



Tiftarea Pediatrics

Bienvenido a Tiftarea Pediatrics! Estamos muy contentos de que haya elegido nuestra oficina para el cuidado de la salud de su hijo(a). Aquí en Tiftarea Pediatrics, nos esforzamos por ofrecer alta calidad de salud para todos los niños edades 0-21 años. Nosotros creemos que todos los niños requieren cuidados especiales e atención individualizada y simplemente no puede ser tratado como un adulto. Nos esforzamos por tratar a cada niño(a) tal como lo haríamos con nuestros propios hijos. Esperamos poder servirle a usted y su familia.

Nuestro horario de oficina es de lunes-viernes, 8:30am – 5:00pm. Las visitas al consultorio son solo con cita. Puedes contactar nos a (229) 396-5335 y hacer una cita para su hijo(a). Animamos a los pacientes hacer una cita de seguimiento y para chequeos físicos cuando salgan de la oficina para reservar la siguiente cita de su hijo(a). Los padres pueden llamar la oficina durante horas de operación para hacer citas por enfermedad el mismo día. Nos esforzamos por adaptarnos a su horario lo mejor que podamos y ver a su hijo(a) el mismo día para citas por enfermedad. Si llaman durante horario normal de trabajo para hacer una cita.

Llamadas fuera de horas serán reservadas para situaciones urgentes/emergentes. Puede comunicarse con la línea fuera de horario llamando al número de nuestra oficina habitual al (229)-396-5335. Su llamada será enrutado al proveedor que está disponible para ayudarle. Asuntos no urgentes, hacer citas, y preguntas generales se puede responder durante el horario normal de la oficina. Los padres siempre deben visitar el departamento de emergencia más cercano o llamar al 911 para emergencias médicas que requieren atención inmediata. Si su hijo(a) ha ingerido cualquier tipo de sustancia recomendamos que llame la línea directa de control de envenenamiento inmediatamente a 1(800)222-1222. El control de veneno está disponible las 24 horas del día/7 días por semana. Si usted llama al proveedor que está disponible sobre el ingerido de sustancia, usted será dictado al control de veneno por que ellos no tienen la información sobre la sustancia ingerido. Éste es un número importante que tiene que tener alrededor de su hogar en caso de una emergencia.

Políticas De La Oficina:

~ Por favor recuerde que pedimos que llamen para hacer una cita para su hijo(a), esto nos ayudará para reservar el horario para su hijo(a) así el proveedor puede dar una evaluación y tratamiento correcto de su hijo(a). Pueden llamar a nuestra oficina para hacer citas el mismo día para niños enfermos.

~ Por favor recuerda si tienes varios hijos(a) que requieren evaluación y cada uno de ellos requieren una cita. Es importante hacer una cita para cada niño que será visto en nuestra oficina.

~ Les pedimos que lleguen unos minutos antes de la cita para completar el papeleo correspondiente y verificar su seguridad. Cualquier paciente que llegue más de 15 minutos después de su cita se le puede pedir que re programe su visita.

~ Si por cualquier razón necesita cancelar o reprogramar su cita, les pedimos que notifique a nuestra oficina lo antes posible. Para poder abrir franjas horarias para otros pacientes. Pacientes que habitualmente llegan tarde o perder citas repetidas puede estar sujeto a despido de la práctica.

~ Todos los menores deben estar acompañado por un padre o tutor legal para recibir atención médica en nuestra oficina.

~ Les pedimos a todos los pacientes de Tiftarea Pediatrics que traten a los empleados, otros pacientes, y a otros padres con respeto. Prohibimos lenguaje inapropiado, comportamiento perturbador, amenazas, o cualquier acto de violencia dentro de nuestras instalaciones. Les pedimos que tu y tus hijo(a) que respeten a las otras persona(s) incluyendo a los empleados, y la propiedad de Tiftarea Pediatrics. Nosotros entendemos que ser padre puede ser estresante, especialmente en un entorno de atención médica y cuando su hijo(a) está enfermo(a). Intentaremos ser lo más complacientes lo más posible para que su visita sea lo más libre de estrés y cómoda posible. Nosotros sabemos que nadie conoce más a su hijo(a) que usted! Por favor déjanos saber si hay alguna forma específica que podemos hacer más agradable la visita de su hijo(a).

Muchas gracias por elegirnos para poder darle atención médica a su hijo(a). Estamos emocionados de ver crecer a su familia y prosperar!

Sinceramente,

Mark Wilson, MD, Tiftarea Pediatrics Team

Consentimiento Para Tratamiento

Nombre de Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Información Médica

Inicializando aqui, Estoy de acuerdo que las persona(s) en la lista hacia abajo tiene acceso a los registros medicos, programacion y cancelacion de citas, ver tratamientos, recetas, resultados de laboratorio de mi hijo(a). Tu doctor de Tiftarea Pediatrics, puede solicitar y usar su medicamento recetado en el pasado de otros proveedores de servicios de salud y farmacias para su tratamiento

Iniciales: _____

Permiso Para Evaluar A Un Niño(a) Menor De Edad

Inicializando aqui, Estoy de acuerdo que las persona(s) en la lista hacia abajo tiene permiso de traer a mi hijo(a) a sus citas médicas. En caso que tengan que hacer una decision médica, los padres serán contactados antes de tomar acción en el tratamiento y se da el consentimiento. El asociado de Tiftarea Pediatrics debe estar en el teléfono y estar de acuerdo que el dicho permiso ha sido otorgado.

Iniciales: _____

Programa De Erecetas

Inicializando aqui, Estoy de acuerdo que Tiftarea Pediatrics, puede solicitar y usar su medicamento recetado en el pasado de otros proveedores de servicios de salud y farmacias para su tratamiento.

Iniciales: _____

Fax

Inicializando aqui, Estoy de acuerdo que Tiftarea Pediatrics, tiene mi permiso para enviar información de mi hijo(a) a su escuela, guarderia, aseguranza, farmacia, y especialistas.

Iniciales: _____

Aviso De Practicas Privadas

Inicializando aqui, Estoy de acuerdo que Tiftarea Pediatrics me proporcionó una copia escrita de su aviso de privacidad. Yo también reconozco que me han dado la oportunidad para leer el aviso de privacidad y para ser preguntas.

Iniciales: _____

Consentimiento Para Tratamiento

Inicializando aqui, yo doy mi consentimiento y autorización para dar tratamiento medico, procedimientos, y exámenes necesarias por el doctor de Tiftarea Pediatrics. Éste consentimiento incluye todo tratamiento necesario para diagnóstico y tratamiento.

Iniciales: _____

Persona(s) con permiso concedido para obtener registros médicos:

Nombre Relación

Teléfono

Nombre Relación

Teléfono

Firma Del Padre

Fecha

AVISO DE PRIVACIDAD HIPAA

Aviso De Prácticas De Privacidad HIPAA

Fecha Efectiva: Mayo 1, 2022

El aviso describe cómo la información sobre usted puede ser utilizado y divulgado.
Y cómo puedes obtener acceso a esta información

NUESTRA OBLIGACIÓN:

Estamos Obligados Por Ley:

~ Mantener La Privacidad De La Salud Del Paciente

~ Darle este aviso de nuestros deberes legales y practicas de privacidad con respecto a la información de salud sobre usted.

~ Siga los términos de nuestro aviso que está actualmente en vigor.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:

A continuación se describen las formas en que Podemos usar y divulgar información de salud que lo identifique ("Información Médica"). Excepto para los fines descritos a continuación, usaremos y divulgaremos información de salud solo con su permiso por escrito. Usted puede revocar dicho permiso en cualquier momento por a nuestro gerente de práctica.

Para Tratamiento. Podemos usar y divulgar información de salud para su tratamiento y para brindarle servicios relacionados con el tratamiento de su salud. Por ejemplo, nosotros Podemos revelar su información médica a medicos, enfermeras, técnicos, u otro personal, incluyendo personas fuera de nuestra oficina, quien está involucrado en tu tratamiento de salud.

Para Pago. Nosotros podemos usar y divulgar información de salud para que nosotros u otros podamos facturarle y recibir el pago de usted, una compañía de seguros o un tercero para el tratamiento y servicio que a recibido. Por ejemplo, Podemos dar su información médica de usted para que ellos paguen por su tratamiento.

Para Operaciones de Atención Médica. Nosotros podemos usar y divulgar información de salud para operaciones de atención médica. Éstas revelaciones son necesarias para asegurarnos de que todos nuestros pacientes y recibir atención de calidad. Nosotros tambien podemos compartir información con otras entidades que tienen una relación con usted. (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades de operación de atención médica.

Recordatorios de Citas, Alternativas de Tratamiento y Beneficios Relacionados con la Salud y Servicio. Nosotros podemos usar y divulgar información de salud para contactarte para recordarte que tienes una cita con nosotros. Podemos usar y divulgar información de salud para su tratamiento o beneficios relacionados con la salud y servicio que te puede interesar.

Individuos Involucrados En Su Atención O Pago De Su Atención. Cuando sea apropiado, podemos compartir su información de salud con una persona involucrada en su atención médica o el pago de su atención como su familia o un amigo cercano. También podemos notificar a su familia de su localizacion o estado general o revelar su informacion a una entidad que ayuda en casos de desastre.

SITUACIONES ESPECIALES:

Como lo exige la ley. Nosotros revelaremos de su informacion medica cuando sea necesario para hacerlo internacional, federal, estatal o local.

Para Evitar Una Amenaza Grave A La Salud o La Seguridad. Nosotros podemos usar y divulgar información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y la seguridad o la salud y la seguridad del público u orto persona. Revelaciones, sin embargo se hará solo a alguien que puede ayudar a prevenir la amenaza.

Asociados De Negocios. Nosotros revelaremos de su informacion medica a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o proporcionarnos de servicio si la informacion es necesaria para tales funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar otra empresa para realizar la facturación de servicio. Todos nuestros socios comerciales son obligado a proteger la privacidad de su informacion medica. Y no se les permite usar o divulgar ninguna informacion diferente a lo especificado en nuestro contrato.

Riesgos Para La Salud Pública. Nosotros revelaremos de su informacion medica para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen revelaciones para prevenir o controlar la enfermedad, lesion o discapacidad; reportar nacimientos y muerte; reportar abuso o negligencia infantil; informar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas sobre retiros de productos ellos pueden estar usando; una persona que pudo haber sido expuesto a una enfermedad o puede estar en riesgo para contraer o extender una enfermedad; autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido victima de abuso, negligencia o violencia domestica. Solo haremos esta divulgacion si está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.

Actividades de Vigilancia de la Salud. Nosotros revelaremos de su informacion medica para vigilancia de la salud para las actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen, por ejemplo, auditorias, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades es necesario para el gobierno para monitorear el Sistema de salud, programas gubernamentales, cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Propósitos de notificacion de Violacion de Datos. Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud protegida para proporcionar legalmente avisos requeridos de acceso no autorizado o revelacion de su informacion de salud.

Juicios y Disputas. Si esta involucrado en una demanda o disputa, nosotros revelaremos de su informacion medica a una orden judicial o administrative. Nosotros revelaremos de su informacion medica a una citacion, solicitud de descubrimiento o otro proceso legal por otra persona involucrada, pero solo si se han hecho esfuerzos, sobre la solicitud o para obtener una orden que protégé la informacion solicitada.

Cumplimiento De La Ley. Podemos divulgar informacion de salud si se nos solicita por un official de la ley si la informacion es: (1) en respuesta de orden judicial, citacion, orden judicial, emplazamiento o proceso similar; (2) Informacion limitada para identificar o localizer a un sospechoso, fugitive, testigo, material o persona desaparecida; (3) de la victima de un crimen, incluso si bajo ciertas circunstancias muy limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona; (4) de una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal; (5) de conducta criminal en nuestras instalaciones; y (6) en una emergencia para reportar un crimen, la ubicacion del crimen o de las victimas, o la identidad, descripcion o ubicacion de la persona que cometio el delito.

Médicos Forenses, examinadores Medicos y Directores de Funerarias. Podemos divulgar informacion de salud a un médico forense o examinador

médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Podemos divulgar información de salud a los directores de funerarias según sea necesario para sus funciones

DIVULGAR INFORMACION QUE REQUIEREN QUE LE DEMOS UNA OPORTUNIDAD

Individuos Involucrados en su Atención o Pago De Su Atención. A menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un amigo cercano o cualquier otra persona que identifique, proteger su información médica relacionada con la participación de esa persona en su salud médica. Si no puede aceptar u oponerse a dicha divulgación, podemos divulgar información necesaria que será en su mejor interés basado en nuestra opinión.

Alivio De Desastres. Nosotros podemos divulgar su información de salud a las organizaciones de Socorro en casos de desastre que buscan proteger tu información médica o notifique a familiares y amigos de su localización. Le daremos la oportunidad de aceptar o objetar dicha divulgación siempre que podamos hacerlo en la práctica.

SE REQUIERE SU AUTORIZACION POR ESCRITO Y DIVULGACION

Las siguientes revelaciones que protegen su información médica será autorizada solo por escrito:

1. Las revelaciones que protegen su información médica será con fines de mercadeo; y
2. Divulgaciones que constituyen una venta de su información médica

Otras divulgaciones protegen su información médica no cubierto por este aviso o las leyes que nos aplican se harán solo por escrito. Si nos da una autorización, puede revocarla en cualquier momento al enviar una revocación por escrito a nuestro practice manager y ya no divulgaremos. Protegemos su información médica bajo la autorización. Pero la divulgación que hicimos en base a su autorización antes de que lo revocara no se verá afectado por la revocación.

TUS DERECHOS: Tienes los siguientes derechos en materia de su salud médica que nosotros tenemos sobre usted:

Derecho para Inspeccionar y Copiar. Usted tiene el derecho para Inspeccionar y Copiar su información médica que pueden usarse para tomar decisiones sobre su atención o el pago de su atención. Esto incluye registro médicos y de facturación. Para inspeccionar y copiar información médica, debe hacer su solicitud, por escrito, a nuestro gerente de oficina. Tenemos hasta 30 días para hacer su información médica disponible para usted y podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copia, correo u otros suministros asociados con su solicitud. Es posible que no le cobremos una tarifa si usted si necesita información para una reclamación de beneficios bajo el Social Security Act o cualquier otro programa estatal o federal. Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias limitadas. Si denegamos su solicitud tienes derecho a que te nieguen puede ser revisados por un profesional médico que no estuvo directamente involucrado en la denegación de su solicitud, y cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a una copia Electrónica de Registros Médicos Electrónicos. Si su información médica se mantiene en un formato electrónico (conocido como un registro médico electrónico o un registro de salud electrónico), tienes derecho a pedir una copia electrónica de su registro ser dado a usted o transmitido a otro individuo o entidad. Haremos todo lo posible para proporcionar acceso a su información médica.

Su información médica no es fácilmente producible el formato solicitas tu registro se proporcionara en cualquiera de nuestros formato electrónico estandar, o si no quieres esta formato, una copia impresa legible. Nosotros podemos cobrarle un precio razonable tarifa basada en el costo por la mano de obra asociada con la transmisión de la historia clínica electrónica.

Derecho a Recibir Notificación Infracción. Tienes derecho a ser notificado en caso de incumplimiento de cualquiera de sus información médica.

Derecho A Modificar. Si usted siente que su información médica esta incorrecta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras se mantenga la información para nuestra oficina. Para solicitar una modificación, debe realizar su solicitud, a nuestro gerente de práctica.

Derecho a una Contabilidad de las Divulgaciones. Tienes derecho a solicitar una lista de ciertas revelaciones de información médica para fines distintos del tratamiento, el pago y la atención médica o para el que usted proporciono en escrito. Para solicitar un informe de las divulgaciones debes hacer tu pedido en escrito, a nuestro gerente de práctica.

Derecho a Solicitar Restricciones. Tienes derecho a solicitar restricciones o limitación de la información médica usamos o divulgamos para tratamiento, pago o atención médica. También tienes derecho a solicitar un límite de la información médica revelamos a alguien involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado, como un familiar o amigo. Para solicitar un informe de las divulgaciones debes hacer tu pedido en escrito.

No estamos obligados a estar de acuerdo con tu petición a menos que nos pida que restrinjamos uso y divulgación de su información médica para un plan de salud para pago o atención médica y información que deseas restringir que pertenece a artículo o servicio de atención médico por el cual nos ha pagado "de su bolsillo" en su totalidad. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud al menos que es necesario para brindarle tratamiento de emergencia.

Pagos de Bolsillo. Si pagó de su bolsillo (usted ha solicitado que nosotros no facturamos a su plan de salud) en su totalidad para un artículo o servicio específico, tienes derecho de pedir que su información médica con respecto a ese artículo o servicio no ser divulgado a su plan de salud para efectos de pago y honraremos esa solicitud.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted por correo o en el trabajo. Para solicitar Comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud, escrito, a nuestro gerente de práctica. Su solicitud tiene que decir como y donde quieres ser contactado.

Derecho a una Copia Impresa de Este Aviso. Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, usted todavía tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puedes obtener una copia de este aviso en nuestra sitio web, www.tiftareapediatrics.com. Para obtener una copia impresa de este aviso, contacta nuestro gerente de práctica.

CAMBIOS A ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho este aviso y hacer el nuevo aplicar aviso de información médica ya tenemos como cualquiera información nosotros recibimos en el future. Publicaremos una copia de nuestro aviso actual en nuestra oficina. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la primera página.

QUEJAS:

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja en nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Para presentar una queja en nuestra oficina, pongase en contacto con el gerente de la práctica. Todas las denuncias deben hacerse escritas. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Consentimiento del Paciente Para el Cumplimiento de HIPAA:

Consentimiento del paciente para Uso y Divulgacion Informacion Medica & Recibo de la Politica de Privacidad de la Practica

Por la presented doy mi consentimiento a Tiftarea Pediatrics para usar y divulgar informacion medica sobre yo y mi niño(a) para llevar nuestro tratamiento, pago y asistencia sanitaria. Por ejemplo las instancias incluyen, pero no estan restringidos: su asegurador medico, medicos a los que se remite a su hijo, funcionarios de salud escolar, etc. Tiftarea Pediatrics' el aviso de practicas de privacidad proporciona descripcion complete para usar y divulgar.

Al firmar este formulario, declare que recibo del aviso de privacidad de HIPAA. Tambien doy mi consentimiento para permitir a Tiftarea Pediatrics llamar, correo electronico, fax, o correo a mi case o cualquier otro punto de contacto alternativo que proporcione y dejar un mensaje en el correo de voz, en persona o escrito. En referencia a cualquier articulo que ayude la practica en la realizacion del tratamiento, pago y operaciones de atencion medica, como recordatorios de citas, atencion clinica (incluyendo los resultados de las pruebas) y temas de seguros. Entiendo que tengo derecho a solicitar que Tiftarea Pediatrics restringe como usar o divulgar mi informacion para llevar a cabo sus operaciones. La practica no tiene que aceptar mis restricciones solicitadas pero si lo hace esta obligado por el acuerdo. Todas las solicitudes de restricciones deben presentarse en escrito.

Añadiendo los nombres hacia abajo de este formulario, acepto que se les permita recibir informacion medica privada de la misma manera que se describio anteriormente (con excepcion de la informacion relativa ITS, VIH/SIDA, pruebas de embarazo y registros relacionados con drogas, alcohol o tratamiento de salud mental, todos los cuales requieren una liberacion adicional).

Puedo revocar mi consentimiento en escrito, excepto en la medida en que la practica ya ha hecho revelaciones en confianza con mi consentimiento previo. Entiendo que si no firmo este consentimiento o luego revocarlo, Tiftarea Pediatrics puede negarse a proporcionar tratamiento a mi y mi hijo(a).

Nombre de Paciente _____ Fecha De Nacimiento _____

Firma Del Padre

Contactos Aprobados por HIPAA

(Nombre) (Relación Con El Paciente)

(Nombre) (Relación Con El Paciente)

Nombre Del Padre (en letra de molde): _____ Firma Del Padre: _____ Fecha: _____

~Si el paciente es mayor de 18 años, ellos deben firmar por si mismos

Ahora que has cumplido los 18 años, puedes elegir quien tiene acceso a tu información médica. Recureda agregar tu "Contactos Aprobados por HIPAA" hacia arriba.

(Correo Electrónico)

(Numero De Teléfono)

Liberación De Registros:

Autorización Para Envío de Expedientes Médicos a Tiftarea Pediatrics:

Yo, _____, Soy Padre De _____,
(Nombre de Padre) (Nombre de Paciente)

Fecha De Nacimiento: _____, SSN: _____

Autorizar: _____
(Nombre de Persona/Organización/Liberación de Oficina)

(Dirección)

(Teléfono) (Fax)

Para enviada/obtenida registros médicos (registros de inmunización, tablas de crecimiento, lista de problemas, chequeos físicos, nota de consultor, o información importante) para el cuidado del paciente:

Tiftarea Pediatrics
215 West 12th Street
Tifton, GA 31794
P: (229) 396-5335
F: (229) 396-5330
www.tiftareapediatrics.com

(Firma Del Padre)

(Fecha)

(Firma De Testigo)

(Fecha)

Registro Del Paciente:

Informacion De Paciente:

Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Nombre Preferido: _____		Farmacia Preferida: _____
Fecha De Nacimiento: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	
Numero De Seguro: _____		
Teléfono Preferido: _____	Otro NúmeroTeléfono: _____	
Diercción: _____		Ciudad/Estado/Postal: _____

Informacion De Los Padres/Tutor Legal:

Madre: Natural Adoptivo Madrastra

Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Madre SSN: _____		Fecha de Nacimiento _____
Diercción _____		Ciudad/Estado/Postal _____
Celular _____	Teléfono Del Trabajo _____	
Correo Electrónico _____		

Padre: Natural Adoptivo Padrastra

Apellido	Nombre	Segundo Nombre
El Padre SSN: _____		Fecha de Nacimiento _____
Diercción _____		Ciudad/Estado/Postal _____
Celular _____	Teléfono Del Trabajo _____	
Correo Electrónico _____		

Los Pardes Son: Divorcio Casado Soltero(a) Viudo(a)

Información De Seguro:

Por Favor Presentar Identificación Con Foto y Tarjetas Del Seguro Medico.

Seguro Primario:

Compañía De Seguro _____ Nombre De Seguro _____

Dirección Del Seguro _____

Ciudad/Estado/Postal _____

Número de Póliza# _____ Empleador _____

Número de grupo# _____ Fecha Efectiva _____

Relación con el Paciente _____

Seguro Secundario:

Compañía De Seguro _____ Nombre De Seguro _____

Dirección Del Seguro _____

Ciudad/Estado/Postal _____

Número de Póliza# _____ Empleador _____

Número de grupo # _____ Fecha Efectiva _____

Relación Con El Paciente _____

Autorización para facturar seguros: Yo, el responsable, autorizo Tiftarea Pediatrics para proporcionar información sobre las enfermedades, chequeos físicos, y otros problemas médicos de mi hijo(a) proporcionado a mi Seguro para el pago de servicio prestado. Doy mi autorización y liberación que toda información médica necesaria para procesar reclamos de seguros. Yo autorizo pagos para los planes de seguros por su servicio prestado. Yo entiendo que soy responsable por los pagos completos de los servicios prestado que no cubran mi aserguranzae.

Firma Del Padre _____

Fecha _____

Historial Médica Del Paciente:

Nombre de niño(a) _____ Fecha de Nacimiento: _____

Farmacia _____ Número de Teléfono _____

Alergias:

Medicamentos/Alimento/Otro	Reacción

Medicamento Que El Paciente Está Tomando Actualmente:

Medicamento	Dosis	Rutina	Cantidad de veces al día

Historia De Nacimiento:

Vaginal Cesárea Adopción Desconocido

Peso de Nacimiento _____ Peso de descarga del bebé _____

Pasó la prueba de audición? Si No

El paciente nació de pies primero? Si No

Fue el paciente Prematuro ? Si No Edad Gestacional _____

Por favor indique cualquier problema médica que ocurrió con el bebé:

Historia Médica:

El paciente ha sido hospitalizado alguna vez? Si No

En Caso Afirmativo, Fecha/razón de hospitalización:

El paciente ha sido operado alguna vez? Si No

En Caso Afirmativo, Fecha/razón de operación:

Ha tenido alguna vez el paciente una lesion grave? Si No

En Caso Afirmativo, Fecha/razón del lesion:

Por favor, compruebe si su hijo(a) ha sido diagnosticado con cualquiera de los siguientes condiciones:

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Convulsión |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Drepanocito |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Infecciones del Oido | <input type="checkbox"/> Problemas Urinarios |
| <input type="checkbox"/> Anxiety | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Reacción a las Vacunas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergias a los alimentos | <input type="checkbox"/> Resollar |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición | <input type="checkbox"/> Otros Problemas |
| <input type="checkbox"/> Hueso Roto | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | |
| <input type="checkbox"/> Concusión | <input type="checkbox"/> Alta Presión | |
| <input type="checkbox"/> Constipación | <input type="checkbox"/> Erupción | |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Reflujo | |

Por favor anote cualquier problema medico de su hijo(a)

Historia Social:

El paciente vive con? _____

Quien tiene la custodia del paciente? _____

Año Casa/Departamento de construcción: _____

Cualquier exposición conocida al plomo? Si No

Hay mascotas en el hogar? Si No

Hay algún fumador en el hogar? Si No

Agua en el hogar: Agua de la ciudad Agua de pozo

Cualquier viaje al extranjero en el ultimo año? Si No. En Caso Afirmativo, Donde? _____

Asiento de Seguridad: Orientado Hacia Atrás Orientado Hacia Adelante

Asiento Elevador Cinturón de Seguridad

Historia Familiar:

Por favor indique cual de los siguientes parientes tienen las condiciones abajo (si ninguno, dejar en blanco):

M=Madre, **F**=Padre, **MGM**=Abuela Materna, **MGF**=Abuelo Materno, **PGM**=Abuela Paterna, **PGF**=Abuelo Paterno, **B**=Hermano, **S**=Hermana.

_____ TDAH	_____ Diabetes	_____ Enfermedad Mental
_____ Abuso de alcohol/drogas	_____ Diarrea	_____ Migraña
_____ Alergias	_____ Infecciones del Oído	_____ Erupción
_____ Anemia	_____ Muerte Temprana	_____ Reflujo
_____ Asma	_____ Eczema	_____ Drepanocito
_____ Autismo	_____ Epilepsia	_____ Rasgo de Células Falciformes
_____ Trastornos Autoinmunes	_____ Enfermedad Gastrointestinal	_____ Muerte Infantil
_____ Defecto De Nacimiento	_____ Pérdida de la Audición	_____ Accidente Cerebrovascular
_____ Enfermedad de la Sangre	_____ Soplo Cardíaco	_____ Tiroides
_____ Cáncer	_____ Alta Presión	_____ Tuberculosis
_____ Constipación	_____ Colesterol Alto	_____ Problemas Urinarios
_____ Fibrosis Quística	_____ Nefropatía	_____ Problemas de la Vista
_____ Depresión	_____ Enfermedad del Hígado	_____ Otro _____