

FECHA DE HOY: _____

REGISTRACION DE PACIENTE - PEDIATRIA

Social Security No.:		1er Nombre:		2nd Nombre:		Apellidos:	
Sexo:		Identificación de género:				Orientación Sexual:	
<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elijo no responder <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino (Femenino-a-Masculino) <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino (Masculino-a-Femenino) <input type="checkbox"/> Género Queer (No exclusivamente Femenino o Masculino)				<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocida Elijo no responder	
Fecha de Nacimiento:		Estado Civil:		Soltero/a		Casado/a	
				Viudo/a		Divorciado/a	
				Legalmente Separado/a			
Raza:		Asiático		Isleño del Pacífico		Etnicidad:	
		Negro/Afroamericano		Negro Haitiano		Hispano o Latino	
		Blanco		Blanco Haitiano		No-Hispano	
		Indio Americano		Nativo de Alaska		Lenguaje Preferido:	
		Nativo de Hawái		Más de una Raza		Empleado/Estudiante:	
						Empleado/Escuela:	
				Si		No	
Dirección:				Teléfono casa:			
Ciudad:		Estado:		Código Postal:		Celular:	
Email:			Teléfono Trabajo:			Método de Contacto Preferido:	

INFORMACION DE SEGURO

(POR FAVOR DARLE LA TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA)

Plan de Seguro:		Relación Paciente/Subscriber:		No de Grupo:		No. Póliza:	
-----------------	--	-------------------------------	--	--------------	--	-------------	--

INFORMACION CONTACTO DE EMERGENCIA

Padre/Madre		Esposo/a		Niño/Niña		Otro		Sexo:		M		F	
Primer Nombre:				2nd Nombre:		Apellidos:							
Lenguaje Preferido:			Teléfono casa:			Celular:			Teléfono Trabajo:				

INFORMACION PADRE / MADRE / GUARDIAN

Padre/Madre		Esposo/a		Niño/Niña		Otro		Sexo:		M		F	
Primer Nombre:				2nd Nombre:		Apellidos:							
No. Social Sec:		Fecha Nacimiento:		Lenguaje Preferido:		Teléfono casa:		Celular:		Teléfono Trabajo:			
Padre/Madre		Esposo/a		Niño/Niña		Otro		Sexo:		M		F	
Primer Nombre:				2nd Nombre:		Apellidos:							
No. Social Sec:		Fecha Nacimiento:		Lenguaje Preferido:		Teléfono casa:		Celular:		Teléfono Trabajo:			

PHARMACIA PREFERIDA

Farmacia:				Teléfono:				Fax:				
Dirección o cruce de calles:						Ciudad:			Estado:		Código Postal:	



NUEVO PACIENTE – HISTORIAL MEDICO

Fecha _____

Nombre y Apellidos: _____ Fecha Nacimiento: _____

¿Quién lo refirió a nuestra oficina medica? _____

Problemas médicos actuales/Preocupaciones: _____

Alergias (Medicamentos, Vacunas, Comida, Otros): _____

Medicamentos actuales: _____

Historia de Nacimiento:

Niño/a fue término: Completo Pretérmino Adoptado/a ¿Si Adoptado/a, a que edad? _____

¿Si Pretérmino, cuantas semanas? _____ ¿País de nacimiento? _____

Tipo de parto: Vaginal Cesárea ¿Si cesárea, por qué? _____

Problemas durante el periodo de recién nacido: _____

Peso al nacer _____ Presentación del bebé: de nalgas cabeza

¿Pasó el examen de audición? Si No ¿Pasó el examen metabólico de recién nacido? Si No

HISTORIA MEDICAL DEL PACIENTE	Si	No
Hospitalizaciones		
Cirugías		
Visitas a la Emergencia o Cuidados de Urgencia		

PACIENTE HA SIDO TRATADO ALGUNA VEZ POR:	Si	No
ADHD/ADD		
Alergias		
Asma		
Eczema		
Convulsiones		
Soplo cardíaco		
Sibilantes		
Neumonía		
Infección de oídos		
Varicela		
Infección del tracto urinario		
Acné		
Lesión grave o conmoción cerebral		
Problema de desarrollo o del habla		
Para niñas solamente: ¿Ha comenzado su periodo menstrual?		
PACIENTE HA TENIDO ALGUNA VEZ:		
Desmayo durante o después de hacer ejercicio, emoción o sobresalto		
Falta de aire extrema con el ejercicio		
Malestar, dolor, o presión en el pecho durante el ejercicio		

Otra historia médica o problema crónico: _____

¿El paciente ha sido atendido por un especialista? Si No

¿Razón por la que vio a un especialista? _____



HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de los miembros de la familia tienen alguna de las siguientes condiciones médicas?

CONDICION MEDICA	Madre	Padre	Hermano/a	Abuelo/a
Presión alta				
Colesterol elevado				
QT Prolongado				
Ataque cardíaco temprano (menores de 50 años)				
Muerte súbita o inexplicable				
Anemia				
Trastorno de sangrado o coagulación				
Alergias				
Trastorno autoinmune				
Cáncer				
Desarrollo / Enfermedad genética				
Diabetes				
Enfermedad de tiroides				
Síndrome de ovario poliquístico				
Tubos para los oídos				
Sordera				
Problemas estomacales				
Enfermedad del hígado				
Enfermedad celíaca				
ADD/ADHD				
Migrañas				
Autismo				
Convulsiones				
Enfermedad mental				
Abuso de drogas o alcohol				
Asma				
Tuberculosis				
Problemas de los riñones				
Estrabismo				
Displasia de cadera				
Otra condición				

Si otra condición, explicar: _____



SOCIAL HISTORY

¿Quién vive en la casa con el niño/a?

Si los padres no viven juntos, o si el niño/a no vive con sus padres: ¿Cuál es el estado de la custodia legal del menor?

Su niño/a va a: Guardería Escuela Otro: _____ Grado Escolar: _____

¿Alguna vez ha tenido o tiene problemas para llevar comida a la mesa? Si No

¿Su niño/a sigue una dieta vegetariana? Si No

¿Alguien fuma en la casa? Si No ¿Alguien fuma en el carro que el niño/a viaja? Si No

¿Hay armas de fuego en la casa? Si No ¿Las armas están bloqueadas y aseguradas? Si No

¿Hay mascotas en la casa o donde el niño/a pasa tiempo? Si No Explique: _____

¿Tiene alguna preocupación sobre el desempeño de su hijo en la escuela? Si No

Si respondió que si, por favor explique: _____

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su hijo/a? _____

Forma completada por: _____ Relación con el paciente: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Nuestros proveedores en De La Vega Pediatrics Corp. (DLVP) siguen las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría en su enfoque de la atención de los pacientes menores. Estamos comprometidos a proveerle el mejor cuidado médico disponible. La siguiente política financiera se proporciona para evitar malentendidos y brindarle un resumen de nuestras expectativas.

Tenga en cuenta: el paciente adulto o la persona que trae a un paciente menor al consultorio será responsable del copago de las visitas Y también será la parte responsable en el registro médico. No estaremos involucrados en casos judiciales de padres. Los copagos, coinsurance y/o deducibles se deben en el momento del servicio o la visita puede reprogramarse.

La persona que traiga a un paciente menor de edad a nuestra oficina para una visita, estará autorizado a recibir información financiera y médica.

Seguros, facturación y responsabilidad del paciente

Tenga en cuenta que existen más de 1000 planes de seguro y es **SU** responsabilidad familiarizarse con su plan. Si no comprende la cobertura específica de su plan, llame a su plan de seguro o al departamento de Recursos Humanos de su trabajo. El número de su plan figura en su tarjeta de seguro.

Se espera que usted sepa si las vacunas, los controles de salud, los laboratorios u otros procedimientos están cubiertos o podrían estar incluidos en los deducibles. Es su responsabilidad saber si su revisión de pozo se realiza dentro del plazo permitido por su compañía de seguros. POR FAVOR RECUERDE: estamos obligados contractualmente por su compañía de seguros a cobrar su copago en el momento del servicio. También se requiere su copago en cada visita de seguimiento. Si no realizó un copago en el pasado, es posible que le solicitemos que la información de la tarjeta de crédito se guarde en un sitio seguro para utilizarla para el pago antes de programar su próxima cita. Si tenemos información sobre el deducible, su deducible deberá pagarse al momento del servicio. Si no ha realizado el pago del copago, coinsurance y/o deducible en el momento de la visita, es posible que se le cobre una tarifa de facturación adicional de \$25.00. La atención médica no cubierta por su plan debe pagarse en su totalidad al momento de la visita.

Como cortesía para nuestros pacientes, **DLVP** facturará a su compañía de seguros principal. Recuerde que su seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros, no el médico. Usted es responsable por los saldos después de que el seguro primario haya pagado, y el pago total vence al recibir el estado de cuenta. Participamos en la mayoría de los planes, pero si no aceptamos su seguro, usted será responsable de los cargos del día al final de la visita. Los saldos y/o reclamos impagos de más de 60 días deberán pagarse en su totalidad o se deberán hacer arreglos financieros antes de poder programar citas futuras.

******No presentamos seguros secundarios, de automóvil, de responsabilidad general ni de propietario de vivienda******

Debe informar TODA la cobertura del seguro correctamente. No hacerlo se considera fraude de seguro. Esto también resultará en la responsabilidad total del paciente de su factura. INFORMACIÓN DE SEGURO NO VÁLIDA que haga que el reclamo sea devuelto estará sujeto a una tarifa de \$25.00. Los saldos impagos que se transfieren a la empresa de cobranza pueden resultar en el despido de la familia de la práctica. Habrá un cargo de restablecimiento de \$35.00 una vez que se haya pagado el saldo en su totalidad.

Aceptamos efectivo, cheque, MasterCard, Visa o Discovery. Habrá un cargo de \$25.00 por todos los cheques devueltos. **Se DEBE proporcionar prueba de seguro vigente y válido en el momento de cada servicio. En caso de no acreditar que se dispone de un seguro válido será necesario abonar la visita ese mismo día.**

PLANES DE PAGO: Si tiene dificultades para pagar el saldo total, llame a nuestro departamento financiero para hacer arreglos. Debemos tener un plan de pago firmado y usted debe pagar con regularidad para evitar que se realicen acciones adicionales en su cuenta.

Al firmar a continuación, acepto todo lo indicado anteriormente en este documento.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de persona que firma (Padre/Madre/Guardian: _____

Firma

Fecha

**HIPAA – PATIENT CONSENT FOR USE OF DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)
ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Confirmando que se me ha proveído con la “**Nota De Practicas De Privacidad**” de **DE LA VEGA PEDIATRICS CORP.**, y doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.

Nombre Del Paciente: *(nombre en letra de molde por favor)* _____

Firma Del Paciente: *(o representante legal; prueba puede ser requerida)* _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO/MENSAJES DE TEXTO A MOVIL

Propósito: Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil en referencia a su Información de Salud Protegida. **DE LA VEGA MEDICAL PEDIATRICS CORP., (DLVP)** ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. Transmitir información vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. **DLVP** usará formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, **DLVP** no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil entre DLVP y yo, y consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Patient Acknowledgment & Agreement /*Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

Mi Correo Electrónico Consentido Es: _____

Mi Numero Móvil Para Mensaje De Texto Consentido Es: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

***EN CASO DE EMERGENCIA: Por favor llame al 911 or proceda al centro de emergencia mas cercano.**

No use esta forma de comunicación para este propósito.



AUTHORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MEDICA PROTEGIDA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Del Paciente:	Fecha De Nacimiento:
No. De Seguro Social:	No. De Teléfono:
Dirección:	

PROPORCIONAR A

Yo autorizo a **DE LA VEGA PEDIATRICS CORP;** a proporcionar la información de salud como se indica a continuación: a ser liberada y para propósito de formas alternas de comunicación confidencial el uso de la siguiente dirección de correo electrónico:

Nombre De Persona/Organización:	
Dirección:	
No. De Teléfono:	Correo Electrónico:

Fechas De Record Médico Proporcionadas:

DE LA VEGA PEDIATRICS CORP., (DLVP) Ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico. Transmitir información vía correo electrónico tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. **DLVP** usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico. De todas formas, **DLVP** no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros. Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico yo consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me ha sido respondida.

PROPOSITO DE ENTREGA

<input type="checkbox"/> Continuidad De La Atención	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Otros Propósitos <i>(especifique aqui)</i>
<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Uso Personal	

INFORMACIÓN A SER RELEVADA

<input type="checkbox"/> Record Medico Completo	<input type="checkbox"/> Reportes De Operativo
<input type="checkbox"/> Reportes De Radiología	<input type="checkbox"/> Reportes De Patología
<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otro <i>(especifique aqui)</i>	

AUTORIZACIONES ESPECIFICAS

La siguiente información no puede ser relevada sin la especifica autorización dada marcando la casilla(s) siguientes:

<input type="checkbox"/> Abuso o Tratamiento De Droga/Alcohol	<input type="checkbox"/> Información De Pruebas Genéticas
<input type="checkbox"/> Resultados o Diagnósticos De VIH/SIDA, Enfermedades De Trasmisión Sexual	<input type="checkbox"/> Tratamientos De Salud Mental o Notas De Psicoterapia <i>(Relevar Notas De Psicoterapia requiere una autorización por separado)</i>

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento excepto cuando la acción ya ha sido tomada. **Esta autorización y consentimiento vencerá a un año de la firma del presente formulario.** Su cuidado de salud (o pagos por el mismo) no podrán ser afectados firme o no esta autorización. Una vez que su información sea entregada, la misma ya no estará resguardada por las leyes.)

Firma De Paciente: <i>(Guardián/Representante Legal)</i>	Fecha:
--	---------------

Nombre: <i>(Letra De Molde)</i>	Relación Si No Es El Paciente:
---	---------------------------------------

***Si no es la firma del paciente, una copia del documento legal verificando que es el representante del paciente tiene que ser acompañada con este formulario.*

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION FROM OTHER HEALTHCARE FACILITIES

PATIENT INFORMATION

Patient Name:	Date of Birth:
Social Security No:	Telephone No:
Address:	

REQUEST TO

Name of Healthcare Facility from which Records are Requested:	
Telephone No.:	Fax No.:
Address:	
Dates of Treatment Requested:	Reason For Disclosure:

I hereby authorize **DE LA VEGA PEDIATRICS CORP., (DLVP)** to obtain the health information indicated below **AND** for the purpose of alternative means of confidential communication the use of their email address. **DLVP** offers patients the opportunity to communicate by email. Transmitting patient information by email has a number of risks that patients should consider before granting consent to use email for these purposes. **DLVP** will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email information sent and received. However, **DLVP** cannot guarantee the security and confidentiality of email communication and will not be liable for inadvertent disclosure of confidential information. I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with communication via email and consent to the conditions outlined herein. Any questions I may have had were answered.

Mail Information To: DE LA VEGA PEDIATRICS CORP.	Address: 12781 World Plaza Lane, NO.:1, Fort Myers, FL 33907
Or Fax To: 239.277.1354	Email: delavegapediatrics@gmail.com

INFORMATION TO BE RELEASED

<input type="checkbox"/> Complete Medical Record	<input type="checkbox"/> Operative Reports
<input type="checkbox"/> Radiology Reports	<input type="checkbox"/> Pathology Reports
<input type="checkbox"/> Lab Reports	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Other (please specify)	

SPECIFIC AUTHORIZATIONS

The Following Information will not be released unless you specifically authorize it by marking the relevant box(es) below:

<input type="checkbox"/> Drug/Alcohol Abuse or Treatment	<input type="checkbox"/> Genetic Testing Information
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS, Sexually Transmitted Disease (STD) Test Results or Diagnoses	<input type="checkbox"/> Mental Health Treatment or Psychotherapy Notes <i>(The release of Psychotherapy Notes require a separate authorization)</i>

This consent is subject to revocation at any time except to the extent the action has been taken thereon. ***This authorization and consent will expire one year from the date of authorization written below.*** Your health care (or payment for care) will not be affected by whether or not you sign this authorization. Once your health care information is released, redisclosure of your healthcare information by the recipient may no longer be protected by law.

Patient Signature: <i>(Guardian/Legal Representative)</i>	Date Signed:
Print Name: <i>(Please Print)</i>	Relationship If Other Than Patient:

****If other than the patient's signature, a copy of legal paperwork verifying the patient's personal representative MUST accompany the request (i.e. court appointed guardian, durable power of attorney for health care). For a deceased patient: A death certificate coupled with executor or administrator of estate paperwork must accompany authorization. Exception: parent signing for patient under the age of 18. **For a deceased patient, a court entry or order appointing a fiduciary, executor, or administrator or letters of appointment received from Probate Court must accompany an authorization signed by the named individual. If the estate has not been probated, a death certificate is required coupled with the documents naming the administrator or executor of the estate.**

GUARDIAN/PACIENTE AUTORIZACION

Nombre del Paciente: _____ Fecha nacimiento: ___/___/_____

Yo, _____ (Relación al Paciente): _____

Por la presente autorizo al personal de **DE LA VEGA PEDIATRICS CORP. (DLVP)** a realizar procedimientos de diagnóstico, terapia, pruebas, exámenes, administración del tratamiento necesario u otros procedimientos, a mí o a niño/a menor, como se indicó anteriormente, mientras esté bajo el cuidado del **DR. ARNALDO DE LA VEGA, MD. y/o JANE LIZ DE LA VEGA, APRN, FNP-C.** y/o su personal.

Yo, el firmante de este documento, también:

- Comprendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han otorgado garantías como resultado de los tratamientos o exámenes realizados por **DLVP**.
- Por la presente autorizo el pago a **DE LA VEGA PEDIATRICS CORP.**, por los servicios prestados por **DR. ARNALDO DE LA VEGA**, por **JANE LIZ DE LA VEGA, APRN**, y/o cualquier otro proveedor o personal de **DLVP**, al paciente mencionado anteriormente en este formulario. Autorizo los pagos a **DE LA VEGA PEDIATRICS CORP.** de los beneficios que se me deben en mi reclamo pendiente y/o **BENEFICIOS MÉDICOS PRINCIPALES** que de otro modo serían pagaderos a mí, pero que no excedan los cargos regulares del Médico y/o Nurse Practitioner para este período de tratamiento.
- **DE LA VEGA PEDIATRICS, CORP.** está afiliado a varias instalaciones educativas. Entiendo que este personal me notificará que es un estudiante y que tengo derecho a negarme a que participen en mi cuidado y/o el de mi niño/a menor. También entiendo que, si están involucrados en mi cuidado o el de mi niño/a menor, un profesional de atención médica empleado de **DLVP** supervisará todos los servicios y la atención brindados.
- Autorizo la divulgación de información sobre mi bienestar, resultados abdominales, tratamiento y atención, cuando lo solicite mi proveedor de seguros.
- Entiendo y asumo la responsabilidad por cualquier copago, deducible y cualquier servicio no cubierto por el proveedor de seguros.
- Acepto notificar a **DLVP** sobre cualquier cambio de dirección/número de teléfono y/o proveedor de seguro, *antes* de recibir cualquier atención o servicio.

Firma de Paciente o Guardian

Fecha de firma