

¡Bienvenido a Nuestra Oficina!



Los siguientes documentos contienen:

✓ **Registración para nuevos pacientes**

(Traiga la primera cita del niño)

✓ **Registro Medico**

(Reenviar al médico anterior)

✓ **Pólizas de la oficina**

(Para que lo guarden los padres)

Todos los pacientes nuevos deben cambiar su médico de atención primaria (PCP) para:

Dr. Fernando Arroyo

Dr. Alicia Ong

Dr. Agustin Martin

Antes de la primera visita al consultorio.

(Esto se puede hacer llamando al seguro de su hijo)

Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta al

Lutz Office - Ph: 813-964-1800; Fax: 813-964-1880

Brandon Office - Ph: 813-684-5659; Fax: 813-685-2640

Tampa Office - Ph: 813-849-5437; Fax: 813-849-2624

¡Esperamos verte!

www.allwellpeds.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____	Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Fecha de nacimiento _____	Seguro Social _____
DIRECCIÓN	

Condado de la ciudad _____	
Estado _____	Código Postal _____
Teléfono de casa _____	Teléfono celular _____
Correo electrónico _____	¿Podemos comunicarnos con usted en esta dirección? <input type="checkbox"/>
¿Quieres inscribirte en nuestro servicio de comunicación online de oficina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Escuela del paciente _____	grado _____
Guardería _____	

<u>Estado civil de los padres</u> (Marque uno) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
Nombre de la madre _____	Fecha de nacimiento: _____
Teléfono del trabajo _____	
Empleador de la madre _____	Ocupación _____
Nombre del padre _____	Fecha de nacimiento: _____
Teléfono del trabajo _____	
Empleador del padre _____	Ocupación _____

<u>Información del seguro</u> (¡¡DEBE ESTAR COMPLETAMENTE COMPLETADO!!)	
Nombre del seguro _____	
Teléfono del seguro _____	
Número de póliza/identificación _____	
Número de grupo _____	
Dirección de reclamo _____	
Nombre del responsable de la póliza _____	
Fecha de nacimiento del responsable _____	
Número de póliza/ID del responsable (puede ser número de seguro social) _____	
Nombre del seguro secundario _____	
Persona Responsable de esta factura _____	

*Nombre, número de teléfono contacto de emergencia: _____ Otros contactos: _____ ¿Qué información podemos proporcionar? _____ *Farmacia de elección: _____ Número de teléfono/fax: _____ Ubicación: _____

Fuente de referencia _____ Fecha de hoy _____ Persona que proporciona la información _____ _____

HISTORIA DE SALUD

Fecha de hoy _____
Persona que proporciona información _____
Nombre del paciente _____ **Fecha de nacimiento** _____
Sexo: M F
Contacto de emergencia _____
Teléfono # _____

HISTORIA DEL PACIENTE RELATIVA A SU NACIMIENTO:
--

Complicaciones del embarazo o parto: Sí No. **En caso afirmativo explicar:** _____

Embarazo #: **Tipo de parto:** Vaginal A término Prematuro: semanas
Nombre del hospital _____ **Peso al nacer** _____ **Longitud** _____
Peso de alta _____ **Tipo de sangre** _____ **Ictericia:** S N
Examen de audición: Aprobado Reprobado No realizado
Prueba de detección metabólica del recién nacido: Normal Anormal

HISTORIA PASADA DEL PACIENTE:

Fecha de hospitalización nombre del hospital Causa _____
Fecha de hospitalización _____ **Nombre del hospital** _____ **Causa** _____
Fecha de hospitalización _____ **Nombre del hospital** _____ **Causa** _____

Fecha de Cirugía _____ **Edad** _____ **Tipo de Cirugía** _____
Fecha de Cirugía _____ **Edad** _____ **Tipo de Cirugía** _____
Fecha de Cirugía _____ **Edad** _____ **Tipo de Cirugía** _____

HISTORIA ACTUAL DEL PACIENTE

Vacunas: ¿Al día? S N ¿Reacciones adversas anteriores? Sí No

Comentarios _____

Medicamentos: (recetados, sin receta, vitaminas, fluoruro, anticonceptivos, productos alternativos/naturales/herbolarios) _____

Alergias, tipo de reacción: _____

Otras alergias _____

ANTECEDENTES SOCIALES DEL PACIENTE:

Personas en el hogar: Adultos Niños Idioma/s hablado/s en casa _____

Tipo de Vivienda: Casa Apartamento Otro _____

Tipo de Agua: Pozo Ciudad **Exposición al humo del tabaco:** S N

Armas de fuego en el hogar: Sí **Mascotas:** _____

ANTECEDENTES FAMILIARES DEL PACIENTE:

Por favor complete lo siguiente:

Relación con el paciente	Nombre	Edad	Lista de Problemas Crónico de Salud	Viviendo?
Madre				
Padre				
Hermano (a) 1				
Hermano (a) 2				
Hermano(a) 3				
Hermano (a) 4				

Historia médica familiar

Marque todo lo que corresponda a la familia inmediata/quién en la familia está afectado:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias/fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Cardiopatía |
| <input type="checkbox"/> Asma/bronquitis | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Desorden sangrante | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad hereditaria |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Nefropatía/(problemas renal) |
| <input type="checkbox"/> Eczema/Problemas de la piel | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> Trastornos congénitos | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

PREOCUPACIONES Y SÍNTOMAS DEL PACIENTE

¿Le preocupa alguno de los siguientes?

Oído Habla Visión Desarrollo Comportamiento Aprendizaje

Dar historia detallada:

¿Su hijo sufre o padece alguno de los siguientes? Por favor marque todos los que apliquen:

- Anemia
- Estreñimiento o diarrea
- Frecuente Infecciones de oídos
- Vómitos
- Problemas oculares/usa lentes correctivos
- Hepatitis o problemas del hígado
- Infecciones frecuentes de garganta o amígdalas
- Se orina en la cama(enuresis),solo mayores de 6 años
- Sinusitis o secreción nasal crónica
- Convulsiones o ataques epilépticos
- Neumonía, asma, sibilancias
- Enfermedad mental
- Alergias de cualquier tipo, detalle
- Fracturas o problemas con dificultad al caminar

Soplo cardíaco o problemas cardíacos

Eccema o problemas de la piel

Dolores de cabeza

Intolerancia a la comida

—

Comentarios:

AUTORIZACIÓN

Autorizo obtener cualquier información médica necesaria para procesar un reclamo de seguro. Autorizo a la compañía de seguros a realizar pagos en mi nombre al médico que presta el servicio. El pago de cualquier saldo es mi responsabilidad.

Le autorizo a brindarme atención médica razonable y adecuada según los estándares de atención actuales.

Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. He leído y entiendo la póliza financiera de la oficina.

Firma y fecha _____

Enumere las personas autorizadas para traer a su hijo para recibir tratamiento (aparte de los padres):

_____ Relación _____
_____ Relación _____

Firma y fecha _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Reconozco que se me ha proporcionado el Aviso de prácticas de privacidad de la práctica que proporciona una descripción de los usos y divulgaciones de la información médica protegida. Entiendo que la práctica se reserva el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad que será efectivo para la información de salud que la práctica ya tiene sobre mí, así como cualquier información que reciba en el futuro. La práctica publicará una copia actual del Aviso. Entiendo que puedo obtener una copia del Aviso actual vigente si lo solicito.

Firma del paciente/tutor legal _____

Fecha _____

POLIZA FINANCIERA DE LA OFICINA

Nuestro objetivo es brindar atención médica de la más alta calidad de la manera más eficiente y efectiva posible. Para mantener este estándar de atención médica, debemos operar una oficina eficiente desde una perspectiva comercial. En esta oficina se cumplen todas las leyes HIPPA. Están vigentes medidas para proteger su identidad. La siguiente información le proporcionará algunas de las pautas financieras de nuestra oficina:

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN POR SMS

Al proporcionar mi número de teléfono móvil, acepto recibir mensajes de texto relacionados con servicios de salud de All Well Pediatrics, incluyendo recordatorios de citas, notificaciones de resurtido de recetas, notificaciones de resultados de laboratorio, alertas del portal del paciente y otras comunicaciones relacionadas con la atención médica.

La frecuencia de los mensajes puede variar. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos. Responda STOP para cancelar la suscripción en cualquier momento. Responda HELP para obtener ayuda.

El consentimiento para recibir mensajes SMS es opcional y no es una condición para recibir tratamiento médico.

La información de suscripción móvil no será compartida ni vendida a terceros.

Firma del Paciente/Tutor: _____

Fecha: _____

Cargos de oficina

A menos que tenga un plan de seguro con el que esta oficina tenga contrato, el pago debe realizarse en el momento del servicio. Cualquier copago requerido por una compañía de seguros debe pagarse al momento del servicio. Debido a que este es un requisito del seguro, no podemos facturarle por ello. El pago podrá realizarse mediante cheque, efectivo, VISA, MasterCard, American Express y Discover. Le facturaremos a su compañía de seguros principal como cortesía hacia usted. Usted acepta pagar cualquier parte de los cargos que requiera su seguro, como deducibles, etc.

A los cheques devueltos por el banco por cualquier motivo se les aplicará un cargo por servicio no reembolsable. Tenemos derecho a cancelar su privilegio de pagar con cheque o cargarlo a su cuenta en cualquier momento. Las visitas futuras deberán pagarse en el momento del servicio.

Se pueden hacer arreglos para circunstancias especiales antes de su visita; hable con la oficina si tiene más preguntas.

Cargo por cita perdida: A los pacientes que no cancelen las citas programadas dentro de las

All Well Pediatrics

24 horas de anticipación se les cobrará un cargo. Esta tarifa debe pagarse antes de programar una nueva cita. A los pacientes con tres citas perdidas se les puede pedir que transfieran sus registros a otro médico.

Es posible que se cobren tarifas por completar formularios adicionales. Se realizará una estimación de estos cargos antes de completar los formularios.

LOS CARGOS SOBRE LOS ESTADOS DE CUENTA MENSUALES DEBEN PAGARSE DENTRO DE LOS 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DEL ESTADO DE CUENTA Y SE CONSIDERAN DELIQUENTE DESPUES DE ESE TIEMPO.

All Well Pediatrics

Gracias a nuestros maravillosos padres y preciosos pacientes por hacer de nuestra práctica un gran éxito. Seguimos agregando nuevas familias a nuestra práctica todos los días. En un esfuerzo por garantizar que nuestra práctica funcione de manera eficiente y brindarle el más alto nivel de atención, le pedimos que tenga en cuenta la siguiente información:

1. No llamamos medicamentos a la farmacia sin valorar y evaluar minuciosamente el estado del niño. Nos preocupamos profundamente por cada paciente y no consideraríamos poner en riesgo a un niño prescribiéndole medicamentos innecesarios o posiblemente perdiendo la oportunidad de diagnosticar una afección médica invisible. Si cree que su hijo está lo suficientemente enfermo como para necesitar un medicamento recetado, venga al consultorio para programar una cita.
2. Los reabastecimientos de medicamentos mensuales deben tener un plazo de 24 horas para completarse. Llame antes de que su hijo se quede sin medicamentos. Se debe seguir de cerca a los niños que toman medicamentos para ADD/ADHD. Se requiere una cita de control médico cada 3 meses.
3. Si sospecha que un hermano que asiste a la cita de su hijo enfermo también está enfermo, programe una cita individual para ese niño. Esto es necesario para que cada niño pueda tener su parte de tiempo con el médico y cada niño pueda ser examinado minuciosamente.
4. Por favor sea puntual para su cita. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, es posible que sea necesario reprogramarla. Si decide no reprogramar, es posible que tenga que esperar mucho para ser atendido, ya que tendremos que atender a nuestros pacientes que llegaron a tiempo.
5. Personas sin cita previas. Para que la oficina funcione sin problemas, todas las citas deben programarse con anticipación. Por supuesto, si su hijo está experimentando una situación de emergencia, lo veremos lo antes posible. Si es posible, llame de camino a la oficina.
6. En un esfuerzo por brindarles a todos los pacientes la oportunidad de concertar una cita, debemos insistir en que las citas innecesarias se cancelen con 24 horas de antelación. Un niño enfermo que necesitaba ser atendido podría haber utilizado un espacio de cita de “no presentación” (si la cita se hubiera cancelado). En el caso de cancelaciones recurrentes sin previo aviso o “no presentaciones” repetidas, se aplicará una tarifa a su cuenta.
7. Si necesita formularios azules y dorados, formularios de deportes y/o campamentos, infórmeles a la recepcionista cuando programe la cita para la visita de bienestar del niño. Esto le permite a la enfermera comenzar a preparar los formularios y tenerlos listos para usted al final de la visita. Se proporciona un juego de formularios "Azul y Dorado" sin costo por visita de control y por año. Si se solicitan formularios adicionales en una fecha posterior, se cobrará una tarifa por formulario. Necesitaremos 24 horas para completar estos formularios.
8. Reserve el uso del servicio de contestador automático para emergencias. No dude en llamar si tu hijo está enfermo, estás preocupado y crees que puede requerir atención inmediata. Tenga a mano toda la información pertinente para transmitírsela al médico cuando vuelva a llamar. Si llama al médico fuera del horario de atención, el niño debe acudir a una cita al día siguiente para ser evaluado minuciosamente.
9. Llame durante el horario comercial habitual para resurtidos de medicamentos, dosis de medicamentos, consejos y preguntas sobre asuntos que no sean urgentes. Las llamadas se devolverán al final del día hábil.

Gracias por permitirnos participar en el cuidado de su hijo. Esperamos tener una relación continua con usted y su hijo. No dude en comunicarse con nosotros para ofrecernos comentarios y/o sugerencias sobre cómo lo estamos haciendo.

Atentamente,

All Well Pediatrics y personal.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

En vigor desde el 14 de abril de 2003

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO DETENIDAMENTE.

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Es posible que sepa que los reguladores del gobierno de EE. UU. establecieron reglas de privacidad ("HIPPA") que rigen la información médica protegida. Este aviso le informa cómo se puede utilizar y sobre ciertos derechos que tiene.

Uso y revelación de información protegida:

La ley federal establece que podemos utilizar su información médica (información de salud protegida) para su tratamiento, sin previo aviso específico ni autorización por escrito de su parte. Por ejemplo, si lo remitimos a un especialista, podemos proporcionarle datos de laboratorio o pruebas a ese especialista (sujeto a leyes más estrictas de Nueva York, como la restricción de divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA).

La ley federal establece que podemos utilizar su información médica para operaciones de atención médica sin previo aviso específico ni autorización por escrito de su parte. Por ejemplo, según su plan de salud, debemos proporcionarles un código de diagnóstico para su visita y una descripción de los servicios prestados.

La ley federal establece que podemos utilizar su información médica para operaciones de atención médica sin previo aviso específico ni autorización por escrito de su parte. Por ejemplo, nuestros contadores pueden ver su nombre, fechas de tratamiento y códigos de procedimiento durante las auditorías de nuestros libros o podemos usar su información para servicios financieros, control de calidad, reducción de riesgos y gestión de reclamos con nuestra aseguradora de responsabilidad profesional médica.

Podemos usar o revelar su información médica, sin previo aviso o autorización específica de su parte, cuando:

Requerido por la ley;

Requerido para fines de salud pública;

Requerido por ley para denunciar abuso infantil;

Requerido por una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por personas no especializadas, como el Departamento de Salud, la Oficina de Disciplina Profesional o la Oficina de Conducta Médica Profesional.

Requerido por ley en procedimientos judiciales o administrativos;

Requerido por un forense o médico forense;

Permitido por ley a un director de funeraria;

Permitido por ley para fines de donación de órganos;

Permitido por la ley para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad;

Permitido por la ley y requerido por las autoridades militares si es miembro de las fuerzas armadas de EE. UU.

La ley del estado de Nueva York brinda protección adicional para la información que requiere VIH/SIDA. Continuaremos siguiendo la ley del estado de Nueva York con respecto a dicha información.

Podemos comunicarnos con usted por correo o teléfono, en su residencia, para recordarle citas o brindarle información sobre alternativas de tratamiento. A menos que nos indique lo contrario, podemos dejarle un mensaje en cualquier dispositivo contestador o con cualquier persona que conteste el teléfono en su residencia.

Puede realizar solicitudes razonables, por escrito, para que utilicemos métodos alternativos para comunicarnos con usted de manera confidencial. Otros usos o revelaciones de su información médica se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Tiene derecho a revocar cualquier autorización escrita que haya otorgado.

All Well Pediatrics

Derechos que tienes:

Tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos o revelaciones descritos anteriormente. Excepto lo que se indica a continuación, no estamos obligados a aceptar dichas restricciones.

Tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de su información médica.
(Se cobrará una tarifa razonable).

Tiene derecho a solicitar modificaciones a su información médica. Dichas solicitudes deben realizarse por escrito y deben indicar el motivo de la modificación solicitada. Le notificaremos si estamos de acuerdo o en desacuerdo con la enmienda solicitada. Si no estamos de acuerdo con alguna enmienda solicitada, le notificaremos sus derechos.

Usted tiene derecho a solicitar un informe de cualquier divulgación que hagamos de su información médica, excepto: divulgaciones que le hagamos a usted, o para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, o según lo solicite su autorización por escrito, o según lo permitido. o requerido bajo 45 CFR§164.502, o para fines de emergencia o notificación, o para fines de seguridad nacional o inteligencia según lo permita la ley, o para instalaciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley según lo permita la ley [o para fines de salud pública después de haber sido anonimizado o limitado a eliminar documentos de identificación personal información] o divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003.

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso en nuestra oficina.

Obligaciones que tenemos:

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida y a proporcionar a las personas avisos sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad.

Estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso mientras esté vigente.

Nos reservamos el derecho de revisar este aviso y de hacer efectivo un nuevo aviso para toda la información de salud protegida que mantenemos. Cualquier aviso revisado se publicará en nuestra oficina y habrá copias disponibles.

Si desea presentar una queja sobre violaciones de sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. También puede presentar una queja ante nosotros. Las quejas deben dirigirse a nuestra responsable de privacidad, Gowtham Pandian. Puede comunicarse con ella al 813-964-1800 si desea obtener más información o tiene alguna pregunta o inquietud. No se tomarán represalias contra usted por cualquier queja que pueda presentar.