



Registro de pacientes

Complete el siguiente formulario.

Fecha de Hoy _____
Nombre del Paciente _____
Fecha de Nacimiento _____
Gender Masculino o Femenino _____
Dirección _____
Ciudad, Estado, _____
Código Postal _____

Información del Contacto:

Nombre de la Madre: _____
Número Célular: _____
Correo Electrónico: _____
Ocupación: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Seguro Social: _____

Nombre del Padre: _____
Número Célular: _____
Correo Electrónico: _____
Ocupación: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Seguro Social: _____

Farmacia:

Nombre: _____
Calle/Ciudad: _____
Teléfono: _____
Fax: _____



Historial del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Completado Por: _____

Relación: _____

<p>Pediatra anterior:</p> <p style="text-align: center;"><u>EMBARAZO Y PARTO</u></p> <p>¿La edad de la madre en el embarazo?</p> <p>¿Alguna enfermedad durante el embarazo? s / n</p> <p>¿Medicamentos durante el embarazo? s / n</p> <p>¿Fumar alcohol, drogas durante el embarazo? s / n</p> <p>¿El bebé llegó temprano, tarde o a tiempo? Tipo de entrega:</p> <p>Vaginal / cesárea Peso al nacer:</p> <p>¿Problemas / Complicaciones con el bebé al nacer?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiración: s / n - Ictericia: s / n - ¿Otro? <p>¿Algún problema poco después del nacimiento?</p> <p>¿Guardería u hogar? ¿De qué tipo?</p>	<p>Última visita al dentista:</p> <p>Último examen de la vista:</p> <p>MÉDICO FAMILIAR: Haga una lista de todos los parientes consanguíneos de su hijo que tengan: (P) Padre, (M) Madre, (HO) Hermano, (HA) Hermana, (MM) Madre de la madre, (PM) Padre de la madre, (MP) Madre del padre, (PP) Padre del padre, Tía, Tío</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Asma</td> <td style="width: 50%;">Defectos de nacimiento</td> </tr> <tr> <td>Alergias (estacionales)</td> <td>Sordera</td> </tr> <tr> <td>Muerte súbita del lactante</td> <td>prematura</td> </tr> <tr> <td>Alergias a los alimentos</td> <td>Cáncer</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td>Anemia/trastorno sanguíneo</td> </tr> <tr> <td>Epilepsia/convulsiones</td> <td>Retraso mental</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardíaca</td> <td>Fibrosis quística</td> </tr> <tr> <td>Presión arterial alta</td> <td>Artritis</td> </tr> <tr> <td>Colesterol alto</td> <td>Distrofia muscular</td> </tr> <tr> <td>Tuberculosis</td> <td>Toxicomanía</td> </tr> <tr> <td>VIH/SIDA</td> <td>Alcoholismo</td> </tr> <tr> <td>Migrañas/dolores de cabeza</td> <td></td> </tr> </table>	Asma	Defectos de nacimiento	Alergias (estacionales)	Sordera	Muerte súbita del lactante	prematura	Alergias a los alimentos	Cáncer	Diabetes	Anemia/trastorno sanguíneo	Epilepsia/convulsiones	Retraso mental	Enfermedad cardíaca	Fibrosis quística	Presión arterial alta	Artritis	Colesterol alto	Distrofia muscular	Tuberculosis	Toxicomanía	VIH/SIDA	Alcoholismo	Migrañas/dolores de cabeza	
Asma	Defectos de nacimiento																								
Alergias (estacionales)	Sordera																								
Muerte súbita del lactante	prematura																								
Alergias a los alimentos	Cáncer																								
Diabetes	Anemia/trastorno sanguíneo																								
Epilepsia/convulsiones	Retraso mental																								
Enfermedad cardíaca	Fibrosis quística																								
Presión arterial alta	Artritis																								
Colesterol alto	Distrofia muscular																								
Tuberculosis	Toxicomanía																								
VIH/SIDA	Alcoholismo																								
Migrañas/dolores de cabeza																									
<p style="text-align: center;"><u>HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO</u></p> <p>Reacciones alérgicas a (si es así, de qué tipo)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina: s / n - Víveres: s / n - Animales: s / n - Picaduras: s / n <p>¿Medicamentos que se toman regularmente? (excluyendo vitaminas)</p> <p>¿Inmunizaciones al día? s / n</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Tienes un registro? s / n <p>¿Hospitalizaciones? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué?</p> <p>¿Lesiones graves? ¿Cuándo dónde?</p> <p>Tos ferina: s / n</p> <p>¿Fiebre reumática? s / n</p> <p>¿Infecciones recurrentes?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oreja s / n - Garganta s / n <p>Tendencia al sangrado: s / n</p> <p>Problemas con la audición: s / n</p> <p>Problemas con la visión: s / n</p> <p>Varicela: s / n</p> <p>Asma: s / n</p> <p>Eccema: s / n</p> <p>Convulsiones: s / n</p> <p>Anemia: s / n</p> <p>Hepatitis: s / n</p> <p>Paperas: s / n</p> <p>_____</p> <p>Otros antecedentes significativos:</p>	<p style="text-align: center;"><u>DESARROLLO Y COMPORTAMIENTO</u></p> <p>Edad a la que niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentado Solo - Caminó - Oraciones usadas - Entrenado para ir al baño <p>¿El desarrollo es normal para su edad? s / n</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo son las calificaciones en la escuela? - ¿Problemas en la escuela? s / n <p>¿Problemas de conducta? s / n</p> <p style="text-align: center;"><u>ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN</u></p> <p>¿Cólicos o problemas de alimentación durante los primeros 3 meses? s/n</p> <p>¿Amamantado? s / n - Número de meses:</p> <p>¿Fórmula alimentada? s / n – Marca actual:</p> <p>¿Vitaminas? S / n ¿Las vitaminas tienen Flúor? s / n</p> <p>¿Dieta especial? s / n</p> <p style="text-align: center;"><u>PERFIL FAMILIAR</u></p> <p>Los padres son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Casado? s / n - ¿Separado? s / n - ¿Divorçado? s / n - <p>Edad actual del padre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grado escolar más alto <p>Edad actual de la madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grado escolar más alto <p>(Enumere todos los hermanos y hermanas y sus edades):</p>																								

Parte Responsable (El Garante)

La parte responsable (Garante) es la persona que acepta aceptar la responsabilidad financiera por el pago de todos los servicios prestados en Hunt Club Pediatric Associates. Esta persona puede no ser necesariamente el titular de la tarjeta de seguro. La Parte Responsable debe leer y firmar a continuación.

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico: _____ Ocupación: _____

Seguro Social: _____ # Cell / Casa: _____

Certifico que la información que he reportado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo y permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original. También reconozco que todos los cargos están sujetos a un cargo por servicio del 1.5% por mes después de 60 días a partir de la fecha del servicio. Además, acepto pagar cualquier costo de cobro y honorarios legales incurridos por esta oficina con respecto a estos cargos.

FIRMA: _____

FECHA DE HOY: _____

Asignación de Beneficios de Seguro

Por la presente autorizo el pago directo de beneficios quirúrgicos/médicos a HUNT CLUB PEDIATRICS por los servicios prestados por ellos en persona o bajo su supervisión. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi seguro.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

FECHA DE HOY: _____

Defensa de los Niños

Como defensores de nuestros pacientes jóvenes, Hunt Club Pediatrics no intervendrá en ninguna disputa de custodia, o disputa de responsabilidad financiera, entre padres u otras partes responsables. La oficina enviará estados de cuenta a la dirección proporcionada. Sin embargo, no buscaremos a más de una parte para cumplir con la responsabilidad financiera.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

FECHA DE HOY: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a Hunt Club Pediatrics a divulgar cualquier información médica o incidental que pueda ser necesaria para la atención médica, los formularios escolares o el procesamiento de solicitudes de beneficio financiero.

1. COMPLETOS DE LA POLÍTICA DE HIPAA EN EXHIBICIÓN EN NUESTRA SALA DE ESPERA.
2. La firma a continuación es el reconocimiento de que ha recibido este Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA
3. Una fotocopia de estos encargos será válida como original

Nombre del paciente/niño: _____

La Fec. Nac.: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha de Hoy: _____

PERSONAS AUTORIZADAS

Es la ley y la política que usted debe autorizar qué miembros de la familia y otras personas que pueden hacer citas y acompañar a su(s) hijo(s) a sus citas. Por lo tanto, las siguientes personas (que no sean los padres) están autorizadas a actuar en su lugar con respecto a todos y cada uno de los asuntos médicos. Tenga en cuenta que no tenemos control sobre estas personas, cualquier información de salud privada divulgada bajo esta autorización ya no está protegida por la Regla de privacidad.

1. Nombre: _____

Relación al paciente: _____

2. Nombre: _____

Relación al paciente: _____

3. Nombre: _____

Relación al paciente: _____

4. Nombre: _____

Relación al paciente: _____

5. Nombre: _____

Relación al paciente: _____

La Fec. Nac.: _____

Teléfono #: _____

La Fec. Nac.: _____

Teléfono #: _____

La Fec. Nac.: _____

Teléfono #: _____

La Fec. Nac.: _____

Teléfono #: _____

La Fec. Nac.: _____

Teléfono #: _____

Hunt Club Pediatrics, LLC

AVISO A TODOS LOS PADRES

POLÍTICA DE NO SHOW

A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2019, HABRÁ UNA TARIFA DE **\$50.00** SI HAY UN "NO SHOW" O CANCELACIÓN EN LAS CITAS DEL MISMO DÍA. TODAS LAS CITAS FUTURAS REQUIEREN UN AVISO DE CANCELACIÓN DE 24 HORAS ANTES DE LA CITA O SE APLICARÁ UNA TARIFA DE \$ 50.00.

POLÍTICA DE TELE – CARE CALL

A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2019

TODAS LAS LLAMADAS DESPUÉS DEL HORARIO COMERCIAL NORMAL SOLICITANDO CONSEJO MÉDICO SERÁN REFERIDAS AL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE TELECUIDADO DE ARNOLD PALMER. HAY UNA TARIFA DE \$ 20.00 POR LLAMADA.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir a Hunt Club Pediatrics como su proveedor de salud. Lo siguiente es una declaración de su Polica Financiera, al cual requerimos que lea y firme antes de ser atendido. Por favor comprenda que el pago de su factura se considera parte de su atención.

Debido a los frecuentes cambios en la cobertura del seguro de salud, requerimos que nos proporcione prueba de su cobertura de seguro de salud en cada visita. Si no puede proporcionar un comprobante de seguro o está en un plan en el que no participamos, o no tiene cobertura d seguro de salud, se requiere el pago en el momento de su visita.

Para aquellos planes con los que no tengamos relación, serás responsable de toda tu factura en el momento del servicio. Le proporcionaremos una copia de su Superbill en cada visita para que pueda presentar su reclamo ante su compañía de seguros. Si somos un proveedor participante, presentaremos un reclamo por los servicios prestados, aunque todos los montos de copagos y coseguros se deben al momento del servicio.

Si está programado para un Chequeo del Niño sano y se plantean otros problemas de salud que normalmente requerirían una visita por separado, su compañía de seguros puede considerar estas dos visitas separadas y facturar su copago y otros cargos en consecuencia. Además, si se determina que necesitamos tratar una afección médica o debemos ordenar pruebas o laboratorios adicionales en el Chequeo del niño sano, su factura reflejara todos los servicios prestados. Puede considerar la solicitud como una visita, pero su compañía de seguros no. En ese caso, se le podría facturar el copago, el coseguro o el servicio podría aplicarse a su deducible anual.

En caso de que haya una disputa con su compañía de seguros, intentaremos resolverla por usted. Durante este tiempo, se le enviaría por correo un estado de cuenta cada mes que indica que su cuenta muestra un saldo adeudado por todos los seguros que no sean HMO. Si su seguro no ha pagado dentro de los 90 días, el saldo puede transferirse a su saldo personal, que debe pagarse al recibirlo. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. A pesar de que usted tiene seguro de salud usted como garante es responsable del pago de todos los servicios que le proporciona Hunt Club Pediatrics. Por lo tanto, es su responsabilidad notificar a Hunt Club Pediatrics inmediatamente de cualquier cambio en el seguro, o asegurarse de que se facture a la compañía de seguros correcta por los servicios prestados. Si hay un cambio en su compañía de seguros, asegúrese de que figuremos como el Doctor de Cabecera, si se requiere un Doctor de Cabecera para recibir el pago.

Recién Nacidos

Es importante que agregue a su recién nacido a su póliza de seguro dentro de los primeros 30 días de vida para evitar cualquier lapso en la cobertura. Comuníquese con su empleador (departamento de recursos humanos) o compañía de seguros para comenzar el proceso y asegurarse de que se haya presentado toda la documentación adecuada.

Programa de Vacunas para niños

Los niños que están asegurados, pero no tienen cobertura de vacunas, inscritos en Medicaid o son Indios Americanos O Nativos de Alaska Califican para el programa de vacunas para niños. Las vacunas se proporcionan de forma gratuita, pero hay una tarifa de administración, que es su responsabilidad. Si su hijo califica y le gustaría participar en el programa de vacunas para niños, debe informar al personal. No podemos implementar este programa retroactivamente.

Divorcio, separación, acuerdos de custodia

Hunt Club Pediatrics no será parte en disputas de custodia, separación o financieras relacionadas con individuos con respecto a niños menores a quienes se les proporcionan servicios. La persona que solicita los servicios médicos y firma el acuerdo financiero es responsable de cualquier saldo adeudado. Todos los copagos, coseguros, y deducibles, si corresponde, se cobrarán en el momento en que se presten los servicios. No llamaremos al otro padre para pedir su consentimiento. Ambos padres tienen derecho a los registros médicos del menor a menos que haya una orden judicial que ordene que solo uno de los padres debe tener los registros.

____ Iniciales

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

____ Iniciales He recibido una copia de la declaración de política financiera de Hunt Club Pediatrics. Entiendo que la cobertura no es una garantía de pago, y estoy de acuerdo en que soy el responsable final del pago de los servicios prestados en Hunt Club Pediatrics. Soy responsable de cualquier copago de seguro de salud, deducibles y saldo restante no cubierto por mi compañía de seguro. Entiendo que Hunt Club Pediatrics no es responsable de saber que servicios cubre y que no cubre mi plan.

RESPONSABILIDAD DEL SEGURO

____ Iniciales Voy a ceder y transferir a Hunt Club Pediatrics Associates, LLC, todos los beneficios de seguro cubiertos a Hunt Club Pediatrics Associates, LLC por el pago de los servicios prestados. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar una copia actual de mi tarjeta de seguro y notificar a Hunt Club Pediatrics de Cualquier cambio/adición a la cobertura de seguro del paciente.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

1. UN AMIGO / FAMILIAR / CONOCIDO: _____
2. BÚSQUEDA EN INTERNET: _____
3. GINECOLOGO / PROVEEDOR DE LA SALUD: _____
4. EVENTO / FESTIVAL COMUNITARIO: _____
5. REDES SOCIALES: _____
6. OTRO: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

