

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		Ciudad 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: _____

POLÍTICA FINANCIERA

Autorizo la divulgación de cualquier información médica a mi médico de atención primaria / referente, a los consultores, si es necesario y según sea necesario para procesar reclamaciones de seguros, solicitudes de seguros y recetas. También autorizo el pago de beneficios a PEDIATRICS Y FAMILY CARE. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados y por las siguientes razones:

- 1) He dado información de seguro incorrecta / inválida
- 2) Los gastos no están cubiertos por mi compañía de seguros
- 3) No he cumplido con mi deducible / coseguro
- 4) Los servicios prestados se consideran médicamente innecesarios por mi compañía de seguros.

*Se requiere el pago de todos los servicios en el momento en que se prestan, incluidos los copagos y los saldos pendientes. En el caso de que su cuenta deba entregarse a cobros, usted será responsable de su saldo pendiente y la tarifa de cobro. Su firma a continuación significa que comprende y está dispuesto a cumplir con las políticas de esta oficina.

Se cobrará una multa por cheque devuelto de \$25 a la cuenta de un paciente por cualquier cheque rechazado por el banco del girado. La tarifa no se cobrará si el cheque fue devuelto por error, provisto con la documentación de respaldo. El cheque devuelto y la tarifa de penalización deben pagarse en efectivo, con tarjeta de crédito o giro postal. Si se usó un cheque devuelto para pagar más de un paciente, a cada paciente se le cobrará el cargo por cheque devuelto de \$25. Los pagos realizados por un cheque devuelto se revierten de la cuenta del paciente, dejando el saldo adeudado y pagadero de inmediato.

Todos los formularios que firmará el médico tendrán un costo de \$15 por cada formulario, con la exclusión de los formularios de FMLA, que cuestan \$25.00. Los formularios duplicados para los exámenes físicos y los registros de vacunas cuestan \$ 5 cada uno.

Nuestra tarifa de oficina "No Show" es de \$25.00 y después de (3) tres "No Shows" saldrá de la práctica.

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE HIPAA

En Pediatrics And Family Care, nos comprometemos a proteger su privacidad. Cumplimos con todas las leyes federales, estatales y locales. Este aviso describe cómo usamos su información de salud. Describe algunos de sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades.

TUS DERECHOS

Aunque su carta de papel pertenece a nuestra práctica, la información contenida en la carta es suya. Usted tiene derecho a obtener una copia de su cuadro por una tarifa y nos dice que no divulguemos su información.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA PHI

Nuestra práctica puede usar y divulgar PHI para fines de tratamiento, pago y operaciones comerciales. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar la PHI para estos fines: Tratamiento, Pago, Operaciones de atención médica, Divulgación o intercambio de información, Los derechos de los menores y representantes personales, Divulgación de información a socios comerciales, Divulgación de Información requerida por la ley, fines de investigación y propósitos de marketing.

SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre su hijo o usted: Solicitando restricciones en la PHI, inspección y copias de la PHI, enmienda de la PHI, contabilidad de las revelaciones, derecho a una copia impresa de este aviso, derecho a presentar una queja , Derecho a proporcionar una autorización de otros usos y divulgaciones

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Estamos obligados a: mantener la privacidad de su información de salud; envíe la información médica necesaria a otros proveedores médicos y divulgue la información a las compañías de seguros, a ciertas agencias gubernamentales y a otras. Es posible que se nos solicite divulgar cierta información, incluso sin su permiso. Para obtener más información, inquietudes o desea información adicional, puede comunicarse con el gerente de la oficina al (407) 286-3653.

Nombre del paciente

Firma del paciente / Representante del paciente

Fecha

*fecha efectiva 09/20/2019

Acuerdo de responsabilidad financiera
Pacientes pagados por cuenta propia
Pacientes deducibles/coaseguro
Verificación de seguro
Seguro pendiente

Fecha: ____/____/____

Nombre de Paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Pago por cuenta propia: entiendo que si me pago por cuenta propia o si Pediatrics and Family Care no acepta mi seguro, se me cobrará por adelantado el precio de una visita al consultorio. Este pago no incluirá la tarifa de una visita prolongada ni ninguna prueba que deba realizarse. (Por favor, pare al final del servicio para un pago adicional). Si no puedo confirmar el nivel de servicio o todas las pruebas o suministros utilizados, puedo recibir una solicitud de pago adicional por correo.

Coaseguro / deducible: entiendo que se me cobrará por adelantado la tarifa estimada de subsidio de seguro contratada de una visita al consultorio. Este pago no incluirá la tasa de visita prolongada ni ninguna prueba que deba realizarse. (Pare al final del servicio para recibir un pago adicional.) Si al momento del check-out no podemos confirmar el nivel de servicio o todas las pruebas o suministros utilizados, puedo recibir una solicitud de pago adicional por correo según mi deducible del seguro o tolerancia.

Verificación: entiendo que mi elegibilidad para cobertura por _____ seguro no puede ser confirmada en este momento. Deseo recibir servicio médico de Pediatrics and Family Care. Si se determina que no soy elegible para la cobertura, seré responsable del pago de todos los servicios brindados.

Seguro pendiente: entiendo que mi seguro está pendiente y pagaré por el servicio de hoy. Si se requieren vacunas, pagaré \$ 15.00 por cada vacuna. Si mi seguro se puede proporcionar en una fecha posterior que abarque esta visita, solo se pueden facturar la visita a la oficina y los procedimientos. Las vacunas administradas fueron vacunas estatales y no se pueden enviar a mi compañía de seguros.

Paciente / Guardián Legal y / o Firma de la Parte Responsable

Medical Record Release Authorization

I, _____, (Parent/Legal Guardian/Self), hereby authorize **Pediatrics and Family Care** to release copies of the medical records for:

(Patient name, DOB, and SSN)

TO: PEDIATRICS AND FAMILY CARE	FROM:
Address: 5150 CURRY FORD RD	Address:
City, St, Zip Code ORLANDO, FL 32812	City, St, Zip Code
Office: 407-286-3653	Office:
Fax: 407-286-4739	Fax:

*THERE IS A NOMINAL COPYING FEE OF \$1.00 PER PAGE, UNLESS REQUEST WILL BE SENT TO ANOTHER DOCTOR'S OFFICE.

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
- Office Notes from this period: _____ to _____

PURPOSE OF DISCLOSURE:

- Referral to Specialist
- Change of Physician
- Continuing Care
- Insurance
- 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