



NUEVO PACIENTE

Patient Name: _____

Para poder servirle mejor a su hijo(a) y poder obtener todos los antecedentes medicos posibles requerimos que los **padres legales o biologicos or padres legales acompanen** a sus ninos en su primera cita.

Ese dia la cita le proveeremos las formas en la cual podra autorizar alguna persona que pueda traer a su hijo en citas futuras

Nos disculpamos por cualquier inconveniente que esto puede causar y agradecemos enormemente su colaboraci3n.

Sincerely,

Davenport Pediatrics

.....

Estamos muy contentos de haber elegido la pediatria en Davenport para su hijo(s) obra nueva medica. Por favor de tomar un momento y haganos saber como te entereste de nosotros?

_____ Drive-by

_____ Friend: Por favor especifica: _____

Hospital: Heart of Florida _____ Nemours _____ Celebration _____

Por favor especifica: _____

_____ Advertisement: Por favor especifica: _____

_____ Other Medical Practice: Whom can we thank for referring you? _____

Internet: Google Search _____ Yelp Search _____

Other: _____

_____ Compania de secure / directorio



DAVENPORT PEDIATRICS
CRÉDITO Y POLÍTICA FINANCIERA

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIA: _____ TELÉFONO: (____) _____ - _____

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

NÚMERO DE PÓLIZA: _____ NÚMERO DE GRUPO: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: ____/____/____
MM DD YYYY

SEGURO SECONDARY: _____ TELÉFONO: (____) _____ - _____

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

NÚMERO DE PÓLIZA: _____ NÚMERO DE GRUPO: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: ____/____/____
MM DD YYYY

CRÉDITO Y POLÍTICA FINANCIERA

Davenport Pediatrics, P.A. desea informarle de sus políticas con respecto a las responsabilidades financieras asociadas con los servicios prestados a usted o a un miembro de su familia de hogar.

Seguro

Los copagos son exigibles y pagados en el momento de la visita. Como una cortesía para usted, se factura a su compañía de seguros cuando tenemos la información de facturación correcta en el momento del servicio. Si una reclamación se niega porque no han proporcionado información correcta, los cargos se transferirán a su responsabilidad. Usted es financieramente responsable de cargos considerados por la compañía de seguros que facturan al paciente. Debe estar familiarizado con su cobertura especial y cualquier requisito para pre-autorización, deducibles y limitaciones en visitas de físicos, servicios de laboratorio, vacunas y otros procedimientos.

También será responsable de cualquier reclamación denegada por la compañía de seguros. La compañía de seguros puede rechazar una solicitud para cualquiera de las siguientes razones:

- (1) Davenport Pediatrics es un proveedor fuera de la red o Davenport Pediatrics no participa con su compañía de seguros.
- (2) La reclamación es rechazada porque no había ninguna cobertura de seguro en el momento del servicio.
- (3) Davenport Pediatrics no era el médico de atención primaria asignada para el paciente o su compañía de seguros.
- (4) El procedimiento o laboratorio de trabajo no es un servicio cubierto o beneficio por su compañía de seguros.
- (5) Su compañía de seguro aún está esperando información adicional que han solicitado al padre / guardián del paciente.
- (6) Su compañía de seguro ya ha efectuado el pago y el saldo restante es su responsabilidad.
- (7) Sólo los gastos de hospital están cubiertos por su compañía de seguros.

Puede haber otras razones que la compañía de seguros puede rechazar una reclamación presentada en su nombre. Si hay dudas en cuanto a su decisión(es), debe contactar a su compañía de seguros inmediatamente.

Cuenta de Caja

Si no se aporta la prueba de seguro, su cuenta se considerará una cuenta de caja y pago íntegro de todos los cargos será necesario en el momento del servicio.

Si eres capaz de proporcionar posteriormente información verificable del seguro y el plazo para el seguro de facturación no ha caducado (generalmente de 45 días), no podremos facturar los cargos a su compañía de seguros para usted.

Pago

El estado de cuenta que usted recibe se muestran los saldos de los pacientes debido, además de los pagos de las empresas de seguros y las cantidades pendientes. Los saldos de los pacientes se debe a que tras la recepción de la declaración.

Cita

Recuerde que su cita está reservada sólo para usted. Los horarios están llenos cada día y debemos dejar suficiente espacio en nuestra programación a niños enfermos en el mismo día. Si su nombramiento es cumplido o cancelado con el aviso de menos de 24 horas, considere la posibilidad de que otro niño podría ser atendido en ese momento. Nos reservamos el derecho a cobrar una cancelación de \$25 o cuota de "no show". Para ver a cada paciente a tiempo, su cita puede ser reprogramado si llegas 10 minutos o más tarde.

Cheques devueltos

En caso de que el cheque heco por usted es devuelto as nosotros por cualquier motivo sería responsable de \$35 de tarifa. También debe consultar con su institución financiera para cualquier otras tarifas que te cobran. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO DE SALUD**

Autorizo a DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. para recoger en mi nombre cualquier beneficios médicos y seguros por pagar a mí por los servicios que han prestado y asignan el pago. I autorizo y asigno el pago de los beneficios médicos y seguros aplicables a los servicios citados en el formulario de reclamación a DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. Esta asignación permanecerá en efecto hasta revocado por mí por escrito. Una fotocopia de esta forma se considera válida y eficaz como el original.

Entiendo que esta asignación no me exime de cualquier responsabilidad que pueda tener cualquier pago de cargos que no están cubiertos por la compañía de seguros. Entiendo que yo puedo ser responsable por todos los cargos no pagados en esta cuenta. He leído y entendido la política financiera de DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. y me comprometo por sus terminus. También entiendo y acepto que dichos términos podrán ser modificados por DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. en cualquier momento.

NOMBRE IMPRESO DE PADRE/ GUARDIÁN: _____

FIRMA DE PADRE/ GUARDIÁN: _____ FECHA: _____

MM / DD / YYYY



DAVENPORT PEDIATRICS

EL CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y

LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Información sobre la salud de su hijo se llama "información de salud protegida." Esto incluye cualquier información que DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. recibe o crea que identifica (o podría identificar) su hijo y se ocupa de la salud física o mental de su hijo y cualquier atención médica ofrecemos su niño y/o el pago de dicha atención médica.

DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. comprende la importancia de la privacidad y se compromete a mantener la confidencialidad de la información médica de su hijo. Vamos hacer un registro de la atención médica proporcionada a su hijo y podrá recibir otros registros médicos de otros. Utilizamos estos registros para facilitar y permitir que nosotros y otros prestadores de salud proporcionar atención médica de calidad, para obtener el pago de servicios médicos prestados a su hijo para que podamos cumplir con nuestras obligaciones legales y profesionales para que funcione correctamente nuestra práctica médica. Tenemos un "aviso de privacidad práctica" (la "notificación"). El aviso describe con gran detalle cómo nosotros podríamos usar o divulgar información de salud protegida. El aviso también describe sus derechos y nuestros deberes con respecto a la información de salud protección. Usted tiene derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento.

EL CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo estoy consintiendo del DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. uso y divulgación de información de la salud de mi hijo a fin de realizar tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. por escrito. Sin embargo, si revocar esta autorización, mi revocación no tendría ningún efecto sobre acciones tomadas previamente confiando en mi consentimiento previo.

Entiendo que tengo derecho a pedir DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. restringir cómo información de salud protegida de mi hijo se utiliza o divulga a propósito de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Sin embargo, también entiendo que DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. no es necesario llegar a un acuerdo a cualquier restricción pidió, pero si lo hacen, están obligados por el presente acuerdo.

Tengo entendido que DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. tiene derecho a modificar sus prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro. Entiendo que después de realiza una enmienda por DAVENPORT PEDIATRICS, P.A., las prácticas de privacidad revisada se aplicarán a toda la información protegida de la salud mantenida, independientemente de cuándo se creó o se recibió.

Reconozco que se han presentado con una copia del aviso de prácticas de privacidad de DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. y que han proporcionado la oportunidad de revisarlo. Soy consciente de que puedo pedir una copia de la notificación de prácticas de privacidad para mantener en mi posesión.

NOMBRE IMPRESO DE PADRE/ GUARDIÁN: _____

FIRMA DE PADRE/ GUARDIÁN: _____ FECHA: _____

MM / DD / YYYY

NOMBRE DEL NIÑO/ LA NIÑA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

MM DD YYYY

NOMBRE DEL NIÑO/ LA NIÑA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

MM DD YYYY

NOMBRE DEL NIÑO/ LA NIÑA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

MM DD YYYY

NOMBRE DEL NIÑO/ LA NIÑA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

MM DD YYYY



DAVENPORT PEDIATRÍA

FORMULARIO DE HISTORIAL PEDIÁTRICO INICIAL

Apellido	Nombre	MI	Fecha de nacimiento (Mes, fecha, año) / /
Madre / Guardián		¿Cuántos hermanos / hermanas?	
Padre / Tutor		¿Con quién vive el paciente?	
Médico de Atención Primaria / Pediatra		Otros médicos involucrados con el cuidado del paciente?	

A. HISTORIA DE NACIMIENTO

Lugar de nacimiento: _____ Peso al nacer: _____ Nacimiento longitud: _____
 Era el embarazo normal? No Sí Otros _____ Era el término completo de bebé? No Sí Otros _____
 Era el término completo de bebé? No Sí Otros _____ Era el término completo de bebé? No Sí Otros _____

B. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

¿A qué edad hizo al niño:

Primer satélite Precoz Promedio Otros _____ Primer rastreada Precoz Medio Otra _____
 Primer rodado Precoz Promedio Otros _____ Primera caminada Precoz Medio Otra _____
 Habló primero precoz Promedio Otros _____ Inodoro entrenado Precoz Medio Otra _____

Historia de la escuela: Grado de la Escuela Actual: _____ Escuela Eombre: _____
 Problemas en la Escuela: _____ Asiste a la Escuela Especial o Clases: _____
 Problemas de Disciplina o Conducta: _____
 Visto por un psicólogo, logopeda o maestros especiales: _____

C. HISTORIAL MÉDICO DEL PASADO

Problemas con: Dormir: No Sí Otros _____ Orinarse en la Cama: No Sí Otros _____
 Peso/Altura: No Sí Otros _____ Mordiendo las Uñas: No Sí Otros _____
 Pesadillas: No Sí Otros _____
Dieta: Criado: No Sí Otros _____ Embotellados alimentados: No Sí Otros _____
 Problemas de cólico: No Sí Otros _____ Dietas especiales No Sí Otros _____
Enfermedades Contagiosas: (A qué edad) Varicela: _____ Escarlatina: _____ Cualquier Otro: _____

¿Fue su hijo alguna vez diagnosticado con alguno de los siguientes? (A qué edad)

Convulsiones: No Sí Edad _____ Asma: No Sí Edad _____
 Bronquitis: No Sí Edad _____ Neumonía: No Sí Edad _____
 Infecciones del Oído: No Sí Edad _____ Cualquier Otro: _____

Por favor explique cualquier respuesta **SÍ** descripción detallada en el cuadro correspondiente.

¿Tiene el paciente alguna vez tuvo alguna cirugía o estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cirugías / graves lesiones (Dónde, por qué)	Fechas	Hospitalizaciones aparte de la cirugía (Donde, por qué)	Fechas
¿El paciente ha tenido problemas con la anestesia?					
¿Es el paciente tomando actualmente medicamentos ni drogas (incluyendo sin receta, receta, píldoras anticonceptivas)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Medicación	Dosificación	Medicación	Dosificación
¿El paciente tiene alguna alergia (incluyendo ambiental, medicamentos, alimentos y su reacción a la transfusión de sangre previa).	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				

Historia familiar: Por favor, indique si los padres, hermanos, o hermanas han tenido alguna de las siguientes condiciones:

Condición	Relación con el paciente	Condición	Relación con el paciente
Cáncer <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Otra _____		Riñón problemas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Otra _____	
Diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Otra _____		Alergias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Otra _____	
Cardiopatía <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Otra _____		TB <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Otra _____	
Convulsiones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Otra _____		Otra _____	

INFORMACIÓN GENERAL: Ha tenido su hijo algún problema inusual con el siguiente?

Cabeza: No Sí Otros _____ Estómago: No Sí Otros _____
 Oídos/Nariz/Garganta: No Sí Otros _____ Vejiga: No Sí Otros _____
 Pecho/Corazón/Pulmones: No Sí Otros _____ Piel: No Sí Otros _____
 Huesos/Músculos/Articulaciones: No Sí Otros _____ Sangre: No Sí Otros _____

D. VACUNAS: Trajiste un registro de las vacunas de su hijo? No Sí Otros _____

E. Algún comentario especial sobre su hijo? _____

Persona llenando Esta Forma/Relación del Paciente _____

Revisado Por Proveedor _____

Fecha _____



DAVENPORT PEDIATRICS
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO Y
FORMULARIO DE PERMISO

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO Y PERMISO

Este "Autorización de Tratamiento Médico y Formulario de Consentimiento" le da autoridad a un adulto(s) designado para coordinar la atención de rutina o de emergencia médica para el niño cuando los padres o tutores legales no pueden acompañar al niño y aprobar o consentir al médico del niño cuidado.

Esto es extremadamente importante porque la atención médica no se puede proporcionar al niño sin la aprobación o el consentimiento de cualquiera de los padres del niño o tutores legales, a menos que haya consentimiento por escrito autorizando a otro adulto para aprobar o consentir a la atención médica del niño.

FECHA: _____
MM / DD / YYYY

Yo, _____, el padre o guardián de _____,
(Nombre del padre o guardián) (Nombre del Niño)

doy la autorización a la siguiente persona (s) para acompañar a mi hijo y para aprobar o consentir a cualquier médico atención o tratamiento que debe proporcionar DAVENPORT PEDIATRICS, P.A., sus médicos y personal de apoyo a mi hijo.

Nombre	Relación con el niño
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

(Firma del padre o guardián)

Las personas en la lista de arriba debe tener una identificación adecuada (ID) para que el paciente tratado.

103 Park Place Blvd
Davenport, FL 33837
Phone: 863-421-1855
Fax: 863-421-2624

Maria Cristina Khan, MD, FAAP
Edwin Michael C. Sia, MD, FAAP



Authorization for Release of Protected Health Information

Section A: Debe ser completado por todas las autorizaciones

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud identificable individualmente como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o proveedor de atención médica, el liberado información puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

To: Davenport Pediatrics PA

FROM: Organización de la información:

103 Park Place Blvd
Davenport FL 33837
Fax: 863-421-2624

Descripción específica de la información {incluyendo fechas(s)}:

(Marque uno)

- Todos los registros (incluidos los mentales abuso de la Salud Sexual y el VIH)
- Todos los registros (excepto Mental abuso de la Salud Sexual y el VIH)
- Registros en el intervalo de fechas de la siguiente: desde _____ hasta _____
- Registro de inmunización solamente
- Última visita del niño/table de física/de crecimiento/table de inmunización
- Solo abuso sexual
- Solo VIH
- Registros de salud mental (incluyendo TDAH) sólo
- Otros (Especificar) _____

Section B: Debe completarse para todas las autorizaciones

Representante del paciente o el paciente debe leer las siguientes afirmaciones:

1. Entiendo que esta autorización vencerá en ____ (o un año desde la fecha de la firma).
2. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo a la organización que en la escritura; pero, si lo hago, no tendría ningún efecto sobre las acciones que se tomaron antes de que recibieran la revocación.
3. Si un médico recibe a estos registros, la información se utilizará para la continuidad de propósitos de cuidado solamente.
4. Entiendo que yo puedo tener una copia de este formulario en cualquier tiempo cuando se le solicite.
5. Entiendo que mi atención de la salud y el pago de mi salud no se verán afectadas al firmar este formulario.

X _____
Firma del paciente o representante del paciente

Firma del paciente o representante del paciente

Numero de telefono _____

Fecha _____

(Formulario DEBE ser completado antes de la firma)

Nombre del representante del paciente: _____

Relacion con el paciente: _____