



REGISTRO DE PACIENTE PEDIÁTRICO NUEVO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Nombre preferido:					
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo asignado al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino		Numero de seguro social:	
Domicilio:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Dirección postal (si es diferente):		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono:					
☐ Teléfono de la casa: _____ ☐ Teléfono celular: _____ ☐ Teléfono para mensajes: _____ ☐ Correo electrónico: _____					
Estado de estudiante: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ No es estudiante					
INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR					
Nombre de la madre:		Fecha de nacimiento:		Teléfono:	
Nombre del padre:		Fecha de nacimiento:		Teléfono:	
Tutor legal o representante del paciente si es distinto del indicado arriba: Si el paciente tiene un tutor legal o representante, proporcione esa información (se requiere prueba en caso de tutor legal, representante, poder notarial médico, etc.).					
Nombre del tutor legal o representante: _____			Fecha de nacimiento: _____		
Numero de seguro social: _____			Teléfono: _____		
Nombre de la persona con la que vive principalmente el paciente: _____					
Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____					

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DEL PACIENTE			
Nombre de la persona responsable:		Fecha de nacimiento:	Numero de seguro social:
Teléfono:	Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Empleador:
Ocupación:	Dirección comercial:		Teléfono:
INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS			
Nombre del seguro principal:			
Numero de grupo:		Numero de póliza:	
Nombre del titular de la póliza (TP):		Fecha de nacimiento del TP:	
Numero de seguro social del TP:		Relación del TP con el paciente:	
Nombre del seguro secundario (si aplica):			
Numero de grupo:		Numero de póliza:	
Nombre del titular de la póliza (TP):		Fecha de nacimiento del TP:	
Numero de seguro social del TP:		Relación del TP con el paciente:	
CONTACTO DE EMERGENCIA			
Nombre:	Relacion:		Teléfono:
Farmacia preferida:			
¿Instrucciones anticipadas completadas? Sí No ¿POLST completadas? Sí No ¿Donante de órganos? Sí No			
Firma del paciente o padre/guardián del niño menor: _____			
Fecha: _____			
HISTORIA DE SALUD PEDIÁTRICA			
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Otro		Nombre del socio (si aplica):	
Empleador:		Ocupación:	
Dirección comercial:		Teléfono:	
*Raza del paciente: ☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Negro/afroamericano ☐ Otros ☐ Hawaiano nativo/isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Declined			
*Etnicidad del paciente: ☐ Hispanos o latinos ☐ No hispanos o latinos ☐ Disminuido			

***El paciente prefiere Idioma:** ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

**la recopilación de esta información es legal y autorizada bajo el título VI de la ley de derechos civiles de 1964. El propósito de reunir esta información es mejorar la calidad general de la atención médica ofrecida. La información recabada es útil para medir las tendencias, identificar las brechas de disparidad en la atención sanitaria e implementar una intervención específica hacia poblaciones específicas que pueden tener un mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades. Esta información nunca será utilizada para perfilar a los pacientes o discriminar a los pacientes de ninguna manera.*

SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES SOBRE INFORMACIÓN MÉDICA:

Solicito que Saint Moscati se comunique conmigo confidencialmente sobre asuntos médicos de la siguiente manera:

Método de contacto preferido del paciente: ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico * *

¿le gustaría que la clínica le dejara información médica en un buzón de voz? ☐ Sí ☐ No

¿le gustaría estar inscrito en el portal del paciente para acceder a su archivo de salud? ☐ Sí ☐ No

¿desea recibir notificaciones de texto para recordatorios de citas? ☐ Sí ☐ No

Saint Moscati puede revelar mi información de salud protegida (PHI) a la siguiente persona (s)

(por favor note: Si usted quiere permitimos revelar la PHI a su cónyuge pulsera/etc, su nombre debe ser listado abajo):

FIRMAS

Consentimiento para obtener el historial de medicamentos de las farmacias mediante e-prescripción:

Por la presente doy mi consentimiento para Saint Moscati, incluyendo a sus profesionales y empleados autorizados, para acceder, utilizar y divulgar mi información médica protegida a las farmacias que utilizo actualmente o que usará en el futuro con el fin de transmitir prescripciones para mi tratamiento. Consiento la divulgación de mi información sobre medicamentos recetados por cualquier proveedor, proveedor de salud mental, farmacia, asegurador o gerente de beneficios de prescripción, específicamente incluyendo cualquier programa de salud estatal o federal para Saint Moscati y farmacias con el propósito de mi tratamiento. Mi consentimiento incluye la re-divulgación de la información de salud protegida mantenida por un programa de tratamiento de drogas o alcohol.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Relación con el paciente

Asignación de beneficios de seguro/divulgación de información

Autorizo a San Moscati para divulgar cualquier información incluyendo los expedientes de cualquier tratamiento o examinación rendida durante el período de tal cuidado a los pagadores de tercera persona y/o a los médicos de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pagar directamente Saint Moscati beneficios de otro modo pagaderos a mí. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre por mí mismo de mis dependientes. Autorizo el uso de mi firma en todas mis presentaciones de seguro.

Firma del paciente o padre/guardián del niño menor

Fecha

Autorización de Medicare
Si Usted está cubierto por Medicare, Por favor firme y feche abajo

Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare sea hecho a mí o en mi nombre a Juan Luis Castillo, FNP-C/Saint Moscati para cualquier servicio proporcionado por SM. Autorizo a cualquier titular de la información médica sobre mí para liberar a el centro de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes cualquier información necesaria para determinar Estos beneficios pagaderos para los servicios relacionados. Entiendo mi firma solicita que el pago sea hecho y autorice la divulgación de la información médica necesaria para pagar la demanda. Si "otro seguro de salud" se indica en el punto 9 del formulario HCFA-1500, o en otra parte en otros formularios de reclamación aprobados o reclamaciones enviadas electrónicamente, mi firma autoriza la publicación de la información al asegurador o Agencia demostrada. En Medicare casos asignados, el proveedor de atención médica o el proveedor acuerda aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa, y el paciente es responsable solamente del deducible, del co-seguro, y de los servicios no cubiertos, el co-seguro y el deducible se basan sobre la carga determinación del transportista de Medicare.

Firma del beneficiario

Fecha

Reconocimiento del paciente del recibo del aviso de las prácticas de la intimidad, derechos y responsabilidades del paciente

Políticas de la oficina y política financiera

Su nombre y firma a continuación indican que ha recibido una copia de San Moscati sobre aviso de prácticas de privacidad y derechos y responsabilidades del paciente en la fecha indicada. Si tiene alguna pregunta sobre la información de avisos de prácticas de privacidad, por favor no dude en ponerse en contacto con el administrador de la práctica como se indica en el aviso. Su firma también indica que ha recibido una copia de la política financiera de san moscati. Por mi firma estoy de acuerdo con los términos esbozados en las políticas financieras. Por favor de llamar o de ponerse en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta.

Nombre del paciente (impreso): _____

Fecha: _____

Firma del paciente o padre/guardián del niño menor

Relación con el paciente

Política de Citas Perdidas y Cancelaciones

Valoramos su tiempo y nos esforzamos por brindar la mejor atención posible a todos nuestros pacientes. Para poder atender a todos de manera eficiente, hemos implementado la siguiente política con respecto a citas perdidas o canceladas sin previo aviso:

- Se cobrará una **tarifa de \$25** por **cancelación del mismo día**.
- Cada paciente **tiene 4 oportunidades** dentro de un **período de 12 meses**.
 - **1ª cita perdida:** Se aplica la tarifa de \$25.
 - **2ª cita perdida:** Se aplica la tarifa de \$25.
 - **3ª cita perdida:** Tarifa de \$25 + advertencia por escrito.
 - **4ª cita perdida:** Expulsión del consultorio.

Tenga en cuenta:

- Las cancelaciones deben hacerse **con al menos 24 horas de anticipación** para evitar la tarifa.
- Las citas perdidas se evaluarán por caso.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Consentimiento para el tratamiento

Yo (o mi tutor legal/Padre) autorizó a San Moscati que me proporcione con el cuidado razonable por las pautas actuales de las mejores prácticas y normas.

Firma del paciente o padre/guardián del niño menor

Fecha

Política de Prescripción de Narcóticos (Opioides) – Reconocimiento del Paciente

Saint Moscati se compromete a un manejo del dolor seguro y responsable. Como parte de nuestro esfuerzo por combatir la crisis de opioides y prevenir la adicción, hemos adoptado la siguiente política:

Solo recetamos **medicamentos narcóticos (opioides)** para aliviar el dolor **a corto plazo** después de:

- Dolor experimentado después de una lesión aguda y grave.

Estas recetas serán limitadas en **dosis y duración** para apoyar una recuperación segura. No recetamos opioides para el **dolor crónico** ni para uso a largo plazo. Trabajaremos con usted para manejar el dolor con alternativas más seguras como medicamentos no narcóticos, terapia, y referencias a especialistas si es necesario. Si tiene preguntas, lo invitamos a hablar con su proveedor.

Reconocimiento del Paciente: He leído y entiendo la política de prescripción de narcóticos de Saint Moscati.

Firma del paciente o padre/guardián del niño menor

Fecha

Política de Redes Sociales para Pacientes

En Saint Moscati Community Health Care, protegemos la privacidad de nuestros pacientes y el respeto hacia nuestro personal. Al interactuar con nuestra clínica en redes sociales, usted acepta lo siguiente:

- **Privacidad:** No publique información médica confidencial suya o de otros. No tome fotos, videos o grabaciones sin permiso.
- **Respeto:** No se tolerarán comentarios ofensivos, falsos o amenazantes sobre la clínica, el personal o los pacientes.
- **Reseñas:** Puede dejar opiniones honestas, pero no debe divulgar detalles médicos específicos ni publicar información engañosa.
- **Uso de la marca:** No puede usar el nombre, logotipo o imágenes de la clínica sin autorización.
- **Consecuencias:** Las violaciones pueden resultar en restricciones de servicio o acciones legales.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



HISTORIA DE SALUD PEDIÁTRICA

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Fecha:
Proveedor de atención primaria anterior:		Última visita:	
SALUD ACTUAL			
Problemas médicos actuales:			
MEDICAMENTOS: Mencione todos los medicamentos que esté tomando, incluidas las vitaminas, las hierbas, los remedios caseros.			
Nombre del medicamento	Concentración (mg)	Instrucciones	Motivo porque lo toma
ALERGIAS: O reacciones a medicamentos, entorno, animales, alimentos, etcétera.			
Alergia		Síntomas o reacciones	
FARMACIA			
Por favor indique la farmacia:			
DENTAL: ¿El paciente ha ido al dentista? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, fecha de la última visita:			
Nombre del proveedor dental:		Frecuencia de las visitas:	

El paciente se ha colocado selladores dentales: ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro Si la respuesta es sí, cuándo:

EXAMEN DE LA VISTA

¿El paciente ha tenido un examen de la vista? ☐ Yes ☐ No Si la respuesta es sí, cuándo:

ANÁLISIS DE SANGRE

¿Se le han realizado análisis de sangre al paciente? ☐ Yes ☐ No Si la respuesta es sí, cuándo:

VACUNAS: Traiga la cartilla de vacunación del paciente

¿Está actualizada? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro Reacciones a vacunas anteriores (si las hay):

CUESTIONARIO DE SALUD PARA ADOLESCENTES (para mayores de 12 años) Haga que el PACIENTE responda a las preguntas.

¿Consume tabaco o nicotina? ☐ Sí ☐ No ☐ En el pasado qué tipo:

En los últimos 12 meses, ¿ha hecho algo de lo siguiente?

Beber alcohol (más que algunos sorbos) ☐ No ☐ Sí

Fumar marihuana o hachís ☐ No ☐ Sí

Consumir algo más para drogarse ☐ No ☐ Sí

¿ALGUNA VEZ ha hecho lo siguiente?

¿Alguna vez ha viajado en un coche conducido por alguien (incluido usted mismo) bajo el efecto de alguna droga o alcohol? ☐ No ☐ Sí

¿Alguna vez has consumido alcohol o drogas para relajarte, sentirte mejor contigo mismo o encajar? ☐ No ☐ Sí

¿Alguna vez ha consumido alcohol o drogas cuando está solo o sola? ☐ No ☐ Sí

¿Alguna vez se ha olvidado de las cosas que hizo mientras consumía alcohol o drogas? ☐ No ☐ Sí

¿Su familia o amigos le dicen alguna vez que debería reducir su consumo de alcohol o drogas? ☐ No ☐ Sí

¿Se ha metido alguna vez en problemas mientras consumías alcohol o drogas? ☐ No ☐ Sí

Durante las últimas 2 semanas, ¿ha sentido poco interés o placer por hacer cosas? ☐ No ☐ Sí

Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado? ☐ No ☐ Sí

ANTECEDENTES MÉDICOS

Describe cualquier problema médico importante (asma, convulsiones, problemas cardíacos, diabetes, etc.):
Hospitalizaciones/Cirugías (incluya el año):
Huesos rotos o esguinces graves (incluya la zona del cuerpo):

PACIENTES MUJERES: (Si procede)

Edad de inicio del período menstrual:
Primer día del último período:
¿Es activa sexualmente? ☐ Sí ☐ No ☐ Nunca tuve relaciones sexuales
Métodos de anticoncepción:

ENFERMEDADES INFECCIOSAS: Ha tenido su hijo alguna de las siguientes enfermedades:

☐ Varicela ☐ Sarampión ☐ Paperas ☐ Rubéola ☐ Meningitis ☐ Tuberculosis ☐ Tos ferina (tos convulsa)
☐ Otros (especifique)

EMBARAZO Y NACIMIENTO

Dónde nació su hijo:
¿El niño está a su cargo por: ☐ Nacimiento ☐ Adopción ☐ Hijastro ☐ Otro:
Peso al nacer: Longitud:
Prematuro: ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es sí, con qué antelación: Parto: ☐ Vaginal ☐ Cesárea
Si la respuesta es cesárea, ¿por qué?
Problemas médicos durante el embarazo:
Problemas médicos durante el período de recién nacido del niño:

ANTECEDENTES FAMILIARES/SOCIALES

¿Quién vive en casa?

Nombre

Edad

Relación

Escuela del niño:

Grado:

¿Tiene mascotas en casa? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, mencione cuáles:

¿Alguien en casa fuma? ☐ Sí ☐ No ¿Quién? ☐ Dentro ☐ Fuera ☐ En el automóvil

Enumere los deportes o los pasatiempos:

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Indique cuales de sus familiares han tenido alguna de las siguientes afecciones:

1. Defectos de Nacimiento:
2. Cáncer:
3. Derrame cerebral:
4. Enfermedad mental:
5. Hipertensión:
6. Enfermedades cardíacas:
7. Diabetes:
8. Asma:
9. Artritis:
10. Osteoporosis:
11. Migrañas:
12. Otros problemas médicos: