

PEDIATRICS

7950 Cherry Ave. STE 105. Fontana, CA 92336. Phone: (909) 434-1657 Fax: (909) 231-6231

REGISTRACION DEL PACIENTE

Paciente Nuevo: Sí / No

cambio de dirección Sí / No

Fecha ____/____/____

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente _____ Inicial: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Género: M ____ F ____ SSN: _____ - _____ - _____ Raza _____ Etnicidad _____ Religión _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado ____ Zip ____
Teléfono (Cellular) (____) _____ Teléfono (Casa) (____) _____ Teléfono de Preferencia: Celular / Casa
Dejar correo de voz: Si ____ No ____ Correo Electrónico _____ Idioma preferido _____
Discapacidad Auditiva: Si ____ No ____ Desea compartir el registro de vacunas con el departamento de California Immunization Registry CAIR? Si ____ No ____

INFORMACIÓN DE PADRES/ TUTOR LEGAL:

Nombre de la Madre: Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ SSN: _____ - _____ - _____
Dirección: (Igual que el paciente? Si ____ No ____) _____ Ciudad _____ Estado ____ Zip ____
Teléfono (cellular) (____) _____ Teléfono (Casa) (____) _____ Teléfono (Trabajo) (____) _____
Ocupación _____ Dirección de Trabajo _____ Ciudad _____ Estado ____ Zip ____
Nombre del Padre Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ SSN: _____ - _____ - _____
Dirección: (Igual que el paciente? Si ____ No ____) _____ Ciudad _____ Estado ____ Zip ____
Teléfono (cellular) (____) _____ Teléfono (Casa) (____) _____ Teléfono (Trabajo) (____) _____
Ocupación _____ Dirección de Trabajo _____ Ciudad _____ Estado ____ Zip ____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

ASEGURANZA PRIMARIA: (Mandatorio) Asegurador primario: (nombre de la persona quien esta a cargo de la seguridad)

Apellido _____ Primer nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ SSN: _____ - _____ - _____
Teléfono: (____) _____ Plan Medico _____ Numero de Aseguranza/ ID# _____ Grupo# _____
Dirección (Igual que el paciente? Si ____ No ____) _____ Ciudad _____ Estado ____ Zip ____

ASEGURANZA SECUNDARIA:

Apellido _____ Primer nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ SSN: _____ - _____ - _____
Teléfono: (____) _____ Plan Medico _____ Numero de Aseguranza/ ID# _____ Grupo# _____
Dirección (Igual que el paciente? Si ____ No ____) _____ Ciudad _____ Estado ____ Zip ____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Que no sea uno de los padres) (Mandatorio)

Nombre completo: _____ Relación al paciente _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____
Teléfono (cellular) (____) _____ Teléfono (Casa) (____) _____ Teléfono (Trabajo) (____) _____

Completado por _____ Firma de Padres/ Tutor _____ Fecha ____/____/____

BEST ANGELS PEDIATRICS

7950 Cherry Ave. STE 105, Fontana, CA 92336. Phone: (909) 434-1657 Fax: (909) 231-6231

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR/NIÑO Fecha: ____/____/____

Primer nombre del niño/a:	Apellido.	Nombre .	Inicial	Fecha de nacimiento	____/____/____
Segundo nombre del niño/a:	Apellido.	Nombre .	Inicial	Fecha de nacimiento	____/____/____
Tercer nombre del niño/a:	Apellido.	Nombre .	Inicial	Fecha de nacimiento	____/____/____

Yo, _____, el padre/tutor legal del niño/menor nombrado en este documento, doy permiso al proveedor de atención médica para administrar los exámenes, tratamientos, pruebas, vacunas, planes médicos y procedimientos que se consideren necesarios durante el cuidado del niño/menor.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPPA):

Entiendo y he recibido un aviso de prácticas de privacidad (aviso de privacidad), que proporciona una descripción más completa de la información y las divulgaciones. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmarlo. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que el proveedor de atención médica ya haya tomado medidas en mi nombre.

Yo, el padre/tutor legal del paciente nombrado en este documento, he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.

ENVÍO DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS AL REGISTRO DE VACUNACIÓN DE CA (CAIR)

Yo, el padre/tutor legal de este paciente, doy permiso a Best Angels Pediatrics para enviar registros de vacunas al Registro de CA (CAIR).

RESPONSABILIDAD FINANCIERA:

La información sobre mí necesaria para fundamentar mis reclamaciones de seguro puede ser utilizada por el proveedor de atención médica involucrado en mi atención. Por la presente, autorizo a cualquier compañía de seguros con la que tenga una póliza a pagar directamente al proveedor de atención médica cualquier beneficio de cualquier póliza de seguros al proveedor de atención médica que me haya prestado el servicio y que acepte dicha asignación. Acepto pagar todos los cargos que no sean pagados en su totalidad por el seguro asignado. Si dichos montos adeudados al proveedor de atención médica no se pagan después de un aviso razonable, esa cuenta se considerará morosa y se agregará un cargo por servicio al monto adeudado. En caso de que incumpla con el pago de mi cuenta, acepto ser responsable de los cargos de cobranza y los intereses adeudados sobre los montos en mora, incluidos los costos judiciales y los honorarios razonables de los abogados. Si la deuda se asigna a un tercero para su cobro, acepto ser responsable de los cargos de cobranza y los intereses adeudados sobre el monto en mora.

POLÍTICA FINANCIERA DE LA OFICINA:

❖ PAGOS/COPAGOS: Se espera que el paciente presente una tarjeta de seguro en cada visita. Todos los copagos, deducibles, coseguros y saldos vencidos deben pagarse al momento del servicio. Se espera que el paciente o sus padres informen al consultorio sobre cualquier cambio de plan de salud/seguro o información de contacto en cada visita

❖ CUENTAS DE AUTOPAGO: Las cuentas de pago por cuenta propia son pacientes cubiertos por planes de seguro en los que el proveedor no participa, pacientes sin una tarjeta de seguro registrada o pacientes que no tienen ninguna cobertura de seguro. Los padres deberán pagar el total al momento del servicio.

❖ PLANES DE SEGUROS NO PARTICIPANTES: Presentaremos la reclamación a estos planes de seguro como una reclamación no asignada como cortesía a nuestros pacientes. Los padres deberán pagar el total al momento del servicio. La compañía de seguros puede o no reembolsar a los padres en el caso de reclamaciones no asignadas.

❖ REEMBOLSOS A PACIENTES: Se deben cumplir los siguientes criterios antes de emitir un reembolso al paciente: no hay reclamos de seguro pendientes en la cuenta de la familia y no hay saldos pendientes de pacientes en la cuenta de la familia.

❖ CASOS DE CUSTODIA DE NIÑOS: El padre con custodia es responsable de los copagos al momento del servicio para las instancias participantes y de todos los saldos vencidos. Si el padre sin custodia tiene seguro, la oficina le enviará la factura a esa compañía de seguros. Es obligación de los padres llegar a un acuerdo y asegurar el pago a nuestra oficina.

❖ FUERA DE HORAS: Se puede aplicar una tarifa a cualquier servicio médico prestado fuera del horario laboral, incluida la consulta médica por teléfono.

❖ CHEQUES: NO aceptamos cheques

❖ TARIFA DE FORMULARIOS: Se puede aplicar una tarifa por formularios físicos escolares/formularios físicos deportivos/cartas especiales/registros de vacunas/y registros médicos.

CITA PERDIDA: Se puede aplicar una tarifa de \$25.00 por cita perdida, a menos que se cancele o reprograme con 24 horas de anticipación.

Al firmar este documento, acepto/doy permiso sobre todos los elementos enumerados en este documento.

Nombre: _____

Relación con el paciente (Encierra en un círculo uno): Madre , Padre , Padre/Madre adoptivo , Tutor legal , Otro: _____

Firma _____

Witness (Name and Signature) _____ Title _____ Date _____

BEST ANGELS PEDIATRICS**7950 Cherry Ave. STE 105. Fontana, CA 92336. Phone: (909) 434-1657 Fax: (909) 231-6231**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relacion del paciente _____

Marque Sí o No y explique dónde se requiere. N/A - No corresponde

EMBARAZO Y NACIMIENTO:

¿La salud de la madre durante el embarazo? _____

Medicamento durante el embarazo? SI o NO

Nombre del hospital: _____

Semanas de gestación _____

¿Tipo de Entrega? Cesárea Vaginal

Peso de nacimiento _____

Prueba de audición para recién nacidos : Paso Fallido

¿Vacuna contra la hepatitis B administrada al nacer? SI NO

¿Complicaciones? SI NO ¿Parto podálico SI NO

Problemas con el bebé durante el parto: _____

¿Ictericia? SI NO

¿Fumar, beber alcohol o usar drogas callejeras durante el embarazo? SI NO ¿Otros problemas durante el embarazo?

HISTORIA MEDICA PASADA DEL NIÑO/A

¿Alergias a los medicamentos? SI NO / ¿Comida? SI NO

¿Alguna cirugía? SI NO

¿Vacunas al día? SI NO

Hospitalización (¿cuándo, dónde, por qué)? _____

Lesiones graves (¿cuándo, dónde)? _____

Asthma	SI NO	Problemas de visión	SI NO
Rinitis alérgica	SI NO	Problemas de audición	SI NO
Infección de oído	SI NO	Problemas articulares	SI NO
Eczema/Hives	SI NO	Problemas de la piel	SI NO
Autism	SI NO	Problemas de desarrollo	SI NO
Convulsiones	SI NO	Problemas del corazón	SI NO
UTI / Urinario Genital	SI NO	Problemas abdominales	SI NO
Retraso del habla	SI NO	ADD / ADHD / Psiquiátrico	SI NO
Trastorno de la sangre	SI NO	Depresión	SI NO
Neurológico/PC	SI NO	Problemarenal	SI NO

NUTRICIÓN

¿Apetito generalmente bueno? SI NO

¿Cólicos o problemas de alimentación durante los primeros 3 meses? SI NO

¿Amamantado? SI NO /Fórmula SI NO Marca: _____

¿Bebe leche? SI NO

¿Come fruta? SI NO

¿Come verduras? SI NO

HISTORIA SOCIALIdioma hablado en casa: Ingles Español Other: _____ **El****Niño/a vive con:**

Madre _____ Padre _____ Ambos _____ Abuelos _____ Tia _____

Guardián _____ Padre/Madre involucrado SI NO

¿Fumadores en casa? SI NO / ¿Mascotas? SI NO

DESARROLLO Y COMPORTAMIENTO**Edad a la que niño/a:**

Sentado solo _____

Camino _____

Oraciones usadas / Discurso _____

Dientes _____

EDAD ESCOLAR NIÑO/A

Grado en la escuela _____ Gusta escuela SI NO

¿Problemas en la escuela? SI NO

¿Problemas de aprendizaje? SI NO

¿Problemas de conducta? SI NO

¿Malos hábitos? SI NO

¿Enuresis? SI NO / Duerme Bien SI NO

¿Fuma? SI NO

¿Consume drogas callejeras o ilegales? SI NO

¿Algún hobby o deporte? _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR**Enumere todos los parientes consanguíneos de su hijo que hayan tenido los siguientes problemas:****Alergias:** _____

Asthma: _____

Rinitis alérgica: _____

Eczema: _____

Trastorno de la sangre: _____

Enfermedad mental: _____

Problema de drogas: _____

Cancer: _____

Artritis/trastorno de la cadera: _____

Epilepsia/convulsiones: _____

Enfermedad cardíaca/problema de colesterol: _____

Hipertensión: _____

Migraña: _____

Sordera: _____

Diabetes: _____

Problemas de estómago: _____

Problemas de tiroides: _____

Problemas de visión: _____

Explique otras preocupaciones:

Lista de medicamentos:

FIRMA: _____ FECHA: _____