

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Fern Masc

Historia Prenatal, Perinatal y Postnatal: Si No

Hubo problemas durante el embarazo o parto?

Si la respuesta es afirmativa explique: _____

_____ a termino? _____ prematuro?

Tipo de Parto:

Vaginal _____ Cesárea _____

Peso al nacer _____ Talla _____

Problemas:

Ictero Distress respiratorio

Problemas de alimentación Rash

Pelviano

Hospitalizaciones u operaciones:

Hospital _____ Motivo _____ Año _____

Medicamentos y dosis actuales:

Alergias a Medicamentos?:

Inmunizaciones

Está su hijo actualizado es sus vacunas?

Inseguro?

Historia socio-ambiental:

Con quién vive el niño? _____

Está la casa libre de tabaco? Si No

Hay detectores de humo en la casa? Si No

Usa el asiento de seguridad y cinturones? Si No

Esta su hijo en la escuela o guardería? Si No

Su hijo usa casco cuando monta bicicleta? Si No

Tiene armas en su casa? Si No

Tiene el número de teléfono del centro de control de

tóxicos y venenos cerca de su teléfono? Si No

Historia Médica:

Chequee si su hijo ha padecido:

Asma

Anemia

Varicela

Diabetes

Diarrea Crónica

Problemas en los oidos

Eczema (Piel seca)

Epilepsia

Problemas visuales o en los ojos

Problemas de riñones o vejiga

Entermedades hepáticas o ictericia

Fiebre Reumática

Tuberculosis

Otros (Explique)

Historia Familiar:

Marque las que aplican	Hermanos	Padre	Madre	Abuelos Paternos	Abuelos Maternos
Enfermedades Cardiacas					
Hipertensión					
Derrame Cerebral					
Cáncer					
Glaucoma					
Diabetes					
Epilepsia					
Trastornos Hemorrágicos					
Enfermedades Renales					
Enfermedades del Tiroides					
Enfermedades Mentales					
Enfermedad de Parkinson					
Enfermedad de Alzheimer					
Colesterol Elevado					
Otras					

LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO

Fecha: _____

Lugar: Suburban Preston Broadway
Medico: _____
(paciente siempre ve): _____

Información del niño(a)

Apellidos: _____ Primer nombre: _____
Dirección: _____ Apartamento: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de la casa: _____ Mamá Papá - Teléfono del Trabajo: _____ Mamá Papá
Teléfono celular: _____ Mamá Papá - Otros: _____
Sexo: _____ Médico primario: _____ Seguro social _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Vive con: Ambos padres Mamá Papá Padrastro/Madrastra

Alerta médica: _____

Información acerca de los padres

Apellidos: _____ Primer nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____
Fecha de nacimiento: _____ Seguro social: _____
Empleador: _____ Mamá Papá

Información acerca del seguro: (Primario)

Nombre del Seguro: _____
Dirección: _____
Póliza# _____ Grupo#: _____
Fecha de vigencia _____
Relación del paciente con el jefe del seguro: _____
Nombre del jefe del seguro: _____
Dirección del jefe del seguro: _____
Teléfono: _____
Fecha de nacimiento del jefe del seguro: _____
Empleador del jefe del seguro: _____
Dirección del jefe del empleador: _____

Información acerca del seguro: (Secundario)

Nombre del Seguro: _____
Dirección: _____
Póliza# _____ Grupo#: _____
Fecha de vigencia _____
Relación del paciente con el jefe del seguro: _____
Nombre del jefe del seguro: _____
Dirección del jefe del seguro: _____
Teléfono: _____
Fecha de nacimiento del jefe del seguro: _____
Empleador del jefe del seguro: _____
Dirección del jefe del empleador: _____

Información de emergencia:

Persona a contactar: _____ Relación con el Paciente: _____
Teléfono: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre de otros médicos que atienden al paciente:

Lista de hermanos(as) que vienen a la oficina:

Apellidos: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellidos: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellidos: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellidos: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellidos: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

... Por favor completar el otro lado ...

Política de la compañía acerca de las citas a las cuales no asiste

Entiendo que es mi responsabilidad notificar, por adelantado, a la Oficina (PSC), en caso de que necesite cancelar la cita. Soy responsable de pagar 20.00\$ los cuales serán aplicados a mi cuenta, por las citas perdidas que no se notifiquen a la oficina.

Firma de la persona autorizada: _____ Fecha: _____

Liberación de información

Yo autorizo a liberar información médica necesaria para procesar cualquier reclamo con el seguro. Autorizo pagos por beneficios medicos a la oficina por servicios ofrecidos, por reclamo normal, electronico o a traves de una tercera parte. Solicito los pagos hechos a PNS. La persona que firma es responsable por todos los pagos a pesar de que el seguro pague. Copia de esta autorización es válida al igual que el original.

Firma de la persona autorizada: _____ Fecha: _____

Autorización de tratamiento

Yo autorizo _____ a traer a mi hijo(a) a la oficina para tratamiento por el médico.

Firma de la persona autorizada: _____ Fecha: _____

Como escuchó acerca de nuestra práctica?

- Referido por otro paciente / amigo / pariente?
- Referido por otro médico?
- Seguro médico o proveedor?
- Médico que trabaja en el hospital?
- Páginas Amarillas? Anuncios?
- Sitio conveniente?
- Tipo de servicio disponible?
- Otros, especificar: _____

Nombre de la persona quien lo refirió a la oficina

- Dr. Mr. Mrs. _____

Planilla De Consentimiento Familiar

PNS-138 (Rev. 12-2-10)

El aviso de prácticas Privadas "Especialistas Pediátricos y Neonatales P.N.S." provee información con respecto a la manera en que podemos usar y distribuir de forma protegida la información sobre su salud. El aviso contiene una sección denominada "Derechos de los pacientes" donde se describen sus derechos de acuerdo a las leyes . Usted tiene derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento, los términos del mismo pueden cambiar, si esto ocurre usted puede obtener una copia contactando nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros restrinjamos la forma en que su información será usada o distribuida para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud, no necesariamente estaremos de acuerdo con las restricciones, pero si lo estamos, será un honor ayudarle.

Firmando este documento, usted nos autoriza a utilizar y distribuir de forma protegida su información sobre tratamientos, pagos y cuidados de salud. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no afectará las distribuciones que ya hayan sido realizadas con el anterior consentimiento. La oficina provee esta planilla en correspondencia con el acta de Portabilidad y Contabilidad de seguro de salud de 1996 (HIPAA) por sus siglas en inglés.

El paciente debe entender que:

- La información de salud confidencial puede ser utilizada o distribuida para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud.
- La oficina posee un aviso de Prácticas Privadas y el paciente tiene la oportunidad de revisarlo.
- La oficina se reserva el derecho de cambiar el aviso de Políticas de Privacidad.
- El paciente tiene el derecho de restringir el uso de su información , pero la oficina no está obligada a estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces todas las distribuciones futuras cesarán.

Este consentimiento fue firmado por: _____
Su nombre -paciente o representante

Relación con el paciente (si es otra persona): _____

Fecha: _____

En la presencia de: _____

PEDIATRIC & NEONATAL SPECIALISTS, P.S.C.

GUIA FINANCIERA

Gracias por elegir a "Pediatric & Neonatal Specialists" para la atención médica de sus hijos. A continuación se le provee de la información necesaria relacionada con nuestros requerimientos financieros. Si Ud tiene alguna pregunta, por favor llame a nuestro Dpto. de facturación al teléfono (502) 893-5202 de lunes a viernes en el horario de 8 de la mañana a 4:30 de la tarde.

A los pacientes con seguro médico se les pedirá que presenten la(s) tarjeta(s) del(los) seguro(s), en cada visita al Dr. En nuestras oficinas se acepta todo tipo de seguro médico. Si cambia de seguro o de plan dentro del mismo seguro, por favor presente a la recepcionista la nueva tarjeta, en el momento de la visita al Dr.

Si Ud tiene mas de un seguro médico, Ud debe presentar las tarjetas de ambos-seguros, uno será PRIMARIO (se factura primero) y el otro será SECUNDARIO (es decir que se facturará sólo si el primero no cubre todos los cargos). Si uno de los 2 es PASSPORT o MEDICAID, éstos siempre serán secundarios. Si Ud no presenta la tarjeta de su seguro primario y Passport es facturado primero, éste denegará el pago de la factura presentada. La misma se le enviará a Ud. para su pago inmediato, hasta tanto la tarjeta de su seguro primario sea presentada a la oficina del Dr.

Los padres o custodio legal serán responsables por todos los cargos. Como cortesía hacia nuestros pacientes, nosotros enviaremos la factura por los servicios prestados a las compañías de seguro. Cualquier cargo que no sea cubierto por el seguro, sera facturado y enviado a los padres o custodio legal para su pago inmediato. Nosotros no actuamos como intermediarios entre el asegurado y la compañía de seguros. Si Ud no está satisfecho con los resultados de la facturación, o entiende que algún cargo no fue debidamente cubierto por su seguro, por favor contacte a un representante de atención al cliente de su compañía de seguros.

Los padres o custodio legal recibirán una factura por el balance en su cuenta que no sea pagado por su compañía de seguros. El pago por el valor facturado debe efectuarse una vez recibida la factura. Los padres o custodio legal del(la) niño(a) deberán registrarse en nuestra práctica inicialmente. Los cuales serán reconocidos como la "Parte Responsable" independientemente de que, después, cualquier otra persona traiga al niño(a) a las visitas al Dr. o que otra persona haya sido legalmente designada como financieramente responsable. Nosotros solamente enviaremos factura por los servicios prestados (que no son cubiertos por un seguro médico) a la "Parte Responsable".

El co-pago (co-payment) será pagado en el momento de la visita al Dr. Nosotros no facturamos por co-pago, si Ud no tiene la posibilidad de pagar por el co-pago en el momento de la visita al Dr., a Ud se le pedirá cambiar la cita para otra ocasión. Nosotros aceptamos, efectivo, cheque, money-order, MasterCard o visa. Los cheques deben tener el nombre su dirección actual impresa.

Serán cargados \$20 a su cuenta por no asistir a la cita planificada. Para evitar este cargo deberá llamar con no menos de 24 horas de antelación, para cancelarla o cambiarla para otra fecha.

Es responsabilidad de los padres o custodio legal asegurarse de que el Dr. elegido por Ud. se encuentra en la lista de proveedores participantes (in-network provider) de su compañía de seguros y de conocer qué beneficios están cubiertos, incluyendo el co-pago. Nosotros le sugerimos que contacte a su compañía de seguros para obtener esa información, antes de llamar para solicitar una cita en nuestra práctica. Ud debe conocer que algunos servicios, vacunas o co-pagos no son cubiertos por la mayoría de los seguros. Los co-pagos varían de acuerdo al plan de seguro y en los menos casos éstos son cubiertos.

Una vez pasados 2 meses con un saldo en su cuenta a pagar por la parte responsable (padres o custodio legal) se le enviará una carta notificándole que su cuenta a pasado a PRE-COLECCIONES. Ud tendrá siete (7) días a partir de la fecha de emitida la carta, para efectuar el pago por el balance de su cuenta. Una vez transcurrido este tiempo, si Ud no ha efectuado el pago, el saldo de su cuenta será enviado a una agencia, fuera de nuestra práctica, la cual se encargará de colectar el balance pendiente de pago. Así mismo Ud, será notificado del cese de la atención médica a su(s) hijo(s) por parte de esta práctica.

**Firma del(la) padre/madre : _____
o custodio legal**

Fecha: _____