



180 Fort Washington Avenue  
Harkness Pavilion, Floor  
New York, NY 10032  
Tel. 212.342.6867 Fax 212-342-6865

21 West 86<sup>th</sup> Street, First Floor  
New York, NY 10024  
Tel. 212.342.6867 Fax. 212.305.2692

155 White Plains Road, Suite 100  
Tarrytown, NY 10591  
Tel: 212.342.6867 Fax: 212.342.6865

**New Patient Intake Form** Provider Name: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Appt. Time \_\_\_\_\_

### Patient Information

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_

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

Email: \_\_\_\_\_ Marital Status: \_\_\_\_\_

Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Phone: \_\_\_\_\_ Primary Care Provider (PCP): \_\_\_\_\_

PCP Phone: \_\_\_\_\_ PCP Fax: \_\_\_\_\_

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

Referring Provider: \_\_\_\_\_ Referring Phone: \_\_\_\_\_

Preferred Pharmacy: \_\_\_\_\_ Pharmacy Phone: \_\_\_\_\_

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

Collection of the following information is encouraged by federal health agencies. This information is used to monitor and improve the quality of care provided to all patients.

#### Ethnicity:

- Decline Response
- Hispanic or Latino
- Not Hispanic or Latino

#### Race:

- Decline Response
- American-Indian or Alaska Native
- Asian

- Black or African American
- Native Hawaiian or Pacific Islander
- White
- Other

Preferred Language: \_\_\_\_\_  Decline Response

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

### Patient Financial Obligation Agreement

I understand that all applicable copayments and deductibles are due at the time of service. I agree to be financially responsible and make full payment for all charges, including hospital lab charges, not covered by my insurance company. I authorize my insurance benefits be paid directly to ColumbiaDoctors for services rendered. I authorize representatives of ColumbiaDoctors to release pertinent medical information to my insurance company when requested or to facilitate payment of a claim.

Patient or Guarantor Name (Print): \_\_\_\_\_

Patient or Guarantor Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Notice of Privacy Practices: Acknowledgement of Receipt

I acknowledge that I was provided with a copy of the ColumbiaDoctors Notice of Privacy Practices (NOPP).

Patient Name (Print): \_\_\_\_\_

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

*If completed by a patient's personal representative, please print and sign below.*

Representative (Print): \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

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

### myColumbiaDoctors Patient Portal Sign Up

Access your personal records securely, 24/7, on a computer, smartphone, or iPad. See brochure for details.

- Send me an invitation to join myColumbiaDoctors.

Look for an email invite from noreply@followmyhealth.org and click the Registration link.



180 Fort Washington Avenue  
Harkness Pavilion, Floor  
New York, NY 10032  
Tel. 212.342.6867 Fax 212-342-6865

21 West 86<sup>th</sup> Street, First Floor  
New York, NY 10024  
Tel. 212.342.6867 Fax. 212.305.2692

155 White Plains Road, Suite 100  
Tarrytown, NY 10591  
Tel: 212.342.6867 Fax: 212.342.6865

## PEDIATRICIAN INFORMATION *INFORMACIÓN DE MÉDICO*

**PHYSICIAN NAME**  
**NOMBRE DEL MÉDICO**

---

**STREET ADDRESS (INCLUDE OFFICE/ SUITE #)**  
**DIRECCIÓN CALLE (INCLUIDA LA CONSULTA / SUITE #)**

---

**CITY**  
**CIUDAD**

**STATE**  
**ESTADO**

**ZIP CODE**  
**CÓDIGO POSTAL**

**TELEPHONE**  
**TELÉFONO**

---

**FAX**

---

**EMAIL**  
**CORREO ELECTRÓNICO**

---

---

***What is the reason for today's visit (for example 'increasing unsteadiness walking for last six months')?***

*Cuál es el motivo de la visita de hoy (por ejemplo, 'aumento de la inestabilidad al caminar en los últimos seis meses')?*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_



180 Fort Washington Avenue  
Harkness Pavilion, Floor  
New York, NY 10032  
Tel. 212.342.6867 Fax 212-342-6865

21 West 86<sup>th</sup> Street, First Floor  
New York, NY 10024  
Tel. 212.342.6867 Fax. 212.305.2692

155 White Plains Road, Suite 100  
Tarrytown, NY 10591  
Tel: 212.342.6867 Fax: 212.342.6865

## PREGNANCY EMBARAZO

### Length of pregnancy (weeks)

Duración del embarazo (semanas) \_\_\_\_\_

### Length of labor (hours)

Duración del trabajo de parto (horas) \_\_\_\_\_

### Delivery method

Método del parto

Vaginal

Vaginal

Vacuum Extraction

Extracción con Ventos

Forceps

Fórceps

Caesarian section

Cesárea

### Place of delivery

Lugar del parto \_\_\_\_\_

### Birth weight

Peso al nacer \_\_\_\_\_

### Apgar scores

Puntuación de Apgar \_\_\_\_\_

Folic acid before conception. <i>Ácido fólico antes de la concepción.</i>	<b>YES</b> <i>Sí</i>	<b>NO</b>
Use of antenatal vitamins and iron <i>Uso de vitaminas e hierro prenatales.</i>	<b>YES</b> <i>Sí</i>	<b>NO</b>
X-rays, radiation exposure or therapy <b>(if "yes," please explain)</b> <i>Radiografías, exposición a la radiación o radioterapia (si es "sí," por favor, explique)</i>	<b>YES</b> <i>Sí</i>	<b>NO</b>
Infections <b>(if "yes," please explain)</b> <i>Infecciones (si es "sí," por favor, explique)</i>	<b>YES</b> <i>Sí</i>	<b>NO</b>
Prescribed medications <b>(if "yes," please explain)</b> <i>Medicamentos recetados (si es "sí," por favor, explique)</i>	<b>YES</b> <i>Sí</i>	<b>NO</b>
Alcohol/tobacco/drugs <b>(if "yes," please explain)</b> <i>Alcohol/tabaco/drogas (si es "sí," por favor, explique)</i>	<b>YES</b> <i>Sí</i>	<b>NO</b>
High blood pressure <i>Presión arterial alta</i>	<b>YES</b> <i>Sí</i>	<b>NO</b>

Other problems <b>(if "yes," please explain)</b> <i>Otros problemas (si es "sí," por favor, explique)</i>	<b>YES</b> <i>Sí</i>	<b>NO</b>
Jaundice <i>Ictericia</i>	<b>YES</b> <i>Sí</i>	<b>NO</b>
Resuscitation <i>Reanimación/resucitación</i>	<b>YES</b> <i>Sí</i>	<b>NO</b>
Abnormalities noted at birth <b>(if "yes," please explain)</b> <i>Anormalidades observadas al nacer (si es "sí," por favor, explique)</i>	<b>YES</b> <i>Sí</i>	<b>NO</b>
Intensive care <b>(if "yes," please explain)</b> <i>Cuidado intensivo (si es "sí," por favor, explique)</i>	<b>YES</b> <i>Sí</i>	<b>NO</b>
Diabetes	<b>YES</b> <i>Sí</i>	<b>NO</b>

## DEVELOPMENTAL MILESTONES

### ACONTECIMIENTOS FUNDAMENTALES EN EL DESARROLLO

Please check 'normal' if he or she attained the milestones in the range indicated; otherwise record the time the milestone was attained with any comments)

Acontecimientos fundamentales en el desarrollo. (Por favor, haga una marca en la columna 'Normal' si él o ella han alcanzado los objetivos en la categoría indicada; de lo contrario, anote el momento en que alcanzó el objetivo y escriba algún comentario):

MILESTONE OBJETIVO	NORMAL	TIME ACHIEVED OTHERWISE SI NO EL MOMENTO/TIEMPO QUE LO HIZO
Regards (looks at) toy <i>Observar (mirar) un juguete</i>	<input type="checkbox"/> Newborn <i>Recién Nacido</i>	
Turns to sound <i>Voltear hacia un sonido</i>	<input type="checkbox"/> 0-2 months <i>0-2 meses</i>	
Holds toy <i>Sostener un juguete</i>	<input type="checkbox"/> 1-2 months <i>1-2 meses</i>	
Tries to repeat sounds, coos, blows <i>Tratar de repetir sonidos, arrullos, soplar burbujas</i>	<input type="checkbox"/> 2-4 months <i>2-4 meses</i>	
Holds with both hands <i>Sostener con ambas manos</i>	<input type="checkbox"/> 4-5 months <i>4-5 meses</i>	
Transfers hand to hand <i>Pasar un objeto de una mano a otra.</i>	<input type="checkbox"/> 5-6 months <i>5-6 meses</i>	
Knows own name, babbles – 'ba, ma, ga' <i>Conocer su nombre, balbucear – 'ba, ma, ga'</i>	<input type="checkbox"/> 5-7 months <i>5-7 meses</i>	
Reaches with one hand <i>Alcanzar con una mano</i>	<input type="checkbox"/> 4-7 months <i>4-7 meses</i>	
Pincer grasp <i>Pinza digital</i>	<input type="checkbox"/> 7-12 months <i>7-12 meses</i>	
Sits alone at least 10-30 seconds <i>Se mantiene sentado solo como mínimo 10-30 segundos</i>	<input type="checkbox"/> 5-8 months <i>5-8 meses</i>	
Stands holding furniture <i>Se mantiene parado agarrándose de los muebles</i>	<input type="checkbox"/> 6-12 months <i>6-12 meses</i>	
Points to nose on request, says 'mama, dada', repeats sounds and words <i>Señala la nariz si se le pide, dice 'mamá, dada', repite sonidos y palabras</i>	<input type="checkbox"/> 8-12 months <i>8-12 meses</i>	
Stands alone <i>Se pone de pie solo</i>	<input type="checkbox"/> 9-16 months <i>9-16 meses</i>	
Walks alone <i>Camina solo</i>	<input type="checkbox"/> 9-17 months <i>9-17 meses</i>	
Walks upstairs with help <i>Sube escaleras con ayuda</i>	<input type="checkbox"/> 12-23 months <i>12-23 meses</i>	
Identifies familiar objects, 10-50 words <i>Identifica objetos familiares, dice 10-50 palabras</i>	<input type="checkbox"/> 13-20 months <i>13-20 meses</i>	
Jumps off floor with both feet <i>Salta con ambos pies</i>	<input type="checkbox"/> 17-30+ months <i>17-30+ meses</i>	
Walks up stairs alone, both feet on each step <i>Sube solo las escaleras, pero pone los dos pies en cada escalón</i>	<input type="checkbox"/> 19-30+ months <i>19-30+ meses</i>	
Understands simple questions, 50-75 words, two word sentences, stutters <i>Entiende las preguntas sencillas, dice 50-75 palabras, hace frases de dos palabras, tartamudea</i>	<input type="checkbox"/> 18-24 months <i>18-24 meses</i>	
Pedals tricycle, runs smoothly <i>Pedalea en el triciclo, corre suavemente</i>	<input type="checkbox"/> 4 years <i>4 años</i>	
Walks downstairs, catches bounced ball, jumps on one foot <i>Baja las escaleras, atrapa una pelota que rebota, salta en un solo pie</i>	<input type="checkbox"/> 5-6 years <i>5-6 años</i>	
Pedals bicycle [7 years] / Pedalea en la bicicleta [7 años]	<input type="checkbox"/> 7 years <i>7 años</i>	

## REVIEW OF SYSTEMS REVISIÓN DE LOS SISTEMAS DEL ORGANISMO

**Place a check mark in the 'Normal' column if the child has no symptoms related to that system; underline any symptoms that are present and add comments or additional symptoms in 'Findings')**

**Haga una marca en la columna 'Normal' si el niño no tiene síntomas relacionados con ese sistema; subraye cualquier síntoma que presente y añada los comentarios o síntomas adicionales en la columna de 'Hallazgos')**

SYSTEM SISTEMA	NORMAL	SYMPTOMS SINTOMAS	FINDINGS HALLAZGOS
CONSTITUTIONAL GENERAL	<input type="checkbox"/>	Fever, weight loss, fatigue, recurrent infection, unusual odors of body fluids <i>Fiebre, pérdida de peso, fatiga, infección recurrente, olores inusuales de los líquidos corporales</i>	
EYES OJOS	<input type="checkbox"/>	Double vision, loss of visual acuity, blurring, cataracts, strabismus, need for glasses <i>Visión doble, pérdida de la agudeza visual, visión borrosa, catarata, estrabismo, necesidad de usar anteojos (espejuelos)</i>	
EARS, NOSE AND THROAT OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA	<input type="checkbox"/>	Hearing loss, ringing in the ears, vertigo, aurial (ear) discharge, infections, congestion, hoarse voice, difficulty swallowing, dental symptoms <i>Pérdida de la audición, zumbidos en los oídos, vértigo, secreción del oído, infecciones, congestión, voz ronca, dificultad para tragar, síntomas dentales</i>	
RESPIRATORY RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	Shortness of breath, wheeze, cough, coughing up blood, blue discoloration, altered pattern or breathing. <i>Falta de aire, sibilancias, tos, tos con sangre, coloración azulada de la piel, cambio en la respiración o en el patrón respiratorio</i>	
CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	Chest pain, abnormal rate or rhythm, abnormal blood pressure, shortness of breath, swelling of ankles. <i>Dolor en el pecho, frecuencia o ritmo cardíaco anormal, presión arterial anormal, falta de aire/aliento, hinchazón de los tobillos</i>	
GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/>	Diarrhea, constipation, nausea, vomiting, rectal bleeding, black, tarry bowel motions, weight loss or gain, jaundice, specific food intolerance or aversion <i>Diarrea, estreñimiento, náusea, vómito, sangrado por el recto, heces fecales negras, de color del alquitrán, pérdida o aumento de peso, ictericia, intolerancia o aversión (rechazo/repugnancia) a un alimento específico</i>	
GENITOURINARY GENITOURINARIO	<input type="checkbox"/>	Blood in the urine, pain on urination, loin pain, impotence. <i>Sangre en la orina, dolor al orinar, dolor en el flanco abdominal, impotencia</i>	
INTEGUMENTARY TEGUMENTARIO	<input type="checkbox"/>	Dark or light patches on the skin, rash, changes in hair or nails <i>Zonas (parches) oscuras o claras en la piel, erupción, cambios en el cabello o las uñas</i>	
MUSCULOSKELETAL MÚSCULO-ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/>	Joint pain or swelling, small lumps under the skin, skeletal deformities <i>Dolor o hinchazón articular, abultamientos pequeños debajo de la piel, deformidades óseas</i>	
PSYCHIATRIC PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/>	Mood changes, delusions, hallucinations <i>Cambios en el estado de ánimo, delirios, alucinaciones</i>	
ENDOCRINE ENDOCRINO	<input type="checkbox"/>	Symptoms of thyroid, adrenal, islet cell, parathyroid disease. <i>Síntomas de enfermedad de la tiroides, suprarrenales, los islotes pancreáticos, la paratiroides</i>	
HEMATOLOGICAL AND LYMPHATIC HEMATOLÓGICO Y LINFÁTICO	<input type="checkbox"/>	Pale appearance, loss of energy, enlargement of lymph nodes, abnormal bleeding or clotting / <i>Aspecto pálido, pérdida de la energía, agrandamiento de los ganglios linfáticos, sangrado o coagulación anormal</i>	
ALLERGIC ALERGIA	<input type="checkbox"/>	Running nose, eyes, or skin redness or swelling. <i>Secreción nasal, enrojecimiento o hinchazón de los ojos o la piel</i>	
NEUROLOGICAL NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/>	Abnormalities of higher function (including speech and language), strength, coordination, sensation, development; seizures or other spells; headaches. <i>Anormalidades de las funciones superiores del cerebro (incluyendo el habla y lenguaje), la fortaleza, coordinación, las sensaciones, el desarrollo; convulsiones u otros ataques; dolores de cabeza</i>	



**SCHOOL PERFORMANCE** (record current and past grades, indicating areas of strength and weakness)  
*RENDIMIENTO ESCOLAR* (anote los grados pasados y el grado actual, indique las áreas fuertes y débiles):

---

---

---

---

**BEHAVIOR** (describe any concerns)

*CONDUCTA* (describa cualquier inquietud): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**MAJOR ILLNESSES / INJURIES / SURGERY**

*ENFERMEDADES IMPORTANTES/LESIONES/OPERACIONES*

<b>Date/ age</b> <i>Fecha/ edad</i>	<b>Illness/injury/surgery</b> <i>Enfermedad/lesión/operación</i>	<b>Treating physician/hospital</b> <i>Médico tratante/hospital</i>

**SEIZURES**

*ATAQUES*

If applicable, how many seizures has your child had since your last visit to any physician?

*En su caso, cuántos ataques ha tenido su hijo desde su última visita a cualquier médico?* \_\_\_\_\_

<b>Seizure Type</b> <i>El tipo de ataque</i>	<b>Name</b> <i>Nombre</i>	<b>Frequency</b> <i>Frecuencia</i>	<b>Length of Seizure</b> <i>Cuánto Tiempo</i>
1			
2			
3			

**DRUG THERAPY - PAST AND PRESENT** (list all prescribed medications, including dose and times; also list all vitamin, herbal and dietary supplements and other substances including caffeine and alcohol)

PATIENT NAME:

MRN:



**TERAPIA CON MEDICAMENTOS - ANTERIOR Y ACTUAL** (enumere todos los medicamentos recetados, incluyendo la dosis y las horas; también enumere todas las vitaminas, suplementos a base de plantas y de la dieta así como otras sustancias incluyendo la cafeína y el alcohol)

<b>Name</b> <i>Nombre</i>	<b>Dose</b> <i>Dosis</i>	<b>Started</b> <i>Comenzó</i>	<b>Ended (note if current)</b> <i>Terminó (anote si lo toma en la actualidad)</i>

**IMMUNIZATIONS** (if all completed without problems, write 'Up-to-date'; otherwise, please specify immunizations given and any problems encountered, or those missing and why)

**INMUNIZACIONES** (si todo fue completado sin problemas, escriba 'Actualizado'; de otro modo, por favor, especifique las inmunizaciones administradas y cualquier problema encontrado, o aquellos omitidos y por qué)

---



---



---

**ALLERGIES or adverse effects from medicines** (list name of medicine and describe effect; write 'None' if there is no history of such events)

**ALEGRÍAS o efectos adversos de las medicinas** (escriba el nombre de la medicina y describa el efecto; escriba 'Ninguno' si no hay antecedentes de tales acontecimientos):

<b>Name of drug or allergen</b> <i>Nombre del medicamento o del alérgeno</i>	<b>Effect (e.g. rash, asthma)</b> <i>Efecto (p. ej., erupción, asma)</i>	<b>Date of event(s)</b> <i>Fecha del acontecimiento(s)</i>



**FAMILY HISTORY** (include details of illnesses, including neurologic, learning or behavioral problems. Please include deceased members of the family, with age and cause of death where known)

*HISTORIAL FAMILIAR* (incluya los detalles de las enfermedades, ya sean neurológicas, problemas de aprendizaje o de conducta. Por favor, incluya los miembros de la familia fallecidos, la edad y causa de la muerte si la conoce)

---



---

<b>Relationship</b> <i>Relación/parentesco</i>	<b>Name (s)</b> <i>Nombre (s)</i>	<b>Age (s)</b> <i>Edad (es)</i>	<b>Illnesses</b> <i>Enfermedades</i>
<b>Brothers and sisters</b> <i>Hermanos y hermanas</i>			
<b>Mother</b> <i>Madre</i>			
<b>Father</b> <i>Padre</i>			
<b>Mother's father</b> <i>Madre del papá</i>			
<b>Mother's mother</b> <i>Madre de la mamá</i>			
<b>Father's father</b> <i>Padre del papá</i>			
<b>Father's mother</b> <i>Padre de la mamá</i>			
<b>Others</b> <i>Otros</i>			

**SOCIAL HISTORY** (Who does the child live with? Please describe your family's circumstances (all individuals living in the household and their relationships to the patient and each other)

*ANTECEDENTES SOCIALES* (¿Con quién vive el niño? Por favor, describa sus circunstancias familiares (todos los individuos que viven en el hogar y sus parentescos/relaciones con el paciente y entre cada uno):

---



---

**PATIENT OR PARENT/SIGNATURE**  
*FIRMA DEL PACIENTE O PADRES*

**DATE**  
*FECHA*

**PRINT NAME**  
*NOMBRE EN LETRAS DE IMPRENTA*

**RELATIONSHIP**  
*RELACIÓN*

**PHYSICIAN/PROVIDER SIGNATURE** \_\_\_\_\_

**DATE** \_\_\_\_\_