



**SOUTH FLORIDA PEDIATRIC  
OTOLARYNGOLOGY**

1505 S Andrews Avenue  
Ft. Lauderdale, FL 33316  
Telephone: (954) 888-8997  
Fax: (954) 762-9466  
[www.pediatricoto.com](http://www.pediatricoto.com)

Jacob W. Zeiders, MD MS FACS FAAP

**New Patient Registration**  
**Registro de Paciente Nuevo**

**Patient**

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex: M / F  
(Fecha de Nacimiento) (Sexo)

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Address: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_  
(Dirección) (Número)

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado)

Zip Code: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_  
(Código Postal) (Número de Teléfono)

Email: \_\_\_\_\_ Alt. Number: \_\_\_\_\_  
(Correo Electrónico) (Número Alternativo)

Referring Physician: \_\_\_\_\_  
(Médico Referente)

**Responsible Party Information**  
**Información de la Parte Responsable**

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex: M / F Relationship: \_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento) (Sexo) (Relación)

Address: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_  
(Dirección)

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado)

Zip Code: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_  
(Código Postal) (Número de Teléfono)

Nearest relative or friend not living with you: \_\_\_\_\_  
Pariente vivo o amigo(a) más cercano que no vive con usted

Relationship: Family Friend Phone Number: \_\_\_\_\_  
(Relación) (Familia) (Amigo(a)) (Número de Teléfono)



**SOUTH FLORIDA PEDIATRIC  
OTOLARYNGOLOGY**

Jacob W. Zeiders, MD MS FACS FAAP

1505 S Andrews Avenue

Ft. Lauderdale, FL 33316

Telephone: (954) 888-8997

Fax: (954) 762-9466

[www.pediatricoto.com](http://www.pediatricoto.com)

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

(Nombre del Paciente)

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

(Fecha de Nacimiento)

**Ethnicity (Etnia)**

Hispanic or Latino  
(Hispano o Latino)

Not Hispanic or Latino  
(No Hispano o Latino)

Ethnicity disclosure prohibited by State Law  
(Revelación étnica prohibida por la ley)

Declined to specify ethnicity  
(Desistió especificar la etnia)

**Race (Raza)**

Race disclosure prohibited by State Law  
(Revelación de la raza prohibida por la ley)

Declined to specify race  
(Desistió especificar la raza)

Race not known by patient  
(Raza no conocida por el paciente)

Select Race (Escoja raza)

American Indian or Alaska Native  
(Indio Americano o Nativo de Alaska)

Asian  
(Asiático)

Black or African American  
(Negro o Africano Americano)

Native Hawaiian or Other Pacific Islands  
(Nativo de Hawaii o de otra Isla del Pacifico)

White or Caucasian  
(Blanco o Caucásico)

Preferred Language: \_\_\_\_\_

(Idioma preferido)

Declined to specify preferred language  
(Desistió especificar el idioma preferido)

**Contact Preference (Preferencia de contacto)**

Primary Address  
(Dirección Principal)

Home Phone  
(Teléfono de la casa)

Work Phone  
(Teléfono del trabajo)

Mobile Phone  
(Teléfono celular)

Email  
(Correo electrónico)

Patient Portal  
(Portal electrónico del paciente)

Patient declines all reminders  
(Desistió todo recordatorios)

No preference  
(No tiene preferencia)





SOUTH FLORIDA PEDIATRIC OTOLARYNGOLOGY

1505 S Andrews Avenue
Ft. Lauderdale, FL 33316
Telephone: (954) 888-8997
Fax: (954) 762-9466
www.pediatricoto.com

Jacob W. Zeiders, MD MS FACS FAAP

Patient's Name: \_\_\_\_\_
(Nombre del Paciente)

Date of Birth: \_\_\_\_\_
(Fecha de Nacimiento)

CONSENT FOR TREATMENT: I consent to evaluation and medically necessary treatment by the professional staff of South Florida Pediatric Otolaryngology. I can terminate this consent for treatment at any time.

AGREEMENT TO PAY: I agree to pay South Florida Pediatric Otolaryngology, all charges for professional services. I agree to pay for appointments broken without a 24-hour notice. I also agree to pay for depositions, court appearances, and contact with attorneys related to divorce, custody, visitation, involuntary commitment, social security benefits, and workman's compensation issues involving the above patient in any way. I will be personally responsible for these charges even if my medical insurance does not pay. If the above patient is covered by Medicare, Medicaid, or an insurance company with which South Florida Pediatric Otolaryngology has a binding contract, I will pay only my deductible and co-payments. I agree to pay for charges related to record retrieval, copying costs, and statement of opinion when I authorize release of my records to my outside party. In the event of default, I promise to pay such collection costs and attorney fees as may be required to effect collection of the indebtedness.

You are responsible for all co-payments and/or fees at the time of service, otherwise billing fees will be incurred. If another party is responsible for your payments, please let us know prior to your visit so that we may make the necessary arrangements. A fee of \$25.00 will be charged for any return checks.

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS: I hereby authorize and direct payment of benefits under my medical insurance to South Florida Pediatric Otolaryngology, or its designated professional staff.

PHOTOCOPIES: I hereby authorize photocopies and electronic copies of this form to be as valid as the original.

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: I hereby authorize the Physician to release information acquired during the course of my treatment necessary to process insurance claims.

The invalidity of any provision of this agreement will not affect the validity of any other provision.

I have read this agreement carefully before signing.

Signature of Patient or Legal Guardian
(Firma del Paciente o Tutor Legal)

Date
(Fecha)





**SOUTH FLORIDA PEDIATRIC  
OTOLARYNGOLOGY**

1505 S Andrews Avenue  
Ft. Lauderdale, FL 33316  
Telephone: (954) 888-8997  
Fax: (954) 762-9466  
[www.pediatricoto.com](http://www.pediatricoto.com)

Jacob W. Zeiders, MD MS FACS FAAP

**Medical History Form**

\*\*\*Please complete ALL the information; if NOT applicable, Please write "N/A"\*\*\*  
\*\*\*Por favor de llenar TODA la información; si algo NO aplica, Por favor escriba "N/A"\*\*\*

Date of your first visit: \_\_\_\_\_  
(Fecha de su primera visita)

Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento)

Patient's Name: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Paciente)

Person completing form and relationship: \_\_\_\_\_  
(Persona llenando el formulario y relación)

Pediatrician: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Pediatra)

Pharmacy Phone Number: \_\_\_\_\_  
(Número de teléfono de su farmacia)

Reason for today's visit: \_\_\_\_\_  
(La razón de la visita de hoy)

ALLERGIES to Medications: \_\_\_\_\_  
(ALERGIAS a medicamentos)

Are your child's immunizations up to date? YES / NO  
(¿Las inmunizaciones de su hijo están al día?) (SI) / (NO)

**Birth History** (Historia del parto)

Birth Weight: \_\_\_\_\_ lbs / kg  
(Peso al nacer)

Full Term: YES / NO  
(A termino) (SI) / (NO)

If early, born at how many weeks? \_\_\_\_\_  
(¿Si fue temprano, nacio en cuantas semanas?)

Any problems with pregnancy/delivery: YES / NO  
(¿Algún problema con el embarazo o el parto?) (SI) / (NO)

If YES, what problems? \_\_\_\_\_  
(Si la respuesta es SI, ¿cuáles fueron los problemas?)

NICU Stay? YES / NO (SI) / (NO)  
(¿Unidad de cuidado intensivo neonatal?)

If YES, how long? \_\_\_\_\_  
(Si la respuesta es SI, ¿cuánto tiempo?)

Was your child on the ventilator? YES / NO  
(¿Necesito su hijo el ventilador?) (SI) / (NO)

If YES, how long? \_\_\_\_\_  
(Si la respuesta es SI, ¿cuánto tiempo?)

Breastfeed? YES / NO  
(¿Tomo pecho?) (SI)/(NO)

If YES, how long? \_\_\_\_\_  
(Si la respuesta es SI, ¿cuánto tiempo?)

Does your child take a bottle, "sippy" cup, or pacifier to bed? YES / NO  
(¿Su hijo toma un biberón, vaso entrenador, o chupete para dormirse?) (SI) / (NO)

Current Medication(s) (Please list ALL):  
(Medicina(s) actuales) (Por favor escríbala TODAS)

---

Previous Hospitalizations/ Surgeries: (Month/Year)  
(Hospitalizaciones anteriores/ Cirugías) (Mes/Año)

---

Does your child or anyone in your family have problems with Anesthesia? YES / NO  
(¿Su hijo o alguien de su familia tiene problemas con la anestesia?) (SI) / (NO)

If YES, who and what was the problem? \_\_\_\_\_

(Si la respuesta es SI, ¿quién fue y cuál fue el problema?)

### Medical History (Historia medica)

Please mark an "X" if your child has/had any of the following medical problems:  
(Por favor marque una "X" si el niño tiene o tuvo cualquiera de los siguientes problemas médicos)

#### Heart (Corazon)

Healthy/ No Problems/ Not Applicable  
(Saludable/ Sin Problemas/ No Aplica)

Congenital Heart Disease  
(Cardiopatía Congénita)

Murmur  
(Soplo Cardíaco)

Needs antibiotics for dental procedures  
(Necesita antibióticos para procedimientos dentales)

Other; Specify: \_\_\_\_\_  
(Otro; Especifique)

#### Lungs/Breathing (Pulmones/Respiración)

Healthy/ No Problems/ Not Applicable  
(Saludable/ Sin Problemas/ No Aplica)

Asthma  
(Asma)

Recurrent Croup  
(Crup recurrente)

Cystic Fibrosis  
(Fibrosis Quística)

Bronchopulmonary Dysplasia  
(Displasia Broncopulmonar)

Laryngomalacia or Tracheomalacia  
(Laringomalacia o Traqueomalacia)

Other; Specify: \_\_\_\_\_  
(Otro; Especifique)

#### Stomach/ Bowel/ Digestive (Estomago/ Intestino/ Digestivo)

Healthy/ No Problems/ Not Applicable  
(Saludable/ Sin Problemas/ No Aplica)

Reflux  
(Reflujo)

G-tube  
(Tubo G)



Other; Specify: \_\_\_\_\_  
(Otro; Especifique)

**Neurological (Neurológico)**

Healthy/ No Problems/ Not Applicable  
(Saludable/ Sin Problemas/ No Aplica)

Seizures  
(Convulsiones)

Cerebral Palsy  
(Parálisis Cerebral)

Hypotonia  
(Hipotonía)

ADD  
(Desorden de Déficit de Atención)

Laryngomalacia or Tracheomalacia  
(Laringomalacia o Traqueomalacia)

Development Delay  
(Retraso en el desarrollo)

Autism  
(Autismo)

Other; Specify: \_\_\_\_\_  
(Otro; Especifique)

**Skin (Piel)**

Healthy/ No Problems/ Not Applicable  
(Saludable/ Sin Problemas/ No Aplica)

Eczema  
(Eczema)

Birthmarks (e.g. Hemangiomas, Café Au Lait spots, etc.)  
(Manchas de Nacimiento)

Other; Specify: \_\_\_\_\_  
(Otro; Especifique)

**Eyes (Ojos)**

Healthy/ No Problems/ Not Applicable  
(Saludable/ Sin Problemas/ No Aplica)

Strabismus  
(Estrabismo)

Glasses/ Contacts  
(Anteojos/ Lentes de contactos)

Other; Specify: \_\_\_\_\_  
(Otro; Especifique)

**Endocrine (Endocrino)**

Healthy/ No Problems/ Not Applicable  
(Saludable/ Sin Problemas/ No Aplica)

Thyroid Disease  
(Enfermedad de la Tiroides)

Diabetes  
(Diabetes)

Obesity  
(Obesidad)

Other; Specify: \_\_\_\_\_  
(Otro; Especifique)

**Blood (Sangre)**

**Healthy/ No Problems/ Not Applicable**

(Saludable/ Sin Problemas/ No Aplica)

**Bleeding Disorder**

(Trastorno sanguíneo; Trastorno de la coagulación)

**Glasses/ Contacts**

(Anteojos/ Lentes de contactos)

**Other; Specify:** \_\_\_\_\_

(Otro; Especifique)

**Kidney (Riñón)**

**Healthy/ No Problems/ Not Applicable**

(Saludable/ Sin Problemas/ No Aplica)

**Recurrent Urinary Tract Infections**

(Infecciones recurrentes del tracto urinario)

**Other; Specify:** \_\_\_\_\_

(Otro; Especifique)

**Allergy/ Immunology (Alergia/ Inmunología)**

**Healthy/ No Problems/ Not Applicable**

(Saludable/ Sin Problemas/ No Aplica)

**Immune Deficiency**

(Inmunodeficiencia)

**Seasonal Allergies/ "Hayfever"**

(Alergias estacionales)

**Other; Specify:** \_\_\_\_\_

(Otro; Especifique)

**Other (Otro)**

**Other medical problems not listed above; Please Specify:** \_\_\_\_\_

(Otro problema no enumerado anteriormente; Por Favor Especifique)

**Family History (Antecedentes Familiares)**

Please mark an "X" if a family member has/had any of the following medical problems:

(Por favor marque una "X" si algún miembro de la familia tiene o tuvo cualquiera de los siguientes problemas médicos)

**Healthy/ No Problems/ Not Applicable**

(Saludable/ Sin Problemas/ No Aplica)

**Bleeding Disorder**

(Trastorno sanguíneo; Trastorno de la coagulación)

**Sickle Cell Disease**

(Enfermedad de células falciforme)

**Seasonal Allergies**

(Alergias estacionales)

**Ear, Nose, or Throat problems**

(Problemas de oídos, nariz, o garganta)

**Other; Specify:** \_\_\_\_\_

(Otro; Especifique)

**Social History (Antecedentes Sociales)**

Is your child in daycare? YES / NO

(¿Tiene a su hijo en guardería infantil?) (SI) / NO

If YES, started when? \_\_\_\_\_

(Si la respuesta es SI, ¿quién fue y cuál fue el problema?)

Hours per day? \_\_\_\_\_  
(¿Horas por día?)

Days per week? \_\_\_\_\_  
(¿Días por semana?)

Is your child in school: YES / NO  
(¿Su hijo atiende la escuela?)

Grade: \_\_\_\_\_  
(Grado)

Name of school: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la escuela)

Does any family member smoke? YES / NO  
(¿Algún miembro de la familia fuma?) (SI) / (NO)

Who? \_\_\_\_\_  
(¿Quién?)

Do they smoke in the house? YES / NO  
(¿Fuman dentro de la casa?) (SI) / (NO)

Do they smoke in the car? YES / NO  
(¿Fuman dentro del carro?) (SI) / (NO)

Child lives with: \_\_\_\_\_  
(El niño vive con)

Legal Guardian Name(s): \_\_\_\_\_  
(Nombre(s) del tutor legal)