

Información del paciente pediátrico

Fecha: __/__/__

Menor: _____ Fecha de nacimiento __/__/__ [] masculino [] femenino
 Menor: _____ Fecha de nacimiento __/__/__ [] masculino [] femenino
 Menor: _____ Fecha de nacimiento __/__/__ [] masculino [] femenino
 Menor: _____ Fecha de nacimiento __/__/__ [] masculino [] femenino

Padre #1 _____ Fecha de nacimiento __/__/__
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____
 Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____
 Empleador: _____ Ocupación: _____

Padre #2 _____ Fecha de nacimiento __/__/__
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____
 Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____
 Empleador: _____ Ocupación: _____

Teléfono preferido para recordatorios de citas: _____

Correo electrónico para el portal: (pacientes menores de 12 años): _____

Los padres [] están casados [] viven juntos [] están separados [] están divorciados **Custodia ejercida por el** [] padre #1 [] padre #2

*Presente documentación oficial sobre órdenes judiciales de custodia que indiquen quién puede traer al menor a una consulta.

Idioma preferido: _____ Origen étnico: [] hispano/latino [] no hispano/latino

Raza: [] blanca [] afroamericana [] asiática [] indígena norteamericana [] Otra

Autorizo a las siguientes personas para traer a mis hijos para su atención médica y seguir las instrucciones de Orlando Health Physician Associates.

Entiendo que el pago deberá hacerse al momento del servicio. Este consentimiento es válido para consultas por enfermedad, pero no para las consultas de rutina ni para vacunas.

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
 Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
 Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
 Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO (Debe presentar una tarjeta de seguro actual en cada consulta)

Compañía de seguro: _____ # de identificación _____ Grupo # _____

Titular de la póliza: [] Padre #1 [] Padre #2
 [] Otro: Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

Autorizo a Physician Associates LLC para realizar procedimientos y tratamiento incluyendo la administración de medicamentos y anestesia local así como otros procedimiento quirúrgicos y médicos que puedan ser médicamente necesarios. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria (incluyendo la divulgación de información sobre VIH/SIDA; la salud mental; abuso de sustancias, como alcohol o drogas; y otras enfermedades contagiosas declarables) para procesar un reclamo y dispongo que los beneficios se le paguen a Physician Associates, LLC en caso de que otro seguro médico se vuelva mi seguro primario, dejando a mi seguro médico actual en segundo plano. Para la continuidad de la atención médica, autorizo la divulgación de mi información médica a doctores especializados contratados por Physician Associates, LLC. Asimismo, todo servicio no cubierto por mi seguro correrá por cuenta mía y tengo la responsabilidad de saldar los servicios provistos por Physician Associates, LLC.

_____/_____/_____
 Firma del padre/tutor legal En letra imprenta Fecha

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

HISTORIA DE NACIMIENTO (SOLO PARA PACIENTES NUEVOS)

Embarazo	¿Hubo complicaciones durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	
Parto	¿Fue el paciente prematuro?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	
	¿Hubo complicaciones después del parto? <i>(ictericia, respiración, alimentación, infección)</i>	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	

HISTORIA MÉDICA (PACIENTES ESTABLECIDOS: ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DESDE EL ÚLTIMO FORMULARIO QUE LLENARON)

Cirugías, lesiones, enfermedades, hospitalizaciones	Edad	Detalles sobre cirugías, lesiones graves, enfermedades graves y hospitalizaciones
<input type="checkbox"/> <i>sin cambios</i>		

MEDICAMENTOS ACTUALES: Escriba los medicamentos recetados o de venta libre y dosis que su hijo toma regular o frecuentemente

<input type="checkbox"/> ninguno	Medicamentos	Dosis
<input type="checkbox"/> <i>sin cambios</i>		

MEDICAMENTOS PREVIOS: Escriba los medicamentos recetados o de venta libre y dosis que su hijo solía tomar regularmente

<input type="checkbox"/> ninguno	Medicamentos	Dosis
<input type="checkbox"/> <i>sin cambios</i>		

ALERGIAS

Haga una lista de cualquier comida, medicamento o alergia al medio ambiente que su hijo haya tenido

<input type="checkbox"/> ninguna	Alérgeno	Reacción
<input type="checkbox"/> <i>sin cambios</i>		

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

HISTORIA FAMILIAR: (Pacientes establecidos: agregue solo la información nueva)

Diagnóstico	madre	padre	hermano	Abuela materna	Abuelo materno	Abuela paterna	Abuelo paterno	otros
Asma	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Alergias	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Convulsiones	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Migraña	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Cáncer	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Enfermedad de la tiroides	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Colesterol Alto	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Presión alta	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Enfermedad del corazón	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Tuberculosis	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Diabetes	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Insuficiencia renal	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Ojo vago	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Crohn, colitis ulcerosa	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Lupus, AR, autoinmune	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Trastorno del aprendizaje, TDAH	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Depresión, enfermedad mental	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Abuso de sustancias	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

Detalles de lo anterior:
Otra historia personal o familiar relevante:

La historia médica y de vacunas previa es muy importante para la atención médica de su hijo. Si aún no ha provisto su historia médica previa, por favor llene las autorizaciones de divulgación correspondientes hoy mismo para que la podamos obtener. Gracias.

¿Requiere usted o algún familiar de asistencia por impedimentos auditivos? [] sí [] no

Formulario _____
 Completado por: *Firma del padre/tutor legal*

Fecha: ___/___/___

Formulario _____
 Completado por: *Firma del padre/tutor legal en letra imprenta*

Fecha: ___/___/___

Firma del personal clínico: _____

Fecha: ___/___/___



CONTRATO FINANCIERO DE LA FAMILIA DE PEDIATRÍA

Como contraprestación para Physician Associates LLC por atender a los pacientes indicados a continuación, acuerdo que:

soy responsable de todos los gastos por la atención médica del (de los) paciente(s).

es mi responsabilidad asegurarme de que el seguro médico de mi(s) hijo(s) esté al día, y de proporcionar la información correcta y actualizada del seguro a Physician Associates.

los cargos son pagaderos al momento de la cita.

si Physician Associates remite mi reclamo al seguro, acuerdo pagar todos los gastos no cubiertos, coseguros, copagos y deducibles. Entiendo que estos montos son establecidos por mi seguro y no por Physician Associates.

Entiendo además que los pacientes con saldos de pagos adeudados deben saldar su cuenta antes de recibir más servicios en nuestro consultorio. Los pacientes que tengan preguntas sobre sus facturas o que deseen establecer una opción de pago a plazos pueden hablar con el representante de la Oficina Administrativa. Los pacientes con saldos de más de \$100 deberán coordinar el pago antes de programar su próxima cita.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y PARA LA COBRANZA

Autorizo a Physician Associates, LLC para divulgar la información médica de mis hijos menores de edad nombrados, incluyendo resultados positivos de drogas, alcohol y VIH a mi compañía de seguro según sea necesario para procesar mis reclamos.

Autorizo a mi compañía de seguro para pagar directamente a Phsycian Associates, LLC por los servicios médicos o quirúrgicos cubiertos que fueron provistos a mis hijos nombrados a continuación.

Nombre del menor: _____	Fecha de nacimiento ___/___/___
Nombre del menor: _____	Fecha de nacimiento ___/___/___
Nombre del menor: _____	Fecha de nacimiento ___/___/___
Nombre del menor: _____	Fecha de nacimiento ___/___/___

Firma de la parte responsable: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: ___/___/___

Nuestra filosofía sobre la vacunación

Como profesionales médicos, creemos que todos los niños deberían recibir todas las vacunas recomendadas por las directrices de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los EE. UU. y de la Academia Americana de Pediatría (AAP). Estas directrices están sujetas a estudios continuamente y son revisadas por expertos en los campos de la medicina, inmunología y salud pública. Además, se consideran el modelo de vacunación ideal en este país y en muchos países más a nivel mundial. Todas las vacunas recomendadas han sido estudiadas detenidamente y se consideran seguras y eficaces en la prevención de enfermedades y protección de la vida.

Como proveedores médicos, creemos firmemente que la vacunación es la intervención más importante que podemos administrar.

Controversia sobre las vacunas:

Siempre ha habido sospechas y controversias en torno a las vacunas. A menudo, es difícil para los proveedores médicos explicar la ciencia, así como es difícil para los pacientes entenderla. Puede ser muy difícil tomar decisiones basadas en información conflictiva, y como proveedores médicos, quisiéramos que confíe en nosotros como sus intérpretes.

Como se suele decir en el campo de la medicina, las vacunas son víctimas de su propio éxito. La vacunación es tan eficaz que en raros casos se presentan las infecciones cuyas vacunas de prevención administramos. Esto puede causar dificultad para entender la importancia de completar la serie de inmunizaciones recomendadas durante la infancia.

También es difícil ver a nuestros hijos recibir múltiples inyecciones en una cita con el médico. Sin embargo, existen muchas investigaciones cuyos resultados nos aseguran que la administración de múltiples vacunas a la vez no abruma para nada al sistema inmunológico de las personas, aunque pueda ser estresante. De hecho, nuestros sistemas inmunológicos son muy poderosos y se ocupan de cosas cientos de veces más exigentes que lo que se administra en forma de vacunas durante el transcurso de un día normal.

Finalmente, no hay datos que sugieran que las vacunas pueden causar autismo u otras discapacidades del desarrollo. El timerosal, un conservante a base de mercurio que se usa en ampollas de múltiples dosis de tan solo unas cuantas vacunas, nunca se ha considerado tóxico y no causa ni empeora las enfermedades neurológicas; entre otras, el autismo. Estos hechos son acordados por toda la comunidad científica y se basan en investigaciones científicas continuas.

Los riesgos de la subvacunación y de las alternativas:

La subvacunación ha causado brotes de tos ferina y sarampión. Ambas infecciones pueden requerir hospitalización e incluso causar la muerte. Existen vacunas que, si se administran de conformidad con el programa de inmunización definido por los CDC, previenen ambas infecciones.

El retraso o separación de vacunas aumenta el periodo de exposición a infecciones de su hijo. Las visitas repetidas al consultorio para vacunas individuales son traumáticas para su hijo y crean mayor exposición de su hijo a las enfermedades de las salas de espera. Además, si su hijo está enfermo y tiene fiebre, por ejemplo, nuestras recomendaciones y los exámenes médicos que se le harán a su hijo serán muy diferentes dependiendo de si su hijo está completamente inmunizado.

Este es un problema de salud pública. Retrasar o eliminar la inmunización de su hijo, presenta un riesgo directo para otros niños. Esto incluye a niños que no pueden ser vacunados por razones médicas, como pacientes de cáncer, y bebés que aún son muy pequeños como para ser vacunados. No podemos permitir la introducción innecesaria de enfermedades susceptibles a la inmunización en nuestras salas de espera y consultorios por condonar programas de inmunización alternativos no fundamentados.

Recursos de inmunización:

Reconocemos que la decisión de vacunar a su hijo puede ser emocional. Haremos lo posible por que se sienta cómodo con la decisión de inmunizar a su hijo según los programas aceptados de inmunización establecidos por los CDC. Si tiene inquietudes, no dude en hablar al respecto con nuestro personal o con su proveedor médico antes de su consulta. Ofrecemos consultas separadas para hablar sobre las vacunas si lo desea. Quisiéramos pedirle que se dé el tiempo de explorar algunos de los siguientes recursos antes de su consulta.

El virus del pánico, del autor Seth Mnookin, un periodista investigador y padre.

CDC: [Para los padres: Vacunas para sus hijos](#) – Un recurso útil sobre las vacunas diseñado para padres.

AAP: [Inmunización](#) – Información sobre vacunas y enfermedades prevenibles.

CDC: Programa recomendado de inmunizaciones de rutina: [De 0 a 6 años](#) [De 7 a 18 años](#)

CDC: [Declaraciones de información sobre las vacunas \(VIS\)](#) – hojas informativas publicadas por los CDC

CHOP: [Centro de educación sobre vacunas](#) - The Children's Hospital of Philadelphia's Vaccine Education Center

Nuestra política de vacunación:

Como profesionales médicos, creemos firmemente que todos los niños deben seguir el programa recomendado de inmunizaciones de la Academia Americana de Pediatría y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. No cumplir este programa puede exponer a sus hijos y a otras personas al riesgo de desarrollar enfermedades graves e incluso de muerte. Como profesionales médicos de Orlando Health y Physician Associates, exigimos que se cumpla el programa recomendado de vacunación de los CDC para comenzar a atender o continuar atendiendo a su familia.

A partir del 01 de noviembre de 2016, nuestro consultorio no aceptará a familias nuevas que tengan la firme convicción de no vacunar a sus hijos. Si aún no se decide, aceptaremos atender a sus hijos con el entendimiento de que nos esforzaremos por compartir información correcta con la expectativa de que se comprometa a cumplir el programa recomendado de vacunación en el plazo de dos meses de la primera consulta con su recién nacido. Si su hijo es grande al venir a nuestro consultorio y no ha recibido todas las vacunas recomendadas, le ofreceremos una cita para hablar sobre la inmunización. Le daremos un periodo de gracia de un mes después de la primera cita; si después de ese plazo, opta por no proceder con la inmunización según el programa de vacunación por omisión de los CDC, le pediremos que se atienda con otro proveedor médico.

Los pacientes establecidos que están retrasados en la vacunación tendrán un periodo de gracia de dos meses para vacunarse. Dichos pacientes seguirán un plan escrito de acuerdo con el programa de vacunación por omisión diseñado por los CDC, que formará parte de su historia médica. Si los padres/tutores deciden no vacunar a sus hijos según este plan, le pediremos que se atienda con otro proveedor médico.

Recomendamos la vacuna anual contra la influenza (gripe) para todos los pacientes de 6 años en adelante. Sin embargo, no permitiremos vacunar a su hijo contra la influenza no causará que dejemos de atenderlo en nuestros consultorios.

Si siente que no puede cumplir nuestra política sobre el programa de inmunización de la infancia, le pedimos que se atienda con otro proveedor médico que comparta su punto de vista. No tenemos una lista de estos proveedores alternativos ni recomendaríamos a estos médicos.

N.B. Esta política no aplica a los pacientes con contraindicaciones médicas a ciertas vacunas.

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento del paciente _____

Iniciales del padre/tutor _____ Fecha _____

Iniciales del médico _____ Fecha _____

Octubre de 2016

POLÍTICA DE INASISTENCIA E IMPUNTUALIDAD

Nos esforzamos mucho para ofrecerle una cita que se adapte a su horario y al de sus hijos. Entendemos que a veces uno debe faltar a su cita debido a emergencias u obligaciones laborales o familiares. Le pedimos, en la medida de lo posible, que llame por lo menos 24 horas antes de su cita si no va a poder llegar a la hora programada. Esto nos permite ofrecerle ese horario a otro paciente que lo necesite.

Si no cancela su cita por lo menos con 24 horas de antelación, registraremos la inasistencia como “No vino a la consulta”. En dichos casos se le podría cobrar una tarifa por cancelación de \$25 a \$50 dependiendo del tipo de cita a la que no se haya presentado. Estas tarifas no son cubiertas por el seguro. Si falta a sus citas en repetidas oportunidades, le pediremos que se atienda con otro médico que no pertenezca en nuestros consultorios.

Entendemos que puede haber demoras y, a veces, las consultas médicas pueden ser más largas de lo anticipado debido a problemas médicos complejos. Sin embargo, nos empeñamos en ser puntuales. Le pedimos que nos llame si va a llegar tarde a su cita.

Si llega 15 minutos después de la hora programada de su cita, podríamos vernos en la necesidad de reprogramar su cita.

Recuerde que cuando los pacientes toman en consideración nuestros horarios, podemos entregarle la mejor atención médica, sin presiones, a su hijo y a los hijos de otras familias. También nos permite mantener nuestra agenda llena sin demoras siempre que sea posible. De esta forma también podemos proveer una excelente atención médica a sus hijos y ser buenos proveedores para nuestras familias. Gracias nuevamente por su consideración y respeto.

Acuse de recibo de la Política de inasistencia y impuntualidad.

Nombre del menor: _____

Fecha de nacimiento ___/___/___

Nombre del menor: _____

Fecha de nacimiento ___/___/___

Nombre del menor: _____

Fecha de nacimiento ___/___/___

Nombre del menor: _____

Fecha de nacimiento ___/___/___

Firma de la parte responsable: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: ___/___/___



**ORLANDO HEALTH PHYSICIAN ASSOCIATES FORMULARIO DE
ACEPTACIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
PEDIATRÍA**

El aviso de las prácticas de privacidad de Orlando Health Physician Associates, le ofrece información sobre cómo podemos usar y divulgar la información médica protegida sobre sus hijos menores de edad. Usted tiene el derecho de revisar nuestro Aviso antes de firmar este formulario. Como lo indica el Aviso, los términos del mismo pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede llamar a nuestro consultorio médico para recibir una copia actualizada o visitar nuestro sitio de Internet en www.paof.com

Usted tiene el derecho de solicitar que limitemos el uso o divulgación de la información médica sobre sus hijos para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No tenemos la obligación de aceptar sus limitaciones, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo.

Al firmar este formulario usted consiente en el uso y divulgación de la información médica protegida sobre sus hijos para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, según lo establecido en nuestro Aviso. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, excepto en el caso de que ya hayamos actuado basándonos en su consentimiento anterior.

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Orlando Health Physician Associates.

Nombre del menor: _____	Fecha de nacimiento ___/___/___
Nombre del menor: _____	Fecha de nacimiento ___/___/___
Nombre del menor: _____	Fecha de nacimiento ___/___/___
Nombre del menor: _____	Fecha de nacimiento ___/___/___

Firma de la parte responsable: _____
Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: ___/___/___

SOLO PARA USO DE PHYSICIAN ASSOCIATES

Parent declined signing this acknowledgement form. Date: ___ / ___ / ___
Reason given: _____
Staff Member Name: _____ Office Location: _____

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE SU
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

_____ autoriza el uso o divulgación de la Información médica personal que me
Escriba el nombre del paciente/representante legal o padre/tutor legal

identifique _____ como se describe a continuación.
Nombre del paciente en letra de imprenta Fecha de nacimiento

Persona/organización autorizada para usar/divulgar la información Nombre/organización _____ Dirección _____ Ciudad, estado, código postal _____ Teléfono: _____ Fax: _____	Persona/organización autorizada para recibir la información: Nombre/organización _____ Dirección _____ Ciudad, estado, código postal _____ Teléfono: _____ Fax: _____
---	--

Para fines de: Solicitud legal Mudarse fuera del área Nuevo médico local Otro (por favor especifique)

Esta autorización vencerá en la siguiente fecha, o al ocurrir el siguiente evento o condición: _____

Si no específico un vencimiento, evento o condición, la autorización vencerá en un año. Entiendo que puedo revocar esta autorización con una notificación escrita enviada a la oficina en la que se archivó la autorización original, excepto en la medida que ya se haya tomado acción en base a esta autorización. La información sobre la salud mental, alcohol, drogas, VIH o SIDA es protegida por leyes federales y estatales de confidencialidad que prohíben la divulgación de la misma sin autorización específica escrita por el que suscribe o de acuerdo con lo que establecen dichas leyes. Además, solicito que no se divulgue la información de asesoría/pruebas genéticas de mi historia médica sin mi autorización escrita a menos que la ley exija lo contrario. Entiendo que puedo usar la siguiente lista para seleccionar la información que deseo que se divulgue con mis iniciales en el espacio provisto. Asimismo, entiendo que la divulgación de la información de mi historia médica conlleva la posibilidad de que mi información médica pueda volverse a divulgar. Además, entiendo que Physician Associates, LLC no puede condicionar la proporción de tratamiento, pago, inscripción en el plan médico o derecho de recibir beneficios en el otorgamiento de esta autorización.

Fecha(s) de servicio: de: _____ a: _____

Coloque sus **INICIALES** al lado de cada información cuya divulgación o revisión autoriza:

Resumen de historia médica Todas las pruebas de diagnóstico Informe(s) de patología/operaciones
 Drogas o alcohol Información sobre SIDA ETS/Enfermedades contagiosas
 Historia médica completa (puede tener un costo) Otro (especificar) _____

Además, ponga sus **INICIALES** al lado de cada categoría específica: (si corresponde)

Salud Mental Pruebas de VIH Asesoría genética/información de pruebas
 Drogas o alcohol Información sobre SIDA ETS/Enfermedades contagiosas

Paciente/representante legal o padre/tutor legal *Firma requerida* _____
Declaración de autorización

Fecha de nacimiento del paciente: Número de Seguro Social (opcional) _____
Documento de identificación mostrado

Nombre del traductor o intérprete _____
Número de teléfono

Dirección Ciudad Estado Código postal

Solo para uso oficial: _____
Nombre de la persona u organización que divulga la información Fecha