica protegida que no sean con su autorización, que no sean a usted y que no sean para fines de tratamiento, pago o fines operativos de rutina.
- **Derecho a Solicitar Restricciones:** Tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica protegida. Si aceptamos, cumpliremos con las restricciones. Además, si usted (o cualquier persona en su nombre, además de un plan de salud) paga la atención o los servicios en cuestión de su propio bolsillo, estamos obligados a cumplir con su solicitud de no divulgar su información médica protegida a un plan de salud, a menos que la ley así lo exija.
- **Derecho a Revocar la Autorización:** Usted tiene derecho a revocar su autorización para usar o divulgar su información médica protegida, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en base a su autorización.

Para obtener más información sobre cómo ejercer estos derechos: Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cualquiera de los derechos enumerados anteriormente, comuníquese con nuestra línea principal, (727) 873-1930.

Si cree que se han violado sus derechos: Puede presentar una queja llamando a nuestra línea principal al (727) 873-1930 o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No se tomarán represalias por presentar una queja.



CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Aviso de Prácticas de Privacidad

Por la presente, doy mi consentimiento a **After Hours Pediatrics** y a todos los proveedores de atención médica que brindan servicios dentro del consultorio para usar y divulgar información médica con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Además, autorizo a **After Hours Pediatrics** a proporcionar información de mis registros médicos según lo soliciten otros médicos o centros de atención médica, hospitales o agencias de salud a domicilio para mi atención y tratamiento continuos o para actividades de revisión por pares.

Mi "información médica protegida" se refiere a la información médica, incluyendo mi información demográfica, recopilada de mí y creada o recibida por mi médico, otro proveedor de atención médica, un plan de salud o un centro de intercambio de información sobre atención médica. Esta información médica protegida se relaciona con mi salud o condición física o mental pasada, presente o futura, y me identifica, o existe una base razonable para creer que dicha información podría identificarme.

Entiendo que tengo derecho a solicitar a **After Hours Pediatrics** que restrinja la forma en que usan y divulgan mi información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

After Hours Pediatrics no está obligado a conceder mi solicitud, pero si lo hace, la restricción será vinculante para **After Hours Pediatrics**.

Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de **After Hours Pediatrics** que proporciona información más detallada sobre cómo **After Hours Pediatrics** puede usar o divulgar mi información médica protegida.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Si modificamos los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad, puede obtener una copia del aviso revisado solicitándola a nuestro personal de recepción.

Nombre del Paciente

____/____/_____
Fecha de Nacimiento

Nombre del Padre/Tutor Legal

Firma del Padre/Tutor Legal

____/____/_____
Fecha de Hoy



Established Pt: Y / N

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico: _____ Acompañado por: _____

Queja principal: _____ Duración: _____

HISTORIAL DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

1. Área del Cuerpo _____ Historial Pasado _____
2. Medicamentos Actuales: _____ Cirugía _____
Último dado: _____ AM / PM Hospitalización _____
3. Medicamentos Diarios _____ Vacunas al día: _____
Último dado: _____ AM / PM Historial Familiar _____
4. Farmacia: _____ ¿Alguien en casa con los mismos síntomas? S / N
Escuela/Daycare _____
Número de Teléfono: _____

PHYSICAL EXAM

Ht. _____ Wt. _____ Allergies: _____
Environmental Food Drug NKDA / NKA
BP (sitting) _____ / _____ P. _____ R. _____
Location: _____ Side: L / R
TEMP ORL AUX REC
Pulse OX: _____% Room air / Pulse OX _____%
on o2 W _____ liters of o2

Describe abnormalities below:

☐ normal ☐ abnormal

1. CONSTITUTIONAL

- ☐ gen. appear., development, body & size shape, nutrition, deformities, grooming
- ☐ assessment of ability to communicate (e.g., speech, language, quality of voice, singing)

2. HEAD AND FACE

- ☐ inspection of head and face (e.g. overall appearance, shape and symmetry, fontanels, structures, scars, lesions, bruises, masses)
- ☐ palpation of face with notation of presence or sinus tenderness
- ☐ examination of salivary glands

3. EYES

- ☐ conjunctiva, lids, extraocular muscles
- ☐ sclera, cornea, pupils, irises
- ☐ red reflex, fundi (optic discs, vessels, exudate, hemorrhage)

4. EARS, NOSE, THROAT & MOUTH

- ☐ appearance of ears, appearance of nose
- ☐ ear lobes, ext. canals, tympanic membranes
- ☐ hearing (audiometer, whisper, tuning fork)
- ☐ nasal mucosa, septum, turbinates
- ☐ lips, teeth, gums
- ☐ oropharynx (mucosa, saliv. glands, hard & soft palates, tongue, tonsils, post pharynx)

5. NECK

- ☐ appearance, symmetry, tracheal position, enlarged nodes, masses, crepitus
- ☐ thyroid (enlargement, tenderness, mass)

6. RESPIRATORY

- ☐ respiratory effort (intercostal retractions, use of accessory muscles, diaphragm move)
- ☐ palpation (tactile fremitus)
- ☐ auscultation (breath sounds, rhonchi, wheezes, rales, rubs)

7. CARDIOVASCULAR

- ☐ auscultation (abnormal rate or rhythm, clicks, murmurs)
- ☐ femoral arteries (pulse amplitude, bruits)
- ☐ peripheral pulses, capillary refill

8. CHEST (BREASTS)

- ☐ inspection (size, symmetry, nipple discharge)
- ☐ palpation of breasts and axillae (masses, lumps, tenderness)
- ☐ stages of development (Tanner 1 2 3 4 5)

9. GASTROINTESTINAL (ABDOMEN)

- ☐ examination of peristalsis, tenderness, masses
- ☐ examination of liver and spleen
- ☐ examination for presence of absence of hernia
- ☐ exam (when indicated) of anus, perineum, rectum (sphincter tone, hemorrhoids, masses)

10. GENITOURINARY

MALE TANNER 1 2 3 4 5

- ☐ penis (e.g., size, urethra, discharge, lesions)
- ☐ scrotum (e.g., testes size and position, tender, masses, hydrocele, varicocele, hernia)

FEMALE TANNER 1 2 3 4 5

- ☐ ext. genitalia and vagina (e.g., gen. appear., hair distrib.,, estrogen effect, labial adhesions, discharge or blood, hymen, lesions, abrasions)

11. LYMPHATIC

- ☐ palpation of lymph nodes in 2 or more areas (circle: neck, axillae, groin, other)

12. MUSCULOSKELETAL

- ☐ range of motion (pain, crepitation, contracture)
- ☐ joint, bone, and muscle (exam of 1 or more of the following 6 areas)
 - ☐ head/neck ☐ rt. upper extremity
 - ☐ spine, ribs, pelvis ☐ lt. upper extremity
 - ☐ rt. lower extremity ☐ lt. lower extremity

13. NEUROLOGY

- ☐ cranial nerves, notation of deficits
- ☐ DTR's with notation of pathological reflexes

14. SKIN & SUB-Q TISSUE

- ☐ rashes, lesions, ulcers
- ☐ induration, subcutaneous nodules, tightening

LABORATORY

HCG POS / NEG
STREP POS / NEG
MONO POS / NEG
FLU A POS / NEG
FLU B POS / NEG
RSV POS / NEG
GLU _____ mg/dl
CBC _____
X-RAY _____
TECH _____

ASSESSMENT / TREATMENT / DX:

PROVIDER: _____ SIGNATURE: _____