



Steve Darmawan, MD, FAAP | 333 Abbott Street, Ste. C, Salinas, CA 93901 | Phone# (831) 288-8811 | Fax# (831) 998-7809

**DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE**

**Información del paciente (menor):**

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
Num. de Seguro social#	Fecha de Nacimiento:	Genero: Hombre/ Mujer
Número de Teléfono#:	Correo Electrónico:	
Dirección de la Calle:	Ciudad:	Código Posta:
Idioma Primario:	Raza/Etnia:	Como se entero de nuestra oficina?
Necesita un traductor?	En caso afirmativo, quien lo está interpretando?	

**Padre / Guardian:**

Nombre de Padre/Guardian:	Fecha de Nacimiento:
Direccion de la calle	Ciudad:
Num. de seguro social#	Código postal:
Relacion con el paciente:	Telefono celular:
Telefono de casa #:	Telefono del trabajo#:

**Madre / Guardian:**

Nombre de Madre/Guardian:	Fecha de Nacimiento:
Direccion de la calle:	Ciudad:
Número de Seguro social	Código postal
Relacion con el paciente:	Telefono celular:
Telefono de casa #:	Telefono del trabajo:





**QUESTIONARIO DE HISTORIA MEDICA PARA NUEVO PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Formulario completado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

INFORMACION DEL HOGAR			
Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Problemas de salud

Hay hermanos que no aparecen en la lista? Si es así, dé nombres y donde viven. Si uno o ambos padres no están viviendo en el hogar, con qué frecuencia ve a ese padre? \_\_\_\_\_

**Historia del Nacimiento**

Peso al nacer \_\_\_\_\_ Vaginal or Cesárea? (Circulé uno) Si fue cesárea, porque? \_\_\_\_\_  
Nació su bebé a término? \_\_\_\_\_ Prematuro, porque? \_\_\_\_\_

Alguna enfermedad o problema en el embarazo? Cuántas semanas de gestación? [ ] No [ ] Si  
Durante el embarazo la madre fumo, o bebió alcohol o usu drogas recreacionales? [ ] No [ ] Si  
Madre estuvo en cualquier medicamento durante el embarazo? [ ] No [ ] Si  
Su bebé tuvo algún problema justo después del nacimiento? Si es así, qué fue? [ ] No [ ] Si

Cual fue la alimentación inicial del bebe [ ] Mama o [ ] Formula?  
Su bebé se fue a casa con la madre del hospital? [ ] No [ ] Si

**General**

Considera que su hijo está en buena salud? [ ] No [ ] Si  
Si, no por favor explique: \_\_\_\_\_  
Tiene su hijo alguna enfermedad o condición médica (s)? [ ] No [ ] Si  
explicación: \_\_\_\_\_  
Ha tenido su hijo alguna lesión o accidente grave? [ ] No [ ] Si  
Explicación: \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo alguna cirugía? [ ] No [ ] Si  
 Explicar: \_\_\_\_\_  
 Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez? [ ] No [ ] Si  
 Tiene el registro de las vacunas de su hijo? [ ] No [ ] Si  
     Si es así, ¿puede proporcionarlos? [ ] No [ ] Si  
     Si no, dónde se pueden obtener? \_\_\_\_\_  
 Su hijo ha estado expuesto a la tuberculosis? [ ] No [ ] Si  
 Si es así, explique \_\_\_\_\_  
 Explicar: \_\_\_\_\_  
 Su hijo es alérgico a algún medicamento? [ ] No [ ] Si  
 Explicación/lista de medicaciones: \_\_\_\_\_  
 Su hijo es alérgico a algún alimento? [ ] No [ ] Si  
 Explicar y lista de alimentos: \_\_\_\_\_  
 Esta su hijo/a en algún medicamento crónico? [ ] No [ ] Si  
 Porque: \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos pasados**

Hay algún antecedente médico que nuestro médico deba saber? En caso afirmativo, favor de explicar:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Desarrollo /Historia social**

Le preocupa el desarrollo físico de su hijo? [ ] No [ ] Si  
 Explicar: \_\_\_\_\_  
 Le preocupa el desarrollo mental o emocional de su hijo? [ ] No [ ] Si  
 Explicar: \_\_\_\_\_  
 Si su hijo está en la escuela:  
     Cómo es su comportamiento en la escuela? \_\_\_\_\_  
     \_\_\_\_\_  
     Ha repetido o fallado un grado en la escuela? [ ] No [ ] Si  
     Explicar: \_\_\_\_\_  
     \_\_\_\_\_  
     Cómo es su académico performance? \_\_\_\_\_  
     Está en una clase especial/de recursos? [ ] No [ ] Si  
     Explicar: \_\_\_\_\_



## **Responsabilidad financiera**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Cuenta #: \_\_\_\_\_

### **A nuestros pacientes valorados:**

Gracias por elegir clínica de St. Junípero Children. Estamos comprometidos a proporcionarle la mejor atención médica posible. Por favor de revisar la siguiente póliza financiera. Su firma constituye un acuerdo a los procedimientos y póliza de nuestra práctica.

### **Pago en el momento del servicio**

Como cortesía, facturamos su seguro para todas las visitas de oficina. Le pedimos pagar cualquier porción no cubierta por su seguro debido a los deducibles o copagos o cualquier saldo, en el día de servicio de cita.

### **Presentación de reclamaciones**

Vamos a presentar su reclamación al seguro. Es importante recordar que el seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nuestra oficina presenta reclamaciones de seguros como una cortesía a usted, usted es responsable por el pago de servicios sin importar la cantidad de su paga a seguro. Usted recibirá su declaración dentro de 30 días de su visita. Si el pago no se recibe de la compañía de seguros o terceros responsables en 90 días, tenemos el derecho de facturarle directamente. Si su compañía de seguros solicita información adicional de usted, usted tiene 30 días para proporcionar esa información. Después de 30 días, tenemos el derecho de facturarle directamente de cualquier saldo adeudado. Por favor notificarnos inmediatamente de cualquier cambio en su seguro o cobertura.

### **Saldos adeudados después del pago del seguro**

Si hay saldo un restante debido después de que su compañía de seguros paga, tienes 30 días para realizar el pago en la factura. Le instamos a mantener su cuenta corriente. Todos los saldos de cuenta atrasada durante 120 días se enviará a una agencia externa para colecciones y una tarifa de transferencia de \$30 se añadirán al saldo total. En ese momento, la cuenta está fuera de nuestras manos. Debe referir la cuenta a un abogado para las colecciones, el abajo firmante deberá pagar honorarios de abogado real y gastos de colección.

### **Pagar sin aseguranza \_\_\_\_\_ (su inicial aquí para indicar si usted está pagando hoy sin seguro médico)**

Entiendo que, si en este momento no está disponible o vigente la cobertura para la atención médica, no podre utilizar esa cobertura de seguro para cubrir la atención médica obtenida sin cobertura y mientras este acuerdo esté vigente. Esto incluye Medi-Cal y Central California Alianza que podría conceder elegibilidad con carácter retroactivo durante algunos de los períodos en que recibió atención medical.

\*\*\*\*\*

*Sé que la verificación no es una garantía de pago y que soy responsable de cualquier saldo impuesto después del pago de mi seguro médico.*

*He leído las pólizas anteriores y de acuerdo a ellos. Autorizo a clínica de St. Junípero Children para compartir cualquier información a mi compañía de seguros con respecto a mi tratamiento. Entiendo que soy financieramente responsable por el pago de los servicios prestados.*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o garantor fecha



**Nota de HIPAA Practicas de**

**Intimidad:**

**ESTA NOTA DESCRIBE LA INFORMACION MEDICA ACERCA DE USTED Y COMO SE PUEDE USAR Y SER REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER EL ACCESO A ESTA INFORMACION. REVISELO POR FAVOR DETENIDAMENTE.**

Esta Nota de Practicas de intimidad describe como podemos usar y reveler su informacion (PI) protegida de salud para llevarse a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones (TPO) del cuidado de la salud y para otros propósitos que se permiten o son requerido por la ley. Describe tambien sus derechos de conseguir acceso a y para controlar su informacion protegida de la salud. Informacion protegida de salud es informacion acerca de usted, inclusive informacion demografica, eso lo puede identificar y eso relaciona a su pasado, presenta o la salud o la condicion future fisica o mental y los servicios relacionados del cuidado de la salud.

**Los usos y las Revelaciones de Informacion Protegida de Salud**

Su ha informacion protegida de salud se puede usar y puede ser revelada por su medico, nuestro personal de la oficina y el exterior de otros de nuestra oficina que se implican en su cuidado y el tratamiento para el proposito de proporcionar la salud los servicios del cuidado a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para sostener la operacion del medico la practica de y cualquier otro uso requerido por la ley.

El tratamiento; usaremos y revelaremos que su ha informacion protegida de salud para proporcionar, coordinar, o para manejar su cuidado de la salud y algun servicio relacionado. Esto incluye la coordinacion o la administracion de su cuidado de la salud con un terceros. Por ejemplo, nosotros revelaramos que su ha informacion protegida de salud, como sea necesario, a una agencia buscadora de la salud que proporciona el cuidado a usted. Por ejemplo, su ha informacion protegida de salud puede ser proporcionada a un medico a quien usted ha sido referido para asegurar que el medico tenga la informacion necesaria diagnosticar o tratarlo.

El pago: Su ha informacion protegida de salud se usara, cuando necesitado, para obtener el pago para sus servicios del cuidado de la salud. Por ejemplo, la aprobacion que obtiene para un hospital permanece puede requerir que su informacion protegida pertinente de la salud sea revelada al plan de la salud para obtener la aprobacion para la admision del hospital.

Las Operaciones de la asistencia sanitaria: podemos usar o podemos reveler, como necesitado, su ha informacion protegida de salud para sostener las actividades economicas de su medico la practica de s. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a, las actividades de la evaluacion de la calidad, las actividades de la revision de empleado, instruccion de estudiantes medicos, de licenciar, y de conducir o arreglar para otras actividades economicas. Por ejemplo, nosotros podemos reveler que su ha informacion progegida de salud a estudiantes medicos de escuela que ven a pacientes en nuestra oficina. Ademas, podemos usar un signo en la hoja en el escritorio de matricula donde usted se pedira para se firmar su nombre e indicar a su medico. Nosotros tambien lo podemos llamar por nombre en la habitacion que espera cuando su medico esta lista para verlo. Podemos usar o podemos reveler que su ha informacion protegida de salud, como sea necesario, para avisarlo recordarlo de su cita.

Podemos usar o podemos reveler que su ha informacion protegida de salud en las situaciones siguientes sin su autorizacion. Estas situaciones incluyen: como Requerido Por Ley, Salud Publica publica como requerido por ley, estas Enfermedades Comunicable: Descuido publica Salud: Abuso o Descuido: Alimento y requisitos Administracion Droga: Legal Procede: Aplicacion Ley: Pesquisidores, Directores.

Esta nota se publico y entra en vigencia en/o antes de el 14 de abril de 2003.

Somos requeridos por la ley a mantener la intimidad de, y proporcionar los individuos con, esta nota de nuestras practicas legales de deberes e intimidad con respecto a información protegida de salud. Si usted tiene cualquier objeción a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de la Conformidad de HIPAA en la persona o por telefono en nuestro Numero Principal de Telefono.

La firma debajo de es solo reconocimiento que usted ha recibido esta Nota de nuestras Practicas de la Intimidad.

Imprima el Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## FAVOR DE LEER ES IMPORTANTE

### BIENVENIDO A SAN JUNÍPERO LA CLÍNICA DE NIÑOS

Gracias por elegirnos como proveedor de la salud de su niño. Esperamos poder servirle. Nuestro horario de oficina es de 8:30 am 5:00 pm de lunes a viernes. El horario puede cambiar durante los meses de verano o en otro momento, ya que queremos hacer lo mejor para ayudar a acomodar su horario ocupado. Estamos orgullosos de ofrecer el mismo día citas en la mayoría de los casos. Nuestros proveedores están disponibles para responder sus preguntas en horas de oficina y después del horario para ayudar con cualquier consejo médico que usted necesite.

Debido al incremento de los costos médicos, nos gustaría solicitar a nuestros pacientes de Medi-Cal y CCAH a:

1. Mantener citas programadas y si no puede asistir a su cita favor de llamar con anticipación para cancelar.
2. Evitar la sala de emergencias si no es necesario o/urgente (lo que puede esperar para el día siguiente).
3. Antes de ir a la sala de emergencias, favor de llamar a nuestra oficina en nuestro horario regular o después de nuestro horario llame a la línea de asesoramiento de enfermería 1-844-971-8907 para cualquier asesoramiento médico que usted necesite.

Creemos que en nuestro horario y después del horario, nuestros pacientes recibirán el asesoramiento necesario para cubrir la mayoría de sus necesidades y así evitar las visitas innecesarias al departamento de emergencias. Si usted no cumple o no está de acuerdo con esta petición, SJC pedirá que lo reasignen a otro proveedor que pueda adaptarse a sus necesidades.

Gracias de nuevo por elegir St. Junípero la clínica de niños.

---

Firma de padre/guardián

---

Fecha de aviso