

REGISTRO DE PACIENTE NUEVO

Datos del paciente y tutores

DATOS DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente (apellido, nombre, segundo nombre)

Nombre preferido

Fecha de nacimiento

Sexo asignado al nacer

☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Intersexual

Identidad de género (opcional)

Pronombres (opcional)

Dirección residencial

Ciudad

Estado

Codigo postal

Condado

Idioma principal

Necesita intérprete?

☐ Sí ☐ No

Raza / etnia (opcional)

PADRE, MADRE O TUTOR 1

Nombre legal completo

Relación con el paciente

Fecha de nacimiento

Teléfono de casa

Teléfono móvil

Teléfono del trabajo

Correo

Dirección, si es diferente a la del paciente

PADRE, MADRE O TUTOR 2

Nombre legal completo

Relación con el paciente

Fecha de nacimiento

Teléfono de casa

Teléfono móvil

Teléfono del trabajo

Correo

Dirección, si es diferente a la del paciente

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN

Contacto preferido

☐ Llamada ☐ Mensaje de texto ☐ Correo

Número o correo preferido

Puede dejar mensaje de voz?

☐ Sí ☐ No

Personas autorizadas para hablar sobre la atención o recibir información (opcional)

REGISTRO DE PACIENTE NUEVO

Seguro, contactos, farmacia y proveedores

SEGURO PRIMARIO

Compañía de seguro / plan

Número de miembro / póliza

Número de grupo

Nombre del asegurado

Fecha de nacimiento del asegurado

Relación con el paciente

Dirección del asegurado, si es diferente

Teléfono del seguro

SEGURO SECUNDARIO (SI CORRESPONDE)

Compañía de seguro / plan

Número de miembro / póliza

Número de grupo

Nombre del asegurado

Fecha de nacimiento del asegurado

Relación con el paciente

CONTACTO DE EMERGENCIA (DISTINTO DE LOS TUTORES DE LA PÁGINA 1)

Nombre completo

Relación

Teléfono

FARMACIA PREFERIDA

Nombre de la farmacia

Teléfono

Fax (si se conoce)

Dirección / ubicación

PROVEEDOR PRIMARIO / REMITENTE

Pediatra o proveedor primario actual / anterior

Teléfono

Fax

Nombre y dirección del consultorio

Proveedor remitente, si es diferente

Teléfono

Fax

RESPONSABLE / CONTACTO DE FACTURACIÓN

Nombre

Relación

Teléfono

Dirección de facturación, si es diferente

Correo

RECORDATORIO DE TARJETA DE SEGURO

Presente las tarjetas de seguro vigentes y una identificación con foto del adulto responsable. Verificar la cobertura no garantiza el pago. Avise al consultorio de inmediato si cambia el seguro o la información de contacto.

RESUMEN DEL HISTORIAL MÉDICO

Motivo para establecer atención / inquietudes actuales

Antecedentes del nacimiento, embarazo o parto (incluya edad gestacional, peso y UCIN)

Diagnosticos, hospitalizaciones, cirugías, lesiones o atención de especialistas

Inquietudes de desarrollo, conducta, aprendizaje o escuela

Antecedentes familiares (corazon, muerte subita, asma, diabetes, convulsiones, genética, salud mental u otros)

Estado de vacunación

☐ Al día

☐ Incompletas / atrasadas

☐ Desconocido

Hay registros?

☐ Sí

☐ No

ALERGIAS

☐ Sin alergias conocidas

Anote alergias a medicamentos, alimentos, ambiente u otras y sus reacciones

MEDICAMENTOS ACTUALES

☐ No toma medicamentos

Anote recetas, medicamentos sin receta, vitaminas, suplementos, dosis y frecuencia

INFORMACIÓN ADICIONAL

Otra información que deba conocer el equipo clínico

REGISTRO DE PACIENTE NUEVO

Confirmaciones, consentimiento y firmas

CONFIRMACIONES DE CONSENTIMIENTO

- ☐ Consentimiento para la atención: Autorizo a los profesionales y al personal del consultorio a evaluar y tratar al paciente, incluidos exámenes rutinarios, procedimientos diagnósticos y tratamientos apropiados para la visita.
- ☐ Responsabilidad financiera: Entiendo que soy responsable de los cargos que no pague el seguro, incluidos deducibles, copagos, coseguro, servicios no cubiertos y cargos por información de seguro incorrecta o desactualizada.
- ☐ Beneficios e información del seguro: Autorizo la divulgación de información necesaria para procesar reclamaciones y la asignación directa al consultorio de los beneficios correspondientes, cuando se permita.
- ☐ Coordinación de atención: Autorizo al consultorio a obtener y compartir información médica pertinente con proveedores, farmacias, laboratorios y planes de salud para tratamiento, pago y operaciones permitidas por la ley.
- ☐ Comunicaciones electrónicas: Entiendo que el correo y los mensajes de texto comunes pueden implicar riesgos de privacidad. Autorizo el uso de los métodos elegidos en la página 1 para citas y comunicaciones de atención, conforme a la política del consultorio.

CONFIRMACIÓN DE HIPAA / PRIVACIDAD

- ☐ Confirmando que recibí, revise o se me ofreció el Aviso de Prácticas de Privacidad del consultorio. Entiendo que explica cómo puede usarse o divulgarse la información de salud y los derechos de privacidad del paciente. Puedo solicitar una copia impresa.

Nombre de quien confirma

Relación con el paciente

CERTIFICACION Y FIRMAS

Al firmar, certifico que la información de este formulario es completa y correcta a mi leal saber y entender. Informaré al consultorio de cambios importantes. Entiendo que también se aplican las políticas del consultorio y los formularios de consentimiento adicionales.

Firma del padre, madre, tutor o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente

Firma del segundo padre, madre o tutor (si se requiere)

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

Número de expediente

Fecha de registro

Verificado por

Tarjetas de seguro copiadas

☐ Sí ☐ No

Identificación verificada

☐ Sí ☐ No

Aviso de privacidad entregado

☐ Sí ☐ No

HISTORIAL MEDICO PEDIATRICO DETALLADO

Nacimiento, desarrollo e historial de salud

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	N. de expediente (consultorio)
Persona que completa el formulario	Relación	Fecha de llenado

EMBARAZO Y NACIMIENTO

Edad gestacional al nacer	Peso al nacer	Parto		Parto múltiple?	
		☐ Vaginal	☐ Cesárea	☐ Sí	☐ No
Problemas de embarazo, parto, recién nacido, ictericia, alimentación o UCIN					

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Hitos del desarrollo / edad alcanzada, si se conoce		
Inquietudes actuales de desarrollo, habla, motricidad, sentidos, conducta, aprendizaje o escuela		
Escuela / guardería y grado	IEP / 504 / terapias?	
	☐ Sí ☐ No	

NUTRICION, SUENO E HISTORIA SOCIAL

Dieta, alimentación, apetito, suplementos o acceso a alimentos	
Rutina de sueño, ronquidos o inquietudes	Miembros del hogar / vivienda
Exposición a humo / vapeo?	Mascotas, armas u otra información de seguridad
☐ Sí ☐ No	

HISTORIAL MEDICO PEDIATRICO DETALLADO

Afecciones, medicamentos y antecedentes familiares

HISTORIAL MÉDICO PASADO Y ACTUAL

☐ Asma / sibilancias		☐ Alergias / eczema	
☐ Afección cardíaca / soplo		☐ Convulsiones / afección neurológica	
☐ Diabetes / afección endocrina		☐ Afección renal / urinaria	
☐ Afección digestiva / alimentación		☐ Problema de visión / audición	
☐ Salud mental / conducta		☐ Afección genética / congénita	
☐ Infecciones recurrentes		☐ Otra afección crónica	

Hospitalizaciones, cirugías, enfermedades graves, lesiones o especialistas (incluya fechas)

ALERGIAS Y MEDICAMENTOS

☐ Sin alergias conocidas	Alergias y reacciones
☐ No toma medicamentos	Medicamento / dosis / frecuencia / motivo

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Para cada afección, indique los familiares afectados

Incluya: enfermedad cardíaca temprana o muerte súbita, asma/alergia, diabetes, convulsiones, genética, cáncer, salud mental, sustancias u otros antecedentes importantes.

HISTORIAL MEDICO PEDIATRICO DETALLADO

Revision, vacunas y certificacion

REVISION DE SISTEMAS E INFORMACIÓN ADICIONAL

Sintomas actuales o inquietudes de salud

Salud dental y dentista habitual

Inquietudes de visión o audición

Historia menstrual, si corresponde

Inquietudes de conducta / salud emocional

Otra información para el equipo clínico

VACUNAS Y REGISTROS

☐ Vacunas al día ☐ Atrasadas / incompletas ☐ Desconocido ☐ Registros adjuntos

Pediatra / consultorio anterior

Teléfono

Fax

CERTIFICACION

Certifico que la información proporcionada es completa y correcta a mi leal saber y entender. Informare al consultorio de cambios importantes y entiendo que el personal clínico puede hacer preguntas de seguimiento.

Firma del padre, madre, tutor o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente

PEDIATRIC SOCIAL HISTORY

Home, family, and social environment

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente (apellido, nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento

Fecha de llenado

Persona que completa el formulario

Relación to child

FAMILY AND CHILDCARE

Parents / caregivers in the child's household (check all that apply)

☐ Mother ☐ Father ☐ Stepmother ☐ Stepfather ☐ Grandparent ☐ Otro

Parents' marital / relationship status

☐ Married ☐ Single ☐ Separated ☐ Divorced ☐ Otro

Daycare / preschool / school attendance Name and schedule, if applicable

☐ Sí ☐ No

HOME ENVIRONMENT

Home type

☐ House ☐ Apartment ☐ Condo / townhome ☐ Temporary housing ☐ Otro

Water source

☐ Ciudad / public ☐ Well ☐ Bottled / filtered ☐ Otro

Smoking or vaping in the home / car

Who / where?

☐ Sí ☐ No

Pets in the home

Type and number

☐ Sí ☐ No

Known mold, mildew, water damage, pests, or other environmental concerns

☐ Sí ☐ No

CHILD / ADOLESCENT SOCIAL HISTORY

This information pertains to the child. If not applicable, leave it blank. The clinical team may review sensitive questions privately when appropriate.

Alcohol, tobacco, vaping, marijuana, or other drug use

☐ Sí ☐ No

Details, if applicable

PEDIATRIC SOCIAL HISTORY

Sibling and additional household information

CHILD / ADOLESCENT QUESTIONS - CONTINUED

Sexually active

☐ Sí☐ No☐ Prefer not to answer

SIBLINGS

Nombre	Fecha de nacimiento	Sex	Lives with child?
		☐ M ☐ F	☐ Sí
		☐ M ☐ F	☐ Sí
		☐ M ☐ F	☐ Sí
		☐ M ☐ F	☐ Sí
		☐ M ☐ F	☐ Sí
		☐ M ☐ F	☐ Sí

ADDITIONAL HOUSEHOLD INFORMATION

Otro children or adults living in the home, including relationship to the child

Recent family changes, moves, separations, losses, stressors, or safety concerns

REVIEW

Parent / guardian / patient printed name

Fecha

Additional comments

AUTORIZACION PARA OBTENER EXPEDIENTES MEDICOS

Enviar registros a Seaside Pediatrics

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente (apellido, nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento

N. de expediente (consultorio)

Dirección del paciente

Teléfono

PROVEEDOR / CENTRO QUE DIVULGA LOS REGISTROS

Nombre del proveedor o centro

Teléfono

Fax

Dirección

DESTINATARIO

Enviar registros a: Seaside Pediatrics of Key West, 1075 Duval St., Unit C-14, Key West, FL 33040 | Fax: (305) 295-0597 | Correo:
info@seasidepediatricskw.com

REGISTROS SOLICITADOS

☐ Expediente médico completo☐ Registro de vacunas☐ Graficas de crecimiento☐ Notas de visitas☐ Lista de medicamentos☐ Lista de alergias☐ Resultados de laboratorio☐ Informes de imágenes / diagnóstico☐ Registros hospitalarios / quirúrgicos☐ Informes de especialistas☐ Registros de desarrollo / conducta☐ Otro

Otro / intervalo de fechas / detalles específicos

Proposito

☐ Continuidad de atención☐ Transferencia de atención ☐ Otro

AUTORIZACION PARA OBTENER EXPEDIENTES MEDICOS

Autorización y firma

AUTORIZACIÓN

Autorizo al proveedor o centro indicado a divulgar los registros seleccionados a Seaside Pediatrics of Key West. Entiendo que esta autorización es voluntaria; por lo general, el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no puede condicionarse a mi firma, salvo lo permitido por la ley.

Esta autorización vence un año despues de la firma, salvo que se indique antes otra fecha o evento. Puedo revocarla por escrito, excepto en la medida en que ya se haya actuado con base en ella. La información divulgada puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por normas federales de privacidad.

Fecha o evento de vencimiento anterior (opcional)

Ponga sus iniciales si incluye información especialmente protegida, cuando corresponda:

Salud mental / conducta

Tratamiento por uso de sustancias

Relacionado con VIH / SIDA

FIRMA

Firma del padre, madre, tutor o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente

Sí firma un representante personal, describa su autoridad y adjunte documentos si se requieren

POLITICAS DEL CONSULTORIO Y CITAS PERDIDAS

Expectativas y confirmación

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente (apellido, nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento

N. de expediente (consultorio)

CITAS Y LLEGADA

Llegue a tiempo y traiga tarjetas de seguro vigentes, identificación, información de medicamentos y registros solicitados. Llegar tarde puede requerir una visita más corta o reprogramación para atender a otros pacientes de manera segura y puntual.

Aviso requerido para cancelar

Cargo por cancelación tardía / cita perdida

Aviso con 24 horas de anticipación

Cargo de \$20

CANCELACIONES Y CITAS PERDIDAS

Avise al consultorio lo antes posible si no puede asistir. Las cancelaciones tardías o citas perdidas repetidas pueden afectar las opciones de citas o la relación con el consultorio, conforme a la política y la ley. El consultorio puede evaluar emergencias y circunstancias excepcionales.

☐ Confirmando la política anterior sobre cancelaciones y citas perdidas.

SEGURO Y PAGO

La información del seguro debe estar vigente. Los copagos y otros montos pueden deberse al momento del servicio. Verificar el seguro no garantiza el pago. El responsable debe pagar deducibles, coseguro, servicios no cubiertos y saldos no pagados por el seguro, conforme a los acuerdos y la ley.

☐ Confirmando la política anterior sobre seguro y pago.

RENOVACIONES, FORMULARIOS Y MENSAJES

Las renovaciones rutinarias, formularios escolares o de campamento, referidos y mensajes no urgentes requieren tiempo razonable. Algunas solicitudes pueden requerir un examen o visita preventiva vigente. No envíe síntomas urgentes por correo, texto o portal; llame al consultorio o busque atención de emergencia.

☐ Confirmando las expectativas anteriores sobre renovaciones, formularios y mensajes.

COMUNICACIÓN Y PRIVACIDAD

Mantenga actualizados los datos de contacto y las personas autorizadas. El consultorio usa protecciones razonables, pero el correo de voz, correo electrónico y texto comunes pueden tener riesgos de privacidad. Estas preferencias no sustituyen los servicios de emergencia ni garantizan revisión inmediata.

☐ Confirmando las expectativas anteriores de comunicación y privacidad.

POLITICAS DEL CONSULTORIO Y CITAS PERDIDAS

Confirmación y firmas

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CONDUCTA RESPETUOSA

La información de salud correcta, la comunicación respetuosa y la supervisión adecuada de los niños ayudan a mantener un entorno seguro. La conducta amenazante, abusiva, discriminatoria o perturbadora puede abordarse conforme a la política. No se permiten armas, fumar, vapear, alcohol ni drogas ilegales, sujeto a la ley.

☐ Confirmando las expectativas anteriores de seguridad y conducta respetuosa.

CONFIRMACIÓN

Confirmando que recibí o revise estas políticas, tuve oportunidad de hacer preguntas y entiendo que pueden actualizarse. Esta confirmación complementa, y no sustituye, otros documentos de registro, consentimiento, privacidad y finanzas.

☐ Confirmando y acepto seguir las políticas descritas en este documento.

Firma del padre, madre, tutor o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente

Comentarios o preguntas adicionales del padre, madre o tutor

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

Version / fecha de vigencia

Testigo / revisor del personal

Fecha