

PROFESSIONAL PEDIATRICS
1050 US HWY 27 N #5
CLERMONT, FL 34714
PHONE: 352-404-8944 FAX: 352-404-8945

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

¿ALERGIAS A MEDICAMENTOS? (EN CASO SI, ESPECIFIQUE) _____

Nombre del paciente: _____ **F.D.N.** ____/____/____

Edad: _____ **Sexo:** _____ **SS#** _____ - _____ - _____

Raza [Opcional]: _____ **Idioma que prefiere:** _____

Tel de Casa : _____ - _____ - _____ **Teléfono alternativo #:** _____ - _____ - _____

Dirreccion de casa: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo postal:** _____

Nombre de esposo o padre: _____ **F. D. N.:** ____/____/____

#SS: _____ - _____ - _____ **Trabajo tel#:(**____) _____ - _____

Nombre de esposa o madre: _____ **F.D.N.** ____/____/____

#SS: _____ - _____ - _____ **Trabajo tel#: (**____) _____ - _____

En caso de emergencia llamar a: _____ **Tel# (**____) _____ - _____

Relacion con el paciente: _____ **Tel de trabajo# (**____) _____ - _____

Enumere a cualquier persona que no sean los padres autorizados para llevar al paciente a las citas:

Nombre: _____ **Relacion con el paciente:** _____ **F.D.N** _____

Nombre: _____ **Relacion con el paciente:** _____ **F.D.N** _____

Nombre: _____ **Relacion con el paciente:** _____ **F.D.N** _____

Correo electronico: _____

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

RESPONSABILIDAD FINANCIERA/INFORMACIÓN DEL GARANTE:

¿Quién es financieramente responsable de la factura?: _____

Nombre del Seguro: _____ **#SS del asegurado:** _____ - _____ - _____

F.D.N. del asegurado. ____/____/____ **Relacion con el paciente:** _____

CONCENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO MEDICO.

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para cualquier tratamiento, administración de medicamentos necesarios y/o vacunas que mi médico considere aconsejable en el diagnóstico y/o tratamiento de mí o de mi hijo.

Firma: _____ **Fecha:** _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

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

Firma: _____ **Fecha:** _____

DOCUMENTOS RECIBIDOS:

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

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____

F.D.N: _____

PROBLEMAS MÉDICOS PREVIOS O EN CURSO

PROBLEMA	COMIENZO	RESUELTO/EN CURSO

CIRUGIAS

TIPO DE CIRUGIA	POR QUÉ SE REALIZÓ?	FECHA	CIRUJANO RECUERDA)	(SI

ALERGIAS

¿Eres alérgico a algún medicamento? SI NO. En caso afirmativo, ¿qué medicamento y qué reacción tiene?

MEDICAMENTO	REACCION

Nombre: _____

F.D.N: _____

HISTORIA SOCIAL

Por favor, encierre en un círculo y rellene adecuadamente ¿Fuma? SÍ / NO / PREVIAMENTE. En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día? ____ For cuánto tiempo? ____ Fecha de abandono: _____

¿Alguna vez ha estado expuesto al humo de segunda mano? SI / NO

¿Bebes alcohol? SÍ / NO. En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por semana? _____

¿Has consumido o has consumido drogas ilícitas? SÍ / NO. En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

¿Participa en alguna actividad sexual que se considere riesgosa? _____

Estado Civil: _____ Preferencia sexual: HETEROSEXUAL HOMOSEXUAL
BISEXUAL

Arreglo de vivienda: CÓNYUGE SOLTERO FAMILIA COMPANERO DE HABITACION PAREJA

¿Tiene una directiva de atención anticipada? _____

Nombre: _____

F.D.N: _____

MANTENIMIENTO DE SALUD

EXAMEN O INMUNIZACIONES	FECHA DEL ULTIMO	RESULTADOS(SI LO CONOCE)
Examinacion fisica		
Examen de colesterol		
PSA (examen de prostata)		
Colonoscopia		
PAP (prueba de Papanicolaou)		
Mamograma		
Densidad de huesos		
Refuerzo de tetano		
Serie de Hepatitis A		
Serie de Hepatitis B		
Pneumovax (Neumonia)		
Otros _____		

HISTORIAL GINECOLOGICO(SOLO MUJERES)

Edad de su primera menstruación: _____

de embarazos: _____

de partos: _____

de aborto espontaneos: _____

de abortos: _____

de ninos viviendo : _____

Problemas de fertilidad en el pasado: YES NO

Al planificar la atención médica futura para usted, nos gustaría saber qué servicios de salud adicionales cree que podría desear o necesitar. Además de cuidarlo cuando está enfermo, ¿qué más le gustaría que su proveedor hiciera por usted? _____

POLÍTICA DE CITA TARDE

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 aún pueda acomodarlo. Se dará prioridad a los pacientes que lleguen a tiempo y es posible que tenga que trabajar entre ellos. Esto puede significar que tendrá que esperar considerablemente. Si esto no es conveniente para usted, puede optar por reprogramar. Uno o dos pacientes atrasados hacen que todo el horario diario se retrase. Esto es un inconveniente para todos. Nos esforzamos por ver a cada paciente lo más cerca posible de la hora de su cita.

Del mismo modo, si usted es un paciente nuevo y llega a la hora programada de la cita y no temprano para completar sus formularios según las instrucciones y 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 sea cortés con el valioso tiempo y atención de su proveedor. Los médicos, el personal del consultorio y sus compañeros pacientes se lo agradecerán.

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 \$35 por citas perdidas a los pacientes que no cumplen con la hora programada de su cita o que cancelan (o reprograman) con menos de 24 horas de anticipación.

Firma : _____

Fecha: _____

HIPAA Notice of Privacy Practices

PROFESSIONAL PEDIATRICS
1050 US HWY 27 N #5
CLERMONT, FL 34714
352-404-8944

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica 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, por sus siglas en inglés) para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (TPO, por sus siglas en inglés) y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. La "información médica protegida" es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que está relacionada con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

Usos y divulgaciones de la información médica protegida

Su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, nuestra oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que estén involucradas en su atención y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, respaldar la operación 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 administración de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de atención médica en el hogar que le brinde atención. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser proporcionada a un médico al que ha sido referido para asegurarse de que el médico tenga 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, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información médica protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión hospitalaria.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida para respaldar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, concesión de licencias y realización u organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos usar un mostrador de registro de registro donde se le pedirá que firme con su nombre e indique 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 comunicarnos con usted y recordarle su cita.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: según lo exija la ley, 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: Aplicación de la ley: Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos: Investigación: Actividad delictiva: Actividad militar y seguridad nacional: Compensación de trabajadores: Reclusos: Usos y divulgadores requeridos: Según la ley, debemos hacer divulgaciones a usted y cuando lo requiera el secretario de la Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.5000.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se realizarán 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 el consultorio del médico haya tomado una medida en función del uso o divulgación indicados en la autorización.

Sus derechos.

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

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida.

Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros; apuntes de psicoterapia; información recopilada en anticipación razonable de, o uso en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, e 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 pedirnos 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 no se divulgue ninguna parte de su información médica protegida a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención 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 recurrir a otro profesional de la salud.

Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Es posible que tenga derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte, previa solicitud, incluso si ha aceptado este aviso alternativamente, es decir, electrónicamente.

Usted puede tener derecho a que su médico enmiende su información médica protegida Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted 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 un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho, si las hubiera, de su información médica protegida. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo de cualquier cambio. En ese caso, tiene derecho a oponerse o retirarse según lo dispuesto en este aviso.

Quejas

Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja ante nosotros notificando su queja a nuestro contacto de privacidad. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Este aviso fue publicado y entra en vigencia el 14 de abril de 2003 o antes.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número principal.

La firma en la hoja de información del paciente es solo un reconocimiento de que ha recibido este Aviso de nuestras Prácticas de Privacidad.

Nombre : _____

Firma : _____

Fecha: _____

PROFESSIONAL PEDIATRICS
1050 US HWY 27 N #5
CLERMONT, FL 34714
PHONE: 352-404-8944 FAX: 352-404-8945

POLITICA FINANCIERA OFICIAL

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

1. Cobraremos su deducible, copago, servicios no cubiertos o porcentaje de responsabilidad (en su totalidad) antes de que vea al médico. Por favor, prepárese para pagar esto antes de la visita de su hijo con el médico.
2. Sea minucioso y completo con la información de su seguro, y traiga su tarjeta de seguro con usted. Usted será responsable de cualquier saldo impago debido a la falta de información.
3. Queda 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 antigüedad. Esta tarifa será pagada por usted.
4. Como cortesía, presentaremos su seguro. Es su responsabilidad asegurarse de que recibamos un pago puntual de ellos. Es útil mantener un 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, comuníquese con la compañía de seguros.
6. Si su seguro rechaza el pago en su cuenta, se le pedirá que pague por giro postal, efectivo o tarjeta de crédito a nuestra oficina. Si no paga de manera oportuna, su cuenta puede estar sujeta a un cargo financiero mensual.
7. Pacientes que pagan por cuenta propia: Esta categoría incluye a las personas sin seguro o a las que tienen un plan de indemnización y desean presentar su propio seguro. Se espera que el pago de los servicios médicos se realice el día en que se preste 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 comunicarse con nuestra oficina para hacer arreglos de pago antes de venir a ver al médico.

Firma: _____ Fecha: _____

Mohammad Afzal MD, MBA
Joseph Kennedy DNP, APRN,
FNP-C

Professional Pediatrics and Family.
1050 US Hwy 27 N Ste 5, FL 34714

Phone (352) 404-8944

Fax (352) 404-8945

Authorization to Release Information

Patients Name: _____ Date of Birth: _____
Address: _____
Phone: _____ SS#: _____

I authorize (please print name of previous Doctor or Facility _____) to disclose above named individual's health information. (only checked boxes below) to Professional Pediatrics. Please give phone and fax numbers if available.

Phone: _____ Fax: _____

Problem List ()	Most recent Discharge Summary ()
Medication List ()	Laboratory Results () Date: _____
List Of Allergies ()	X-Ray and Imaging Reports () Date: _____
Immunization Record ()	Consultation Reports () From: _____
Most recent History & Physical ()	Designated Record Set ()

I understand that the information in my health record may include information relating to sexually transmitted diseases. AIDS, and HIV. Included may also be information about behavioral or mental health services, and treatment for drug and alcohol abuse.

I understand that I have the right to revoke authorization at any time. Understanding that revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. The authorization will expire in six months unless otherwise dated here. _____

I understand that authorizing disclosure of health information is voluntary. Refusing to sign this authorization is your choice. I need not sign this form in order to ensure treatment.

I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules.

Signature of Parent, Guardian or Self

Date: _____

Witness

Date: _____

PROFESSIONAL PEDIATRICS AND FAMILY
Autorizacion para discutir su informacion medica

Por la presente autorizo a profesionales pediátricos a usar o divulgar la información específica a continuación, solo para los fines y las partes que también se describen a continuación.

Descripción de la información específica que se va a tratar:

Fecha/hora de cita

Diagnosticos

Medicamentos

Examen de laboratorio Resultados/
Resultados de imagenologia/ Otros
Resultados

Resumen de su records medicos

Plan de cuidado

Otros (Por favor, especifique)

Indicaque informacion confidencial:

Salud mental

Informacion de VIH

Informacion de alcohol/drogas

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Información que debe facilitarse a:

Nombre:

Relacion con el paciente: _____

Tel#: _____

Entiendo que:

*Puedo revocar esta autorización por escrito poniéndome en contacto con la oficina.

*Esta autorización otorga a Professional Pediatrics el derecho de discutir mi información médica con una o más personas mencionadas anteriormente.

Firma: _____

Fecha: _____

Relacion co el paciente: _____

(Si el paciente es menor de edad o tiene un representante personal)

PATIENT COMMUNICATION CONSENT FORM

MENSAJES DE TEXTO / CORREO ELECTRONICO/ ALERTAS TELEFÓNICAS A PARTIR DE FINALES DEL VERANO DE 2019

Autorizo a Professional Pediatrics & Family a enviarme mensajes de texto, llamadas de voz y/o recordatorios de citas por correo electrónico a mi número de teléfono/correo electrónico proporcionado. TP no puede garantizar, pero utilizará medios razonables para mantener la seguridad y confidencialidad de la información de correo electrónico / texto enviada y recibida. Debe reconocer y dar su consentimiento a las siguientes condiciones: EN UNA EMERGENCIA MÉDICA, NO USE EL CORREO ELECTRÓNICO O LOS MENSAJES DE TEXTO, LLAME AL 911. No envíe correos electrónicos ni mensajes de texto para ningún problema. Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame al 352-404-8944.

- a) Todos los mensajes o necesidades deben ser transmitidos a nosotros mediante el uso de una comunicación telefónica de voz regular debido a las leyes de privacidad.
- b) NO responda a ningún correo electrónico / mensaje de texto. Todos los mensajes están automatizados.
- c) Debe hablar con su proveedor para discutir problemas médicos en lugar de enviar correos electrónicos o mensajes de texto con respecto a tales situaciones.
- d) El correo electrónico y los mensajes de texto se pueden archivar electrónicamente en su registro médico.
- e) TP no se hace responsable de las violaciones de la confidencialidad causadas por usted o por terceros.
- f) Es su responsabilidad hacer un seguimiento con su proveedor si se justifica.

Al aceptar estos términos, acepto que todos los adultos y menores asociados con mi cuenta puedan recibir alertas que hagan referencia al garante de la cuenta y/o dependientes. Es posible que se apliquen cargos por mensajes de texto/llamadas de mi proveedor de telefonía.

Nombre del garante de la cuenta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de paciente(s) _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de paciente(s) _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de paciente(s) _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de paciente(s) _____ Fecha de nacimiento: _____

Cuenta de garante Tel#: (____) _____ Tel. de casa: _____

Email(s) del garante: _____

Dirección actual: _____

Mi firma a continuación indica que declaro y garantizo que soy la persona legalmente responsable de todo el uso de las cuentas, que tengo al menos 18 años de edad y que acepto todos los términos y condiciones de uso de los servicios de mensajería. Entiendo que esta autorización solo puede ser revocada por escrito.

Es responsabilidad del paciente asegurarse de que tenemos el número de teléfono / correo electrónico correcto en el archivo.

Firma: _____

Fecha: _____

Notas _____