



Nombre del paciente: _____ DOB: ____/____/____
MM DD YYYY

Edad: _____ Sexo: __ masculino __ Mujer SS# _____

Idioma preferido: _____ Inglés _____ Español _____ Otro _____

Inicio Tel: (____)____-____ Teléfono alternativo #: (____)____-____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Nombre del padre o del cónyuge: _____ Dob: _____

SS#: _____ Doctorado en Trabajo #: (____)____-____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre de la madre o del cónyuge: _____ DOB: _____

SS#: _____ Doctorado en Trabajo #: (____)____-____

Dirección de correo electrónico: _____

En caso de llamada de emergencia: _____ Ph #: (____)____-____

Relación con el paciente: _____ Trabajo Ph #: (____)____-____

Por favor enumere a cualquier persona, aparte de los padres, que esté autorizado a llevar al paciente a las citas:

Nombre: _____ Relation to patient _____ DOB: _____

Nombre: _____ Relation to patient _____ DOB: _____

Nombre: _____ Relation to patient _____ DOB: _____

*Si necesita espacio adicional, utilice la parte inferior de esta página.

Consentimiento para el médico tratamiento

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento a cualquier tratamiento, administración de los medicamentos necesarios y/o inmunizaciones para mi médico que considere convenientes en el diagnóstico y/o tratamiento de mí mismo o niño.

Firma: _____ Fecha: _____

Responsabilidad Financiera

Entiendo que (independientemente de mi estado de seguro) soy responsable en última instancia del saldo en mi cuenta de cualquier servicio profesional prestado. He leído toda la información en esta hoja y completado todas las respuestas anteriores a lo mejor de mi conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Responsabilidad Financiera/Informe de Garante

Quién es financieramente responsable del proyecto de ley: _____

Nombre del seguro: _____ SS aseguradas# _____

DOB asegurado: ___/___/___ Relación con el paciente: _____

Recepción de documentos

He recibido copias de la política financiera de la Oficina y la declaración de privacidad de HIPPA.

Firma: _____ Fecha: _____

FAMILY MEDICAL HISTORY

Enfermedad			En caso afirmativo, indique qué pariente
Alergias	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Asma	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Trastorno autoinmunitario	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Tipo: _____
Trastorno sanguíneo	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Trastorno cerebral	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Tipo: _____
Fibrosis quística	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Sordera	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Edad de inicio: _____
Diabetes	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/>



inal

	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Tipo: _____
Trastorno genético	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Tipo: _____
Dolores de cabeza o migrañas	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
enfermedad cardíaca	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Presión arterial alta	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Muerte antes de los 50 años Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Colesterol alto	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____

Trastorno inmunológico	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Tipo: _____
Intelectual o de aprendizaje	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Discapacidad			_____
Enfermedad renal	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Tipo: _____
Enfermedad mental/ Abuso de sustancias	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Especificar: _____
Convulsiones	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____

Enfermedad de células falciformes	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Tuberculosis	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____

Nombre del paciente: _____

DOB del paciente: _____

BIRTH HISTORY

Peso de nacimiento _____ (Libras) _____ (Onzas) Longitud: _____ (Pulgadas)

Lugar de nacimiento: _____

Prematuro (_____ Semanas) (O) Plazo completo Vaginal (O) C-
Sección

PAST MEDICAL HISTORY

¿Ha tenido el niño algún problema con lo siguiente? En caso afirmativo, por favor explíquelo.

Enfermedad

En caso afirmativo, sírvase explicar

Tdah	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Asma	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____



Alergias (alimentación/medio ambiente)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Alergias a los medicamentos	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Anemia/Trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Huesos/Articulaciones	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Orejas (múltiples infecciones)/Hearing	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Ojos/Visión	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Estreñimiento	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Diarrea	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Reflujo	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Trastorno gastrointestinal	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Corazón	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Infecciones repetidas	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Jaquecas	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Seizures	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Salud mental/Sustancia abuse	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Piel (eczema)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Orina/Riñón	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	_____
Otro			_____

¿Están actualizadas las vacunas del niño: Sí No

¿Su hijo tiene algún medicamento, alimento o alergia ambiental: Sí No

En caso afirmativo, por favor enumere:

Alergia:

Reacción:

HISTORIA SOCIAL

Vive con: Padre Madre Familia Hermanos Significativo Otro Compañero
Si 2 hogares, Estado de Custodia:

¿Su hijo hace amigos fácilmente: Sí No

¿Su hijo interactúa con sus compañeros? Sí No

Escuela/guardería: _____ Grado: _____ Errores de



calificación: _____

Exposición a:

2nd Mano Humo Sí No Pintura de plomo Sí No

Tuberculosis Sí No Drogas Sí No

Mascotas Sí No Otro: _____

¿Su familia ha experimentado alguna muerte reciente dentro de la familia? Sí No

En caso afirmativo, la relación con el niño, la fecha y la causa de la muerte:

Fuma con niños: Sí No En caso afirmativo, el número de paquetes por día:
_____ paquetes/día. Durante cuánto tiempo: _____

Fecha de salida: _____

Uso de drogas ilícitas: Sí No. En caso afirmativo, ¿de qué tipo:

¿Su hijo bebe alcohol: Sí No. En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia bebe: Diario
Semanal Mensual

Cantidad Consumida diariamente/semanal/mensual: _____

¿Participa en alguna actividad sexual que se considere riesgosa: Sí No

Estado civil: soltero Casado Divorciado Viuda

Preferencia sexual: Heterosexual homosexual Bisexuales

SALUD CONDUCTUAL

¿Tiene antecedentes familiares de: Depresión Ansiedad Esquizofrenia Otro:

¿Tiene antecedentes de: Depresión Ansiedad Esquizofrenia Otro:

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia su hijo ha sido molestado por cualquiera de los siguientes problemas?

Poco interés o placer en hacer las cosas: De nada varios días más de 4 días casi todos los días

Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado: De nada varios días más de 4 días Casi every day

Escuela/guardería: _____ Grado: _____ Errores de calificación: _____

REQUISITOS DE COMUNICACIÓN

¿Cómo aprendes mejor: Comunicación verbal Comunicación escrita Visua Otro

¿Tiene una discapacidad de aprendizaje, barrera del lenguaje, déficit de audición/visión: Sí No

Enumere cualquier: _____

Odontólogos



¿Tiene un dentista: Sí No ¿Con qué frecuencia se limpian los dientes?? Anualmente
Bianual Nunca

¿Cuándo fue su último examen dental? _____/_____/_____

POLÍTICA DE CITAS TARDÍAS

Si usted es un paciente establecido y llega 15 minutos tarde o más a su cita, es probable que se le pida que re programe a menos que el horario del médico pueda acomodarlo. Se dará prioridad a los pacientes que llegan a tiempo y es posible que tenga que trabajar entre ellos. Esto puede significar que tendrá una espera considerable. Si esto no es conveniente para usted, puede optar por reprogramar. Uno o dos pacientes tardíos hacen que todo el horario diario se retase. Esto es un inconveniente para todos. Nos esforzamos por ver a cada paciente lo más cerca posible de su hora de cita.

Del mismo modo, si usted es un nuevo paciente y llega a la hora programada de la cita y no es temprano para completar sus formularios como se indica y se tarda más de 15 minutos en completar los formularios y el proceso de registro, también se le puede pedir que re programe.

Le pedimos que por favor sea cortés con el valioso tiempo y atención de su proveedor. Los médicos, el personal de la oficina, así como sus compañeros pacientes se lo agradecerán.

CITA PERDIDA O POLÍTICA DE "NO-SHOW"

Si bien hacemos todo lo posible para proporcionar una llamada de recordatorio al menos 24 horas antes de su cita, es su responsabilidad recordar su cita. Cobramos una tarifa de cita perdida de \$35 a los pacientes que no mantienen su hora de cita programada o que cancelan (o reprograman) con menos de 24 horas de anticipación.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica (TPO) y para otros fines que están permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información médica protegida. La "información médica protegida" es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que, relacionada con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y servicios de atención médica relacionados.

1. Usos y Divulgaciones de Información Sanitaria Protegida

Usos y Divulgaciones de Información Sanitaria Protegida

Su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, nuestra oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que están involucradas en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, apoyar el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que le proporcione atención. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser proporcionada a un médico al que usted ha sido referido para asegurarse de que el médico tiene la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago: Su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, la obtención de la aprobación para una estancia hospitalaria puede requerir que su información médica protegida relevante sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso hospitalario.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida con el fin de apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias y la realización o organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos usar un mostrador de registro de sesión donde se le pedirá que firme su nombre e indique a su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para contactarle para recordarle su cita.

Podemos usar o divulgarle información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como lo exige la ley, los problemas de salud pública según lo exija la ley, Enfermedades transmisibles: Supervisión de la salud: Abuso o negligencia: Requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos: Procedimientos Legales: Cumplimiento de la Ley: Forenses, Directores Funerarios y Órganos

Donación: Investigación: Actividad criminal: Actividad militar y Seguridad Nacional: Compensación de Trabajadores: Reclusos: Usos y Divulgadores Requeridos: Bajo la ley, debemos hacerle divulgaciones y cuando lo requiera el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de la Sección 164.5000.

Otros Usos y Divulgaciones Permitidos y Requeridos se harán solo con su consentimiento, Autorización u Oportunidad de objetar a menos que lo exija la ley.

Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico haya tomado una acción en función del uso o divulgación indicado en la autorización.

Sus derechos

A continuación se muestra una declaración de sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida. Sin embargo, bajo la ley federal, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros; notas de psicoterapia; información recopilada en anticipación razonable de, o uso en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, y la información de salud protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida.

Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o con fines de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si el médico cree que es en su mejor interés permitir el uso y la divulgación de su información médica protegida, su información médica protegida no será restringida. A continuación, tiene derecho a utilizar otro profesional de la salud.

Usted tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en un lugar alternativo. Usted puede tener el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, previa solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso alternativamente, es decir, electrónicamente.

Usted puede tener el derecho de que su médico modifique su información médica protegida Si negamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Usted tiene derecho a recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones que hemos hecho, si las hubieramos, de su información médica protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo de cualquier cambio. A continuación, tiene derecho a oponerse o retirarse según lo dispuesto en este aviso.

Quejas

Puede quejarse a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad de su queja. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Este aviso se publicó y entra en vigor antes del **14 de abril de 2003.**

Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____

POLICIA FINANCIERA OFICIAL

Los últimos años han ocupado la reforma del cuidado de la salud. Las compañías de seguros han iniciado nuevos cambios que afectarán a su cuenta. Hay algunas pautas de facturación y sugerencias que nos permiten sobrevivir a la reforma del cuidado de la salud. Por favor, lea y firme atentamente esta hoja.

1. Cobraremos su deducible, copago, servicios descubiertos o responsabilidad porcentual (en su totalidad) antes de que vea al médico. Por favor, esté preparado para pagar esto antes de la visita de su hijo con el médico.
2. Por favor, sea completo y completo con la información de su seguro, y traiga su tarjeta de seguro con usted. Usted será responsable de cualquier saldo no pagado debido a la falta de información.
3. Es a nuestra discreción que le cobraremos a su cuenta una tarifa de refacturación si debemos volver a presentar saldos de más de 45 días de edad. Esta tarifa será pagadera por usted.
4. Como cortesía presentaremos su seguro. Es su responsabilidad asegurarse de que recibimos un pago rápido de ellos. Es útil mantener contacto frecuente con su compañía de seguros para asegurarse de que están pagando, como deberían.
5. Su seguro le enviará una explicación de los beneficios que explica lo que han pagado a nuestra oficina. Este es el registro que debe mantener en el archivo. Si no está de acuerdo con su pago, póngase en contacto con la compañía de seguros.
6. Si su seguro deniega el pago en su cuenta, se le pedirá que pague por giro postal, efectivo o tarjeta de crédito a nuestra oficina. Si no paga a tiempo, su cuenta puede estar sujeta a un cargo mensual de finanzas.
7. Pacientes de autogo pago: Esta categoría incluye a las personas sin seguro o a aquellos que tienen un plan de indemnización y desean presentar su propio seguro. El pago de los servicios médicos se espera el día en que se presta el servicio, antes de su visita con el médico. Aceptamos efectivo, cheques, giros postales y tarjetas de crédito. Si no puede pagar los servicios en su totalidad, debe ponerse en contacto con nuestra oficina para hacer arreglos de pago antes de venir a ver al médico.

Firma: _____ Fecha: _____
Mohammad Afzal MD Leesburg Pediatrics Phone (352)435-7938



Leesburg Pediatrics

Información del paciente

Tiffany Guice ARNP

8113 Centralia CT

Suite 103

Fax (352) 805-4145

Marybel Morgan ARNP

Leesburg, FL 34788

Autorización para divulgar información

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento : _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ SSN# _____

Autorizo (por favor imprima el nombre del Médico o Instalación anterior _____ para revelar la información de salud de la persona mencionada anteriormente. (sólo casillas de verificación a continuación) a Leesburg Pediatrics. Por favor, indique los números de teléfono y fax si están disponibles.

Teléfono: _____

Fax: _____

Lista de problemas ()

Resumen de descarga más reciente ()

Lista de medicamentos ()

Resultados de laboratorio ()

Lista de alergias ()

Informes de rayos X e imágenes ()

Registro de Inmunización ()

Informes de consulta ()

Historia & Física más reciente ()

Conjunto de registros designados ()

Entiendo que la información en mi expediente de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual. SIDA y VIH. También se puede incluir información sobre los servicios de salud mental o conductual, y el tratamiento para el abuso de drogas y alcohol.

Entiendo que tengo derecho a revocar la autorización en cualquier momento. Entender que la revocación no se aplica a mi compañía de seguros cuando la ley proporciona a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo la póliza. La autorización expirará en seis meses a menos que otherwise dated here. ___/___/____.

Entiendo que autorizar la divulgación de información de salud es voluntario. Negarse a firmar la autorización es su elección. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento.

Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una re-divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por la regla federal de confidencialidad

Firma del Padre, Guardián o Self

Fecha _____