

DATOS DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente (apellido, nombre, segundo nombre)			Nombre preferido	Fecha de nacimiento
Sexo asignado al nacer		Identidad de género (opcional)		Pronombres (opcional)
☐ Femenino	☐ Masculino	☐ Intersexual		
Dirección residencial				
Ciudad	Estado	Código postal	Condado	
Idioma principal	Necesita intérprete?		Raza / etnia (opcional)	
	☐ Sí	☐ No		

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		Número o correo preferido	Puede dejar mensaje de voz?	
☐ Llamada	☐ Mensaje de texto	☐ Correo	☐ Sí	☐ No
Personas autorizadas para hablar sobre la atención o recibir información (opcional)				

SEGURO PRIMARIO

Compania 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)

Compania 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			Hay registros?	
Al día	Incompletas / atrasadas	Desconocido	Sí	No

ALERGIAS

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

Sin alergias conocidas

MEDICAMENTOS ACTUALES

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

No toma medicamentos

INFORMACIÓN ADICIONAL

Otra información que deba conocer el equipo clínico

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	Identificación verificada	Aviso de privacidad entregado
Sí No	Sí No	Sí No

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? Sí No	Mascotas, armas u otra información de seguridad

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.

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

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Fecha de llenado
Persona que completa el formulario	Relación con el menor	

FAMILIA Y CUIDADO INFANTIL

Padres o cuidadores en el hogar del menor (marque todos los que correspondan)

Madre	Padre	Madrastra	Padrastro	Abuelo/a	Otro
-------	-------	-----------	-----------	----------	------

Estado civil o de relación de los padres

Casados	Soltero/a	Separados	Divorciados	Otro
---------	-----------	-----------	-------------	------

Asiste a guardería, preescolar o escuela

Sí	No
----	----

Nombre y horario, si corresponde

ENTORNO DEL HOGAR

Tipo de vivienda

Casa	Apartamento	Condominio / casa adosada	Vivienda temporal	Otro
------	-------------	---------------------------	-------------------	------

Fuente de agua

Municipal / pública	Pozo	Embotellada / filtrada	Otro
---------------------	------	------------------------	------

Fuman o vapean en el hogar o automóvil

Sí	No
----	----

¿Quién / dónde?

Mascotas en el hogar

Sí	No
----	----

Tipo y cantidad

Moho, humedad, daños por agua, plagas u otros problemas ambientales conocidos

Sí	No
----	----

HISTORIAL SOCIAL DEL NIÑO / ADOLESCENTE

Esta información corresponde al menor. Si no aplica, déjela en blanco. El equipo clínico puede revisar preguntas sensibles en privado cuando sea apropiado.

Uso de alcohol, tabaco, vapeo, marihuana u otras drogas

Sí	No
----	----

Detalles, si corresponde

PREGUNTAS DEL NIÑO / ADOLESCENTE - CONTINUACIÓN

Sexualmente activo/a

Sí

No

Prefiere no responder

HERMANOS

Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo		¿Vive con el menor?
		M	F	Sí
		M	F	Sí
		M	F	Sí
		M	F	Sí
		M	F	Sí
		M	F	Sí

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL HOGAR

Otros menores o adultos que viven en el hogar, incluida su relación con el menor

Cambios familiares recientes, mudanzas, separaciones, pérdidas, estrés o inquietudes de seguridad

REVISIÓN

Nombre en letra de molde del padre, tutor o paciente

Fecha

Comentarios adicionales

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

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.

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