

INFORMACIÓN DEL PACIENTE NUEVO			
Apellido, Nombre		Fecha de Nac.	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Dirección		Apt#	Número de Seguro Social
Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección de Correo Electrónico
INFORMACIÓN DEL PADRE/ ENCARGADO LEGAL			
Nombre de la Madre		Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Número de Teléfono Móvil		Número de Teléfono del Trabajo	Lugar de Empleo/ Ocupación
Nombre del Padre		Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Número de Teléfono Móvil		Número de Teléfono del Trabajo	Lugar de Empleo/ Ocupación
INFORMACIÓN DE PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre	Número de Teléfono	Teléfono Móvil	Relación al Paciente
INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO			
Compañía de Seguro Médico		Número de Teléfono de la Compañía de Seguro Médico	
Nombre del Asegurado Principal		Relación del Asegurado Principal al Paciente (Circular Uno) Padre/ Mismo / Otro: _____	
Número de Póliza (ID#):		Número de Grupo (Group #):	
Dirección de la Compañía de Seguro Médico		Cuidad y Estado	
¿Quién, si alguien además del padre o encargado legal, tiene permiso a traer al niño(a) a _____ en su ausencia, y a tomar decisiones en relación al tratamiento médico, incluyendo exámenes diagnósticos?		<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí, los siguientes individuos:
Nombre	Relación al Paciente		
Nombre	Relación al Paciente		
Nombre	Relación al Paciente		

Por éste medio certifico que la información proveída anteriormente es correcta. Por este medio elimino a _____, sus empleados y personal clínico de toda responsabilidad por resultados adversos causados por mi autoridad para tartar, revelar, y discutir información con los individuos antes nombrados en relación al cuidado y expediente médico de mi hijo(a).

Firma del Padre/ Encargado Lega y Persona Responsable Financieramente: _____
 Fecha: _____

***Favor de completar TODOS los espacios**

Historial del Paciente

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Mencione a todas las personas que viven con el paciente presentemente:

Nombre	Edad	Relación al Paciente	Preocupaciones de Salud

Idioma[s] hablado[s] en la casa:

Inglés Español Portugués Francés Creóle Urdú Chino

Otro[s] (comenzado por el más hablado): _____

Etnicidad: Hispano Prefiero no contestar Otro: _____

Raza:

Asiático Americano/Indio Nativo Negro Blanco Hawaiano Nativo Islas del Pacífico Prefiero no contestar

Alergias: (mencionar qué tipo de reacción)

Medicamento[s]:

Comida[s]:

Otro[s]: _____

Historia Natal del Paciente

¿Dónde nació el paciente? (Hospital y Cuidad) _____

Peso al nacer: _____ Estatura al nacer: _____ Edad Gestacional(¿cuántas semanas?): _____

Parto de Cesárea Parto Natural (vaginal)

Problemas/complicaciones (mencione): _____

Historial Médico Familiar (Marque y circule todos los que apliquen)

Enfermedad del Corazón:

Madre Padre AbuelaMaterna AbueloMaterno AbuelaPaterna AbueloPaterno Tía Tío Hermana Hermano

Asma: Madre Padre AbuelaM AbueloM AbuelaP AbueloP Tía Tío Hna Hno

Cáncer: Madre Padre AbuelaM AbueloM AbuelaP AbueloP Tía Tío Hna Hno

Tipo of Cáncer: _____

Diabetes: Madre Padre AbuelaM AbueloM AbuelaP AbueloP Tía Tío Hna Hno

Quiste en el Ovario: Madre Padre AbuelaM AbueloM AbuelaP AbueloP Tía Tío Hna Hno

Tiroide: Madre Padre AbuelaM AbueloM AbuelaP AbueloP Tía Tío Hna Hno

Tipo de Condición de Tiroide: _____

Otro[s] (mencione): _____

***Favor de completar TODOS los espacios**

HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE (Marque todos los que apliquen)

¿El paciente ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas alguna vez?: (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Convulsiones (Epilepsia) |
| <input type="checkbox"/> Alergias (Rinitis Alérgica) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Eczema (Dermatitis Atópico) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Parálisi Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis/Croup | <input type="checkbox"/> PresióAlta |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Pulmonía |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones (Epilepsia) | <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Varicela (Fecha: _____) |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Historia de Operaciones o Cirugías

- Amígdalas Adenoides Reparación de Hernia Inguinal Tubos en los Oídos
 Operación del Corazón _____ Reparación de Hueso[s] Roto[s] _____
Otro[s]: _____

Hospitalizaciones: Ninguna Sí

Razón (si alguna): _____
Fecha[s]: _____

Medicamentos

- Medicamentos Diarios (incluya dosis): _____

 Medicamentos tomados hoy: _____

Historia Social

- Cuido Escuela (Grado: _____)
 Mascotas: Perro[s]: _____ Gato[s]: _____ Otro[s]: _____
 Relativos que fuman en la casa o fuera: _____

Hábitos (si el paciente es >13 años de edad)

- No fuma
 Fuma: Tabaco Otro: _____

Farmacia (Muy Importante! Sus recetas serán enviadas electrónicamente a la farmacia de su preferencia en un futuro cercano. Necesitamos como mínimo el número telefónico de su farmacia.)**

- CVS Walgreens Publix Target Wal-Mart Otro: _____
Número telefónico (incluya código de área): _____
Dirección: _____

*****PLEASE MAIL OR E-MAIL THE RECORDS IF MORE THAN 20 PAGES*****

Medical Release

I, _____ (Parent/Legal Guardian), hereby authorize _____ to:

_____ Release Copies of the medical records of my child _____ (Patient name, DOB, and SSN) to:

_____ Obtain copies of the medical records of my child _____ (Patient name, DOB, and SSN) from:

Name of Facility and/or Physician

Phone Number/ Fax Number

Address

City

State

Zip

THE FOLLOWING:

- Hospital records including Hx & Phys and Discharge Summaries from the dates: _____ to _____
- Emergency Room Notes from the period: _____ to _____
- Diagnostic Tests and Labs
- Immunization Records (Please fax Immunization Records, all other requested records may be sent by mail)
- Office Notes from this period: _____ to _____
- Complete Medical Record

PURPOSE OF DISCLOSURE:

- Referral to Specialist
- Change of Physician
- Continuing Care
- Insurance
- Workers Comp
- Personal
- Legal Investigation
- Disability Determination/SSI
- Other, please specify: _____

INFORMATION TO BE EXCLUDED, NOT RELEASED:

- Mental Health Records
- Sexual Assault/ Victimization Records
- HIV Testing
- Drug Alcohol Treatment
- Other, please specify: _____

I hereby authorize disclosure of the health information for the above name patient. This authorization is valid for 12 months from the date of signature. I understand that I may cancel this request with written notification but that it will not affect any information released prior to notification of cancellation. I understand that the information used or disclosed may be subject to re-disclosure by the person or class of persons or facility receiving it and would then no longer be protected by federal regulations. I understand that the medical provider to whom this is furnished may not condition its treatment of me on whether or not I sign the authorization.

SIGNATURE OF PARENT/LEGAL GUARDIAN

RELATION TO PATIENT

DATE

AVISO DE PÓLIZA DE PRIVACIDAD

Ésta notificación describe cómo la información médica de su niño(a) (como paciente de este consultorio) o usted (como paciente de este consultorio) puede ser utilizada, revelada, y/o accesada. Favor de leer cuidadosamente.

NUESTRO COMPROMISO A LA PRIVACIDAD

_____ está dedicado a mantener la protección de la información privada de sus pacientes (PHI). La ley nos requiere que mantengamos confidencial la información médica de los mismos. La ley también nos requiere a proveer a nuestros pacientes con este aviso de nuestras responsabilidades legales y el compromiso a la privacidad que mantenemos en nuestro consultorio (PHI). Nos reservamos el derecho de enmendar nuestro aviso. Por orden de la ley federal y estatal, debemos seguir los términos de la Póliza de Privacidad que tenemos en efecto al momento.

USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PRIVADA DEL PACIENTE (PHI)

Nuestro consultorio podría utilizar y revelar parte de la información privada del paciente (PHI) para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de negocio. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en las que podríamos utilizar y/o revelar PHI para éstos propósitos:

- Tratamiento
- Finanzas
- Operaciones de Cuidado Médico
- Revelación de Información Compartida
- Derechos de Menores y Representantes Personales
- Revelación de Información a Compañeros de Negocio
- Revelación de Información Por Requerimiento Legal
- Propósitos de Investigación
- Propósitos de Mercadeo

SUS DERECHOS A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene los siguientes derechos en relación al PHI que mantenemos de usted o su niño(a):

- Solicitar Restricciones del PHI
- Inspección y Copias del PHI
- Enmiendas al PHI
- Contabilidad de Revelaciones
- Derecho a una copia en papel de éste aviso
- Derecho a una querrela
- Derecho a Proveer una Autorización a Otros Usos y Revelaciones

Si usted tiene alguna pregunta sobre cualquiera de nuestras pólizas de privacidad, favor de contactar al _____ al _____.

Hé leído el aviso de las pólizas de privacidad de éste consultorio, el cual explica cómo mi información médica podría ser utilizada y/o revelada. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de éste aviso.

Nombre del Paciente (Letra de Molde)

Fecha

Firma del Paciente o del Padre o Encargado Legal del Paciente
(La firma de el/la encargado(a) es requerida si el paciente es menor de edad o está incapacitado para firmar)

Relación del Representate con el Paciente

PÓLIZAS FINANCIERAS Y DE SEGUROS MÉDICOS

FAVOR DE **PONER SUS INICIALES** EN CADA LÍNEA DESPUÉS DE LEER, ENTENDER, Y ESTAR DE ACUERDO CON TODAS LAS PÓLIZAS ESCRITAS EN ÉSTA PÁGINA.

_____ Por éste medio autorizo el pago directo de mis beneficios médicos a _____ por los servicios recibidos de los doctores o de la organización; entiendo que soy responsable de cualquier balance no cubierto por mi seguro médico.

_____ Reclamos no pagados a tiempo (60 días) por mi compañía de seguro son mi completa responsabilidad.

_____ Cualquier cargo de co-pago, deducible y servicios no cubiertos deberá ser recibido al momento de la visita por completo. Cualquier otro arreglo de pago deberá ser hecho con nuestro departamento financiero 24 horas antes de la cita.

_____ Cualquier cheque devuelto por el banco tendrá un cargo de penalidad a la cuenta del paciente de \$25. Éste cargo será eliminado si el cheque fué devuelto por error del banco, siempre y cuando se provea la documentación adecuada para sostener el error. El cheque devuelto y el cargo de penalidad deberán ser pagos en efectivo, con tarjeta de crédito, o con giro postal. Si el cheque devuelto fue usado para pagar por más de un paciente, el cargo de \$25 se aplicará a la cuenta de cada uno de los pacientes por los cuales el cheque fué dado. Cuentas de un paciente en negativo por causa de un cheque devuelto son debidas y deberán saldarse de inmediato.

_____ Soy responsable de solicitar cualquier orden y /o referido necesario antes de ver a algún especialista, y/o antes de realizar cualquier exámen diagnóstico, procedimiento, o radiografías. Cuando sea posible, éstos deben ser solicitados con al menos 2 díasde anticipación a mi cita con el especialista. Está a discreción de _____ si se proveerá o no se proveerá un referido solicitado el mismo día o después de la cita o procedimiento.

_____ Los referidos no son garantía de pago de mi seguro o beneficios médicos. Preocupaciones en referencia a pagos denegados por pruebas, procedimientos ordenados, o visitas a proveedores de tercer partido deberán ser dirigidas a mi respectiva compañía de seguro medico.

_____ Por este medio autorizo _____ a revelar cualquier información médica o de algún incidente que sea necesaria tanto para cuidado medico, así como para procesar beneficios financieros.

_____ Por éste medio certifico que la información proveída por mí en la solicitud de pago bajo el título XVII del acto de Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier responsable de mi información, ya sea médica u otra, a revelar a la administración de seguro social o sus intermediarios cualquier información necesaria para éstos propósitos, propósitos en relación a Medicaid/ Medicare, o en relación a reclamos del seguro médico. Por éste medio asigno y transfiero a los médicos u organización encargada de los servicios de todos mis derechos, título e interés del reembolso de mis beneficios médicos bajo mi póliza de seguro con cualquier y toda compañía de seguro médico, y permito que se utilice una copia de ésta autorización en lugar de _____ la original.

FECHA

FIRMA DEL PADRE/ ENCARGADO

NOMBRE LEGAL DEL PADRE/ ENCARGADO

NOMBRE DEL PACIENTE