

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Seguro Social: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Sexo : _____ Estado Civil: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma Preferido: _____

Dirección: _____
(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Teléfono (Casa): _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Empleador: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: (Completa la información si es diferente a la anterior)

Nombre de la Persona Responsable: _____ # SS del Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Sexo : _____ Relación con el Paciente: _____

Dirección (si diferente al paciente): _____
(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Teléfono (Casa): _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Empleador: _____

A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad/ Estado/Código Postal)

Teléfono (Casa): (____) _____ - _____ Teléfono (Trabajo): (____) _____ - _____

Celular: (____) _____ - _____

INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre del Plan: _____ Relación con el Paciente: _____

Número de Identificación del Asegurado: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____ # de SS: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Sexo del Asegurado: _____

Dirección del Plan Medico: _____
(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre del Plan:

Relación con el Paciente:

Número de Identificación del Asegurado:

Número del Grupo:

Nombre del Asegurado:

de SS del Asegurado:

Fecha de Nacimiento del Asegurado:

Sexo del Asegurado:

Dirección del Plan Medico:

(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

¿ES SU VISITA RELACIONADA A UNA HERIDA CAUSADA EN EL TRABAJO O POR ACCIDENTE DE AUTO? SI___NO___
SI CONTESTA SI, PORFAVOR NOTIFICAR LA RECEPTIONISTA

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Doy fe de que la información que he proporcionado a Kidsville Pediatrics, PA es correcta y verdadera según mi consciente saber y entender. Por la presente, asigno cualquier beneficio médico y / o quirúrgico a Kidsville Pediatrics, PA. Esta asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de la asignación de beneficios se considerará tan válida como la original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por dicho seguro. Además autorizo a Kidsville Pediatrics, PA a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de mis visitas.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, farmacia o centro de atención médica a proporcionar toda la información sobre mi historial médico o farmacéutico así como cualquier tratamiento dado a mi persona, a Kidsville Pediatrics, PA. Además, permitiré que mi farmacia les proporcione la verificación de beneficios. Autorizo a Kidsville Pediatrics, PA a divulgar mi información médica a otros médicos según sea necesario para facilitar el tratamiento de mi persona.

Firma: _____ Fecha de Hoy: _____

AUTORIZACIÓN PARA RECORDATORIOS DE CITA

Al firmar a continuación, nos autoriza a enviarle recordatorios de texto para sus próximas citas. Proporcionándonos su número de teléfono de celular arriba, usted acepta cualquier tarifa o cargo en el que pueda incurrir su compañía de celular telefónica. No habrá reembolso de Kidsville Pediatrics si algún cargo aplicara.

Nombre del Paciente (Imprimir): _____

Firma del Paciente: _____

Autorización del Paciente
Por favor, lea, inicialice y firme a continuación.

(Iniciales) _____ **La Póliza Financiera:** Yo reconozco que recibí, revisé y acepto cumplir con la versión más reciente de las reglas financieras de Kidsville Pediatrics fechada el 1 de Agosto de 2018.

(Iniciales) _____ **Responsabilidad Financiera** Yo entiendo que soy la persona responsable últimamente de pagarle a Kidsville Pediatrics por los servicios prestados a mi persona o mis dependientes. Entiendo Kidsville Pediatrics espera cobrar por sus servicios al momento que los provee. Entiendo que soy la persona responsable de cualquier copago, coaseguro, o deducible de acuerdo con mi póliza de salud al momento de recibir los servicios de Kidsville Pediatrics.

(Iniciales) _____ **Cobertura del Seguro Médico:** Entiendo que soy responsable de proveer a Kidsville Pediatrics mi información actual de cobertura del seguro médico y la tarjeta del seguro en cada visita. Seré responsable de pagar cualquier saldo en la cuenta que sea debido al resultado de no proveer mi información del seguro actualizada. Entiendo que Kidsville Pediatrics no presentará reclamaciones de forma retroactiva al seguro de Salud debido a que no proporcioné la información actual del seguro.

(Iniciales) _____ **Asignación de Beneficios:** Por la presente autorizo el pago directamente Kidsville Pediatrics, por beneficios médicos que de otra manera se me pagarían. Autorizo a mi compañía de seguro médico a revelar Kidsville Pediatrics información sobre mi cobertura de seguros, que incluye, entre otros, la verificación de mi examen y / o tratamiento a mi compañía de seguros u otro tercer pagador.

(Iniciales) _____ **Tarifa Si No Se Presenta:** Yo confirmo que recibí, revisé y acepto cumplir con la póliza de no presentación de Kidsville Pediatrics y acepto pagar cualquier tarifa incurrida por el incumplimiento de mi cita.

(Iniciales) _____ **Tarifa de Formularios:** Yo entiendo que recibí un aviso sobre la tarifa para todos los formularios que sean completados por Kidsville Pediatrics y acepto pagar antes de recibir el formulario completo. (Es decir, exámenes físicos deportivos, FMLA entre otros)

(Iniciales) _____ **Póliza de Privacidad:** Yo reconozco que recibí, revisé y acepto cumplir con la póliza de privacidad de Kidsville Pediatrics.

(Iniciales) _____ **E-prescripción:** Yo autorizo de forma voluntaria a Kidsville Pediatrics para que envíen la prescripción de forma electrónica del paciente, esto permitirá a los proveedores de la atención médica transmitir electrónicamente las recetas a la farmacia de mi predilección; además, yo revisaré la información de los beneficios de farmacia de mi póliza de salud y la historia de dispensación de medicamentos, siempre y cuando yo sea un paciente en esta oficina.

Al firmar mi nombre a continuación, yo certifico que he leído la información anterior. Cualquier pregunta relacionada con estas regulaciones ha sido discutida conmigo. Mi firma también certifica mi conocimiento de todos los acuerdos con las regulaciones anteriores. Una fotocopia de este documento es tan válida como el original.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

La Firma del Paciente: _____

Historial Médico

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Fecha de Hoy:
	Lugar de Nacimiento:	Sexo del Paciente:	

Historial Médico Del Paciente: ¿Alguna vez ha tenido el paciente? (Circula todos los que apliquen)

Abuso de alcohol/drogas	Enfisema	Presión Alta	Condición Psiquiátrica
Asma	Epilepsia	Colesterol Alto	Alergias Estacionales
Cáncer	Enfermedad del Corazón	Enfermedad Infecciosa	Trastornos Estomacales
Colitis	Dolores de Cabeza	Enfermedad del Riñón	Enfermedad del Tiroides
Diabetes			

Historial Médico De La Familia Inmediata: ¿Los familiares de sangre actualmente tienen o han tenido? (Circula todos los que apliquen)

Abuso de alcohol/drogas	Enfisema	Presión Alta	Condición Psiquiátrica
Asma	Epilepsia	Colesterol Alto	Alergias Estacionales
Cáncer	Enfermedad del Corazón	Enfermedad Infecciosa	Trastornos Estomacales
Colitis	Dolores de Cabeza	Enfermedad del Riñón	Enfermedad del Tiroides
Diabetes			

Historial Familiar:

	Edad(s) ¿Vivo?	Edad de Muerte	Causa de Muerte o Condición Actual
Padre	_____ Si / No	_____	_____
Madre	_____ Si / No	_____	_____
Hermanos	_____ Si / No	_____	_____
Hermanas	_____ Si / No	_____	_____
Hijo(s)	_____ Si / No	_____	_____

Lista de todas Las Cirugías y Enfermedades Graves:

Cirugías/Enfermedades Graves	Año	Hospital/Localización
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alergias a Medicamentos/Alimentos:

Medicamentos	Reacción
_____	_____
_____	_____
Comida	Reacción
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medicamentos Que Está Tomando Actualmente: (Incluyendo anticonceptivos, medicamentos sin receta y medicamentos a base de hierbas).

Medicamentos	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Fechas De Tu Último:

Prueba de sangre/Nivel de colesterol:	_____	EKG:	_____
Prueba de Papanicolaou:	_____	Radiografía de pecho:	_____
Chequeo de la Próstata:	_____	Mamografía:	_____
Examen Físico:	_____	Refuerzo Contra el Tétanos:	_____
Chequeo de Glaucoma:	_____	Pneumovax:	_____
Sigmoidoscopia/Chequeo de heces fecales:	_____	Prueba cutánea para TB:	_____

Historial Social:

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Ocupación de su pareja matrimonial: _____

¿Fuma? Si o No

En caso que si, en qué edad comenzó a fumar: _____

Año en que dejaste de fumar: _____ Cuantos Paquetes por día: _____

¿Uso Ilícito de Drogas? Nunca Lejano Reciente Actual

¿Cuánta cafeína tomas? (Número promedio de bebidas/tazas por día)

Nunca 1 2 3 4 ≥5

¿Cuánto alcohol consumes? (Número promedio de bebidas por día)

Nunca Infrecuente (<1) Moderado (1-2) Frecuentemente (>2)

¿Hace Ejercicio?

Nunca Ocasional Moderado Frecuente

¿Uso del Cinturón de Seguridad? Si o No ¿Detector de Humo en la Casa? Si o No

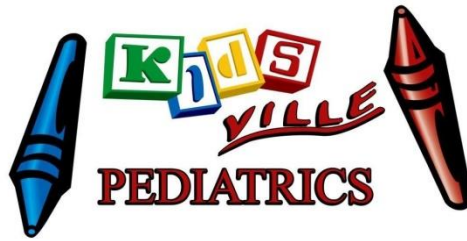
¿Uso del Casco de Bicicleta? Si o No ¿Extintor de Incendios en el Hogar? Si o No

¿Alguna vez ha completado una Directiva Anticipada o Testamento? Si o No

¿Ha solicitado su historial médico al consultorio de su médico anterior? Si o No

Si la respuesta es no, solicite un Medical Record Release en nuestra recepción.

Gracias por tomarse el tiempo de completar este formulario.



NOMBRE: _____

FECHA DE HOY: _____

**Formulario de Reconocimiento de Aviso de Privacidad de la Práctica
Consentimiento Para Usar o Divulgar Información Médica Protegida**

Nuestro Aviso de Privacidad de la Práctica produce información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida ("IMP") sobre usted. Tiene derecho a revisar nuestro reglamento antes de firmar este formulario. Su firma a continuación reconoce que ha recibido una copia de nuestro Aviso de Privacidad de la Práctica. Según lo dispuesto en nuestro Aviso, los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada contactando a cualquier miembro del personal de Kidsville Pediatrics, PA. Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que se usa o divulga su IMP para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestros acuerdos mutuos.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de la IMP sobre usted para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica como se describe en nuestro Aviso. Estas divulgaciones pueden ser por teléfono, correo, fax o transmisión electrónica, a menos que indique lo contrario por escrito (completando el formulario: Solicitud de restricciones de uso y divulgación de información de salud protegida), si permite que un tercer partido que no sea uno de los médicos o el personal de nuestra práctica estén en la sala de examen mientras uno de nuestros médicos o personal lo está examinando o discutiendo su atención, tratamiento o condición médica con usted, al firmar este formulario de consentimiento está autorizando la divulgación de su IMP a ese tercer partido. Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya hayamos divulgado información sobre la base de su consentimiento previo. Si se niega a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, Kidsville Pediatrics, PA puede rechazar el tratamiento o proporcionar un tratamiento adicional en el momento de la revocación, excepto en la medida en que el tratamiento sea requerido por la ley.

Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información médica protegida ("IMP") a las siguientes personas:

- **Nombre** _____ **Relación** _____
- **Nombre** _____ **Relación** _____
- **Nombre** _____ **Relación** _____
- **Nombre** _____ **Relación** _____

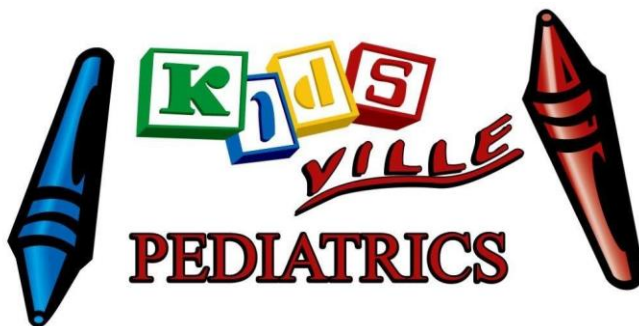
He leído y entiendo la información en esta declaración. Soy el paciente o estoy autorizado a actuar en nombre del paciente para firmar este documento.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto las condiciones anteriores.

Firma del Paciente
(O REPRESENTANTE AUTORIZADO)

Imprimir Nombre del Paciente
(O REPRESENTANTE AUTORIZADO)

* Por favor Explique: Relación representativa con el paciente e incluya una descripción de la autoridad representativa para actuar en nombre del paciente



**Prácticas de Privacidad
Formulario de Reconocimiento de HIPAA**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de la oficina **Kidsville Pediatrics, PA** y se me han concedido la oportunidad de revisarlo. Reconozco que esta ley permite que esta oficina comparta y divulgue información médica la cual estará protegida con respecto a mí como paciente:

- (1) Otro médico (como un especialista al que nuestros doctores lo refieran), un hospital (donde puede estar usted ingresado), una farmacia u otro proveedor de atención médica, como un terapeuta (PT, OT, Terapias de Habla, etc.), o compañía de DME (equipo médico) que usted pueda necesitar.
- (2) Compañías de seguros (para procesar reclamos u obtener referidos).
- (3) Para el día a día de las operaciones internas de nuestra oficina (evaluación del rendimiento de trabajo de los empleados, entrenamiento, etc.)

Entiendo que para poder solicitar una copia de los registros médicos por (mudanza, cambio a otro PCP, etc.), debo de completar una forma de divulgación de información diferente, que puede ser obtenida en nuestra oficina, o puede enviar una carta que incluya su nombre, fecha de nacimiento, motivo de la liberación y su firma.

Firma del Paciente/Representante Autorizado: _____

Fecha de Hoy: _____