

Forma para Registro de Paciente

Información del Paciente:

Nombre: _____ Apodo: _____

Sexo: M / F Fecha Nacimiento: ___ / ___ / ___ Numero Seguro Social: _____

Información de Contacto:

Teléfono Móvil: _____ USA: ___ SI ___ No

Teléfono en el Hogar: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Correo Electrónico (E-MAIL): _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Numero Postal: _____

Método preferido de comunicación: _____ Teléfono Móvil _____ Teléfono en el Hogar
_____ Teléfono del Trabajo _____ Correo Electrónico

Seguro Médico

Nombre: _____ o _____ Privado

Plan Medico / Número de Identificación: _____ Grupo (ID): _____

Fecha de Efectividad: de ___ / ___ / ___ hasta: ___ / ___ / ___

Persona responsable por plan médico:

Nombre: _____ Relación con Paciente: _____

Dirección: _____ (Misma que Paciente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento (Guardián): ___ / ___ / ___ Sexo: M / F

Número Telefónico: _____

Etnicidad: _____: Hispano o Latino _____: No Hispano o Latino

Raza (Circular Una):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra Isla en el Pacifico |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Afro Americano | |

¿Dónde escucho acerca de SuperKids Pediatrics o de la Dr. Lizaida Medina Candelaria?

Padre

Nombre: _____
Fecha Nacimiento: _____
Dirección: _____

Teléfono Móvil: _____
Ocupación: _____
Teléfono Trabajo: _____
Seguro Social: _____
Licencia Conducir: _____

Madre

Nombre: _____
Fecha Nacimiento: _____
Dirección: _____

Teléfono Móvil: _____
Ocupación: _____
Teléfono Trabajo: _____
Seguro Social: _____
Licencia Conducir: _____

Medico Primario Previo: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____

Hermanos:

Nombre: _____ Fecha Nacimiento: ____/____/____ Sex: M/F
Nombre: _____ Fecha Nacimiento: ____/____/____ Sex: M/F
Nombre: _____ Fecha Nacimiento: ____/____/____ Sex: M/F

Farmacia de Preferencia: _____ Teléfono: _____
Dirección o Localización: _____

Silva la presente para autorizar la divulgación de cualquier información relacionada con el tratamiento, las opciones de cuidado de la salud y todos los reclamos o beneficios, presentados en nombre de mí y / o de mis dependientes. En adición, acepto expresamente y reconozco que mi firma en este documento autoriza a mi médico a presentar las solicitudes de prestaciones de los servicios a ser prestados sin obtener mi firma en cada una de las reclamaciones que se someterá por mí y / o por mis dependientes, y que dicha firma representa mi autorización en todo y cada reclamo en particular. Por la presente autorizo a la compañía de seguros antes mencionada (s) a pagar y por este medio asignar directamente a SuperKids Pediatrics todos los beneficios, en su caso, de otro modo pagadero a mí para los servicios que se describen en los formularios adjuntos. Entiendo que independientemente de la participación de SuperKids Pediatrics con mi compañía de seguros, yo soy responsable de todos los gastos relacionados con el cuidado de mis dependientes. Apruebo y soy responsable de toda comunicación y notificación por mensaje de Texto, voz y correo electrónico.

Padre o Guardián:

Nombre: _____
Firma: _____
Fecha: _____

Cuestionario de Historial de Salud Pediátrico

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Madre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Nombre del Padre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Nombre de hermano/a: _____ Edad: _____

Nombre de hermano/a: _____ Edad: _____

Nombre de hermano/a: _____ Edad: _____

¿Con quién vive el/la niño/niña? _____ ¿Hay mascotas en el hogar?: _____

Historial Prenatal:

¿Tuvo complicaciones durante el embarazo?	Sí	No
¿Nació su bebe Prematuro?	Sí	No
¿Hubo complicaciones al nacer? (de alimentación, infecciones)	Sí	No (ictericia, problemas respiratorios o infecciones)

Hospitalizaciones/Enfermedades:

Por favor, mencione a continuación si su hijo/a ha estado hospitalizado, ha tenido alguna cirugía y/o alguna lesión grave.

	Edad
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medicamentos: Por favor, mencione a continuación si su hijo/a está tomando ahora, o toma con frecuencia, algún medicamento (medicamento recetado, medicamento obtenido sin receta, remedio natural, vitaminas, etc.).

Nombre	Dosis
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medicamentos Previos: Por favor, mencione a continuación si su hijo/a ha tomado en el pasado algún medicamento con regularidad (medicamento recetado, medicamento obtenido sin receta, remedio natural, vitaminas, etc.).

Nombre	Dosis
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Es su hijo/a alérgico/a a algún medicamento, comida, o algo relacionado al ambiente/naturaleza?
Sí, por favor explique a continuación No

¿Qué tipo de reacción esto provoca? Gotereo nasal, rash/erupción en la piel, anaphylaxis, nausea, vómitos, diarreas, dificultad respiratoria, otros:

Historial Familiar:

En la familia alguien padece de:

Asthma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Condición Cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sordera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Retardación Mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de Aprendizaje	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Abuso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Vacunas: ¿Esta su hijo/a al día con sus vacunas de acuerdo a su edad? Sí No

Historial del Desarrollo:

¿Ha pensado alguna vez que su hijo/a es lento/a en:

Su desarrollo? Sí No

Destrezas Sociales? Sí No

Destrezas Motoras? Sí No

¿Su hijo/a comparte bien con otros niños/as de su edad? Sí No

Escuela/Centro de Cuido: Nombre: _____ Grado: _____

Tiene usted alguna preocupación con el aprovechamiento escolar de su hijo/a? Sí No

Por favor, explique si su respuesta es Sí

Preocupaciones de la Adolescencia (Si aplica):

Fumar Sí No

Alcohol Sí No

Uso de Droga Social o Recreacional Sí No

Actividad Sexual Sí No

Completado por: _____

Relación con paciente: _____

Fecha: _____

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

SuperKids Pediatrics

9121 N Military Trail Ste 102, Palm Beach Gardens, FL 33410

Phone: 561-619-2460 – Fax 561-828-9311

Aviso para los Pacientes:

Estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, que establece cómo podemos usar y / o divulgar su información de salud. Por favor firme esta forma como reconocimiento de recibo de la notificación. Usted puede negarse a firmar este reconocimiento, si lo desea.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Nombre Completo

Firma

Fecha

No podemos hablar de su información de salud protegida (PHI), o de un dependiente, con nadie más que a sí mismo a menos que nos autorice a hacerlo. Por favor indique a continuación los nombres de la persona (s) que autoriza a nuestra oficina para discutir dicha información. Su PHI puede divulgarse a la (s) siguiente (s) persona (s) a continuación hasta que nos notifique lo contrario por escrito.

Sección para uso de personal de SuperKids Pediatrics solamente:
FOR OFFICE USE ONLY

We have made every effort to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy from this patient but it could not be obtained because:

- The patient refused to sign.
- Due to an emergency situation it was not possible to obtain an acknowledgement.
- We weren't able to communicate with the patient.
- Other (Please provide specific details)

Employee signature

Política de la oficina y acuerdo financiero

- **Facturación** - Entiendo que, como cortesía, SuperKids Pediatrics ha aceptado presentar mi reclamación por los servicios prestados a un (1) plan de seguro médico. Asimismo, reconozco que es mi responsabilidad comprender la elegibilidad, cobertura y limitaciones de mi póliza de seguro. Entiendo que SuperKids Pediatrics cobrará toda la responsabilidad del paciente y cualquier saldo pendiente al momento del servicio. Entiendo que cualquier cargo no cubierto por mi póliza de seguro, independientemente del motivo, es mi responsabilidad. Entiendo que, si mi cuenta no se paga en su totalidad dentro de los 60 días posteriores a la fecha del estado de cuenta, se añadirá un cargo por mora del 25 % mensual al saldo pendiente y la cuenta será enviada a cobranzas para su procesamiento adicional. Entiendo que no se proporcionarán servicios adicionales para cuentas morosas hasta que estas se encuentren al día. Entiendo que soy, en última instancia, responsable de todos los honorarios profesionales incurridos por servicios y consultas realizadas, incluidos, entre otros, cualquier copago establecido por mi compañía de seguros, cualquier deducible no satisfecho o terminación de cobertura, cualquier monto que mi compañía de seguros determine como mi responsabilidad, cualquier monto considerado no cubierto por mi compañía de seguros por cualquier motivo y cualquier reclamación no procesada por mi compañía de seguros dentro de los 60 días posteriores a la fecha del servicio, independientemente de que esté de acuerdo o no con la determinación de mi aseguradora. Entiendo que, como padre, madre o tutor legal, seguiré siendo responsable de todos los costos incurridos por los servicios prestados, así como de cualquier factura morosa y el pago total, incluidos honorarios razonables de abogados y costos judiciales. Asimismo, reconozco un cargo de servicio de \$40 por cualquier cheque devuelto, por cualquier motivo.
- **Padres divorciados o separados** - Entiendo que SuperKids Pediatrics se especializa en atención médica primaria y no permitirá que la práctica sea utilizada con fines de disputas maritales. Reconozco que SuperKids Pediatrics no es parte ni está obligada por decretos de divorcio, acuerdos de custodia u otros acuerdos relacionados entre los padres o tutores legales. El padre, madre o tutor legal que acompañe al paciente al momento del servicio será responsable del saldo del paciente y del pago total antes de que se presten los servicios. Entiendo que ambos padres tendrán acceso al expediente médico del menor, incluyendo la cuenta del portal del paciente y el resumen de la visita, a menos que exista una orden judicial oficial archivada. Entiendo que los proveedores y el personal de apoyo no asignarán tiempo adicional para explicar, informar o aclarar la justificación o los detalles posterior a la visita, a un padre que no haya estado presente durante la consulta. Reconozco la necesidad de programar citas adicionales para abordar cualquier inquietud que no haya sido tratada durante la visita.
- **Citas perdidas o llegadas tardías** - ENTIENDO QUE SE APLICARÁ UN CARGO DE \$25 POR TODA CITA PERDIDA QUE NO SEA CANCELADA CON AL MENOS 24 HORAS DE ANTICIPACIÓN. Reconozco que llegar 10 minutos o más después de la hora programada se considera llegada tardía y puede estar sujeta al cargo por inasistencia. Entiendo que, después de una llegada tardía, la próxima cita disponible puede o no ser el mismo día de la cita original. En adición, entiendo que si programo una cita para un niño pero solicito servicios para un hermano adicional al momento de la cita, la práctica puede no ser capaz de acomodar una consulta con el mismo proveedor al mismo tiempo para el otro niño. Entiendo que debo programar las citas con anticipación para todos los niños que necesiten atención.
 - **Información del seguro y datos demográficos** - Entiendo que es mi responsabilidad actualizar cualquier información demográfica o seguro médico antes de cada visita y asumir cualquier consecuencia que surja durante la facturación a mi seguro. Entiendo que debo presentar mi información de seguro, incluida la tarjeta del seguro y una póliza activa, en cada cita. Es mi responsabilidad proporcionar a SuperKids Pediatrics y a mi compañía de seguros toda la información necesaria para procesar mi reclamación de manera oportuna.

- **No dispositivos electrónicos, alimentos ni fumar** - Entiendo que no está permitido el uso de teléfonos celulares, dispositivos de grabación, radios, dispositivos electrónicos, audífonos o tapones para los oídos en las salas de examen. Asimismo, entiendo que no se permite comer, beber ni fumar (cigarrillos o vapeo) dentro de la oficina.
- **Servicio de llamadas fuera del horario** - Limitaré las llamadas fuera del horario laboral únicamente a asuntos urgentes. Entiendo que, en caso de una emergencia, debo llamar al 911. Entiendo que, para solicitudes de recetas, citas y otros asuntos no urgentes, debo comunicarme con la oficina durante el horario regular para que puedan ser manejados adecuadamente por el equipo correspondiente. ENTIENDO, RECONOZCO Y ACEPTO QUE SE APLICARA UN CARGO DE \$35 POR EL SERVICIO DE ATENCIÓN FUERA DEL HORARIOS LABORAL.
- **Requisito de Visitas de Control del Niño Sano (WCC)** - Entiendo que las visitas de control del niño sano o chequeo de salud rutinario son un requisito para mantener la relación médico-paciente de atención primaria con SuperKids Pediatrics. SuperKids Pediatrics requiere un compromiso total con todas las visitas de control recomendadas. Estas visitas incluyen, entre otras, las consultas a los 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses de edad, y una visita anual a partir de entonces. Entiendo que incumplimiento de este requisito conlleva a que la practica inactive a sus hijos como paciente de la práctica. Reconozco además que es un procedimiento estándar que los médicos presenten una reclamación por evaluaciones y servicios relacionadas con enfermedades o posibles problemas médicos que se evalúen y manejen durante una visita programada de control del niño sano.
- **Declaración de la política de vacunas** - Entiendo que SuperKids Pediatrics recomienda firmemente y cree en la seguridad y eficacia de las vacunas para prevenir enfermedades graves y salvar vidas. Entiendo que mi proveedor en SuperKids Pediatrics discutirá la evidencia científica disponible sobre cada intervención, inquietudes, desmitificación de creencias y la relación entre las vacunas, las enfermedades y la atención preventiva. Entiendo que SuperKids Pediatrics no acepta nuevas familias que elijan no vacunar a sus hijos. Entiendo que SuperKids Pediatrics requiere el cumplimiento de vacunación antes de los 24 meses de edad, de acuerdo con las recomendaciones vigentes. Entiendo que SuperKids Pediatrics NO solicitará una exención médica temporal en el formulario DH680 del Departamento de Salud por vacunas faltantes debido a la negativa del tutor legal a vacunar. Asimismo, entiendo las consecuencias medicas a corto y largo plazo si mi hijo no recibe las vacunas recomendadas. Reconozco y acepto cualquier cargo adicional por citas exclusivamente para inmunizaciones que no formen parte del calendario de visitas de control del niño sano según mi póliza médica.
- **Formularios y cartas médicas** - Entiendo que SuperKids Pediatrics completará y proporcionará formularios y cartas, incluidos, entre otros, formularios de salud para ingreso escolar, exámenes físicos deportivos, cartas de necesidad médica, registros de inmunización, planes de colocación y medicación escolar durante la visita de mi hijo. Reconozco un cargo mínimo de \$5.00 por solicitudes de formularios realizadas posteriormente y entiendo que dichos documentos pueden no estar disponibles o no ser obtenibles en caso de un período prolongado sin evaluación médica.

He leído, entiendo y acepto todas las disposiciones anteriores. Mi firma a continuación constituye un acuerdo legalmente vinculante entre SuperKids Pediatrics y yo.

Nombre del Padre o Responsable

Fecha

Firma

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS Patient's

Patient's Name: _____ Patient's Date of Birth: _____

I hereby voluntarily authorize and request the disclosure of all information which you may possess relating to my examination and illness, including psychiatric, psychological information and information pertaining to AIDS, Human Immune Deficiency Virus Testing and any other medical problem which may be part of my medical records, covering the periods from birth to present.

Purpose of Release

- Change in insurance or Physician
- Continuation of Care
- Referral

Type of Information

- Complete Medical Record
- Specific Information Request: _____

The Information is to be provided to:

Name Organization/Facility: SuperKids Pediatrics

Address: 9121 N. Military Trail Ste. 102, Palm Beach Gardens, FL 33410

Phone Number: 561-619-2460

Fax Number: 844-886-3192

Patient's Guardian Signature

Date

Printed Name of Patient's Guardian

Relationship to Patient

HIPAA Authorization for Release of Information

Under HIPAA, with patients' written requests, records must be provided within 30 days of a request.