

Nombre Del Paciente: _____ Nacido: ___/___/___ Edad: ___ Sexo: ___

Seguro Social del Paciente: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono (Casa): _____ (Cel.): _____

Nombre Del Padre: _____ Nacido: ___/___/___

Lugar de Empleo: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre de la Madre: _____ Apellido de Soltera: _____ Nacido: ___/___/___

Lugar de Empleo: _____ Número de Teléfono: _____

Número de Teléfono en caso de Emergencia: _____ Nombre: _____

Nombre de Farmacia: _____ Número de Teléfono: _____

Otros Niños:

Nombre: _____ Nacido: ___/___/___ Edad: ___ Sexo: ___

Nombre: _____ Nacido: ___/___/___ Edad: ___ Sexo: ___

Nombre: _____ Nacido: ___/___/___ Edad: ___ Sexo: ___

Haga una lista de las alergias Del niño/a:

Anote todas las personas que estén autorizados a hacer decisiones médicas y para traer al niño/a a nuestra oficina en caso que usted no pueda:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____ Relación: _____

INFORMACION DEL SUGURO

Nombre Del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación al paciente: _____ Numero de seguro social del asegurado: _____

Nombre de compañía de seguro: _____

Número de Identificación: _____ Numero de Grupo: _____

Dirección del Seguro: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Lugar de empleo del asegurado: _____

Asumo todo la responsabilidad por el pago de servicios prestados y acepto pagar en su totalidad los cargos de copagos y/o deducibles en el momento de servicio. Entiendo que estos deben ser cubiertos antes de ver a uno de los proveedores. Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud son un acuerdo entre una compañía de seguros y mi persona. Si alguna reclamación es negada por no haber proporcionado la información correcta, los cargos serán transferidos a mi responsabilidad.

Usted es financieramente responsable por cargos considerados por la compañía de seguros a ser facturables al paciente. Debe estar familiarizado con su cobertura especial y cualquier requisito para pre-autorización, deducibles y limitaciones sobre visitas de niño saludable, vacunas y otros procedimientos. Entiendo y acepto que es mi responsabilidad de pagar cualquier cantidad de deducible, co-seguro, o cualquier otro importe deducible o cualquier otro saldo no pagado por mi seguro.

Cuando se presenten los cargos con su compañía de seguros y asignación de prestaciones del seguro es aceptado por nuestra oficina, si los honorarios no son pagados por la compañía de seguros dentro de 60 días, todas las tarifas a serán responsabilidad del paciente. Pagos vencen desde la recepción de la declaración. \$25.00 Por carga de finales de mes se evalúa sobre todo delincuentes saldos pacientes. También Habrá un cargo adicional de \$30.00 por todo cheque devuelto. Una fotocopia de esta firma es tan válida como la original. También autorizo el médico para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Pedido para limitaciones y restricciones de Información de Salud Protegida

Pacientes Por Favor Noten: Esta práctica no está requerida a estar de acuerdo con su pedido. Por favor vea nuestra noticia de privacidad práctica para más información referente a ciertos pedidos.

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Tipo de información de salud protegida a restringirse, lo que significa: (qué información le gustaría para nosotros no darle a nadie.) A menos sea solicitada por un especialista, el hospital, la aplicación de la ley, la ordenes de corte, etc. (con el formulario de solicitud médica adecuada). Marca todo lo que corresponda.

___ **Número de teléfono (casa)**

___ **Historia de paciente**

___ **Dirección Residencia**

___ **Ocupación**

___ **Correo Electrónico**

___ **Numero de la Oficina**

___ **Dirección de la Oficina**

___ **Nombre de Cónyuge**

___ **Nombre de Empleador**

___ **Número de oficina de cónyuge**

___ **Notas de Visitas**

___ **Otro**

___ **Notas de Hospital**

___ **Información de Medicinas Recetadas**

¿Cómo le gustaría que su información de salud protegida sea restringida?

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

**Consentimiento del paciente para el uso y revelación de información
de salud protegida (PHI)**

Con mi consentimiento, River's Edge Pediatrics puede utilizar y divulgar información protegida salud (PHI) sobre mí para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (TPO). Por favor consulte los avisos de prácticas de privacidad, de River's Edge Pediatrics para obtener una descripción más completa de estos usos y revelaciones.

Tengo el derecho a revisar el aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. River's Edge Pediatrics se reserva el derecho de revisar su aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Un aviso de prácticas de privacidad revisada puede obtenerse enviando una solicitud por escrito al River's Edge Pediatrics Privación Office en 9948 Grove Drive, New Port Richey, FL 34654.

Con mi consentimiento, River's Edge Pediatrics puede llamar a mi casa u otra ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a los artículos que ayuden a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de citas, información del seguro y puede llamar relativas a mi atención clínica, incluyendo los resultados de laboratorio, entretros.

Con mi consentimiento, puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación de designación los elementos que ayuden a la práctica en la realización de TPO, como tarjetas de recordatorio de cita y pacientes de declaraciones como se marcan Personal y confidencial. Tengo derecho a pedir que River's Edge restrinja y utilice o divulgue mi PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis limitaciones personales, pero si lo hace, está obligada por el presente acuerdo.

Al firmar este formulario, yo estoy aceptando el uso de River's Edge Pediatrics divulgación de mi PHI para llevar a cabo el TPO, y que he recibido el aviso de práctica privacidad de River's Edge Pediatrics. Yo puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en la medida en que la práctica ya ha hecho revelaciones en la utilización de mi previo consentimiento. Si no firmo este consentimiento, River's Edge Pediatrics puede negarse a proporcionar tratamiento a mí persona.

**Firma del
padre/tutor:**

Fecha:

Autorización Para Tratamiento

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Por este médico pido y doy permiso a los doctores de River's Edge Pediatrics para proveer exámenes y tratamientos médicos como ellos crean mejor para la salud física y mental del niño/a.

Como padre/guardián legal, doy mi total consentimiento a los doctores de River's Edge Pediatrics para prestar examinación médica y tratamiento a él/ella niño/a en la oficina. Yo notificare a la oficina médica de cualquier cambio en la información o autorización.

La persona que firma está de acuerdo en aceptar responsabilidad total por todo cargo de deuda al recibo del estado de cuenta. Yo dirijo mi seguro y terceras partes para pagar directamente a la oficina médica algún beneficio medico en deuda por servicios de parte del paciente y por este medio asigno a la oficina médica todos mis derechos de recibir pagos para mi seguro y terceras partes por servicios prestados por la oficina médica. Entiendo que soy responsable por gastos incurridos por colección de cuentas del paciente en caso de falla, incluyendo gastos razonables por costos de corte y abogados.

Estoy de acuerdo que a menos que yo de direcciones específicas, la información de mi niño/a referente a su diagnóstico y tratamiento puede ser distribuida a la madre natural, padre natural, madrastra/padrastro, doctor referido y otros doctores envueltos en el cuidado del niño/a y mi compañía de sequero.

Yo, _____ pariente o guardián legal del paciente arriba mencionado, doy permiso a River's Edge Pediatrics para velar por el tratamiento médico de mi hijo/a.

Firma del padre/tutor Legal: _____ Fecha: _____

QUESTIONARIO DE HISTORIA DE LA SALUD

La alergia es la reacción de su sistema inmunitario a una sustancia que normalmente no molesta a la mayoría de la gente. Algunos niños que sufren ciertas reacciones alérgicas temprano en la vida pueden tener un mayor riesgo de enfermedades más graves como el asma. Con detección temprana y tratamiento adecuado, su médico podrá ayudarle a administrar las alergias de su hijo. Para ayudarnos a determinar el riesgo de su hijo lea detenidamente y responda a las siguientes preguntas.

¿Cuáles son los problemas importantes para la salud de su hijo? Liste tantos como pueda en orden de importancia.

1) _____

2) _____

¿Su hijo tiene enfermedades contagiosas conocidas en este momento? Sí No

¿qué? _____

Alergias - es para... niños hipersensibles o alérgicos.

De Medicamento: _____

De Comida: _____

☛ Le han practicado exámenes de alergias a su niño en el pasado año? Sí No

☛ Si es así, indicaron los resultados de la presencia de alergias? Sí No

☛ Tiene su niño/a síntomas frecuentes de nariz tapada, ojos,

aguados, o que pican?	Sí	No
Su hijo(a) padece de alergias granos, eczema o alguna otra		
☛ condición del al piel?	Sí	No
Su hijo(a) tiene costumbre de usar cremas para la piel		
☛ Constantemente? (Receta o sin receta)	Sí	No
Tiene su hijo(a) algún problema al dormir por causa		
☛ de ronquido o respiración fuerte?	Sí	No
Usa su hijo(a) algún antihistamínico (recetado o no)		
☛ frecuentemente?	Si	No
Tiene su hijo(a) problemas de cólicos o algún otro problema		
☛ Del estómago (diarreas, vómitos, etc.)	Si	No
☛ Tiene su hijo(a) infecciones de oídos frecuentes?	Si	No
☛ Tiene su hijo(a) que evitar algunas comidas para evitar reacciones		
severas o algún otro problema relacionado con comidas?	Sí	No

**Basado en sus respuestas, usted y su doctor podrán decidir es
coger un simple examen para determinar si su niño/a sufre de
alergias.**

VACUNAS

Su hijo(a) tiene cualquier reacción adversa a las vacunas?

Firma del padre/tutor Legal: _____ Fecha: _____

Declaración de Exámenes Físicos

Apellido del Paciente: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Querido Pariente/Guardián:

Exámenes físicos de PRE-Participación no pueden garantizar o PRE-Decir con exactitud que su niño/a esta libre de riesgos. Se reconoce y se entiende que ciertos deportes producen herida y que algunas anomalías cardiacas pueden estar presentes aunque el resultado sea "normal" en un examen médico rutinario. Por esto, resultados "normales" no deben de ser interpretados como indicando que ella/él está libre de riesgos o que toda anomalía cardiaca potencial han sido descartadas.

He leído y estoy de acuerdo con.

Firma del padre/tutor Legal: _____ Fecha: _____

Authorization to Release Patient Medical Information

Records to be released from:

Previous Doctor or Facility: _____

Phone#: _____

Fax#: _____

Records to be released for:

Child's Name:

Date of Birth:

I hereby authorize and request you to release any and all medical records and other pertinent patient information, including the complete history, physical records, laboratory, x-rays, and/or any treatment or examination rendered to River's Edge Pediatrics

For the purpose of diagnosis, care and treatment. You may refuse to sign this consent. This consent may be revoked at any time upon written notice, except to the extent that any person or organization has already taken action in release thereon, Information used or disclosed pursuant to this information may be subject to re- disclosure by the recipient and no longer protected.

Name (please print) of Parent/Guardian

Phone Number

Signature of Parent/Guardian

Relationship to Patient

Date

Políticas de práctica para los pacientes que
es importante que lea detenidamente toda la
información adjunta.

Confirmación y cancelación de citas:

Nuestros pacientes son muy importantes para nosotros. Citas perdidas son costosas y toman valioso de los demás. En caso de una cancelación, a fin de hacer la cita para otro paciente tenemos una política de cancelación de 24 horas. En caso de que no puede darse aviso de 24 horas, por favor de a nuestro Oficina una llamada de cortesía tan pronto como sea posible. Si no llama a la Oficina usted se considerará como un (No llamada/No Visita). Después de la tercera cita perdida sin notificación, ya no podremos ofrecer atención médica de su hijo.

Puntualidad lo es todo:

Por favor llegue a tiempo. Entendemos que su tiempo es valioso. Hacemos todo lo posible para ver todos nuestros pacientes a tiempo. A fin de proveerle servicio rápido, necesitamos que llegue de 5 a 10 minutos antes de su cita programada para cada cita. Si usted está más de 10 minutos de retraso, usted podrá ser puesto en espera o puede optar por reprogramar su cita para otro día. Si llama para hacer una cita para el mismo día, el paciente será considerado un paciente en espera entre los pacientes que están en horario regular, esto puede resultar en un tiempo más largo de espera. Nosotros no aceptamos pacientes sin una llamada telefónica. Si usted entra a la oficina sin llamar por anticipado tendrá que esperar más de lo esperado.

Opción de pagos:

Efectivo, cheques o tarjetas de crédito (MasterCard y Visa) son aceptadas por los servicios prestados. Pago es exigible en el día de servicio. Hay una cuota de \$30.00 para cualquiera devuelto cheques. Si se devuelve un cheque que ya no podremos aceptar cheques de pago ya.

Fin de semana y horas nocturnas:

Para fin de semana/horas nocturnas, nosotros ofrecemos servicio de llamadas 24 horas. El servicio de llamadas se comunica con el doctor de guardia y usted recibirá una llamada de vuelta de el doctor/a.

Póliza de seguro:

Por favor traiga con usted su tarjeta de seguro médico a toda cita que tenga para poder verificar cubierta. Si no tenemos la información correcta a la hora de visita, usted puede ser responsable del pago de cada visita. Es la responsabilidad del padre/tutor de asegurarse que el niño/a esta activo en el seguro y que nosotros somos los proveedores asignados. Si el niño/a esta con otro doctor, usted el padre/tutor es responsable de llamar y corregir el error. Si el cambio no ha sido hecho antes de su cita, esta será cambiada para otro día.