



Registro Para Pacientes Nuevos

Paciente : La persona buscando cuidado medico

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F M (Por favor circule)
Número de teléfono: _____ Numero de Seguro Social: _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal _____

Información de Padres/Guardianes

Apellido de la Madre: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Núm. de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es la dirección igual al paciente? Si No
Número de Teléfono: _____ Numero del Trabajo: _____ Numero de Celular: _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal _____
Trabaja? Si No (Por favor circule) Ocupación: _____ Compañía de trabajo _____

Información de Padres/Guardianes

Apellido del Padre: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Núm. de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es la dirección igual al paciente? Si No
Número de Teléfono: _____ Numero del Trabajo: _____ Numero de Celular: _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal _____
Trabaja? Si No (Por favor circule) Ocupación: _____ Compañía de trabajo _____

Guardián Legal: (Si es otra persona que no sean los padres)

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Número de Teléfono: _____ Numero del Trabajo: _____ Numero de Celular: _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal _____

Correo electrónico de miembro familiar (Esto se usará para el portal del paciente): _____

Seguro de Salud Primario:

Nombre de la compañía de Seguro: _____ Número de Teléfono: _____
Dirección de Reclamaciones : _____
Apellido del Beneficiario: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Número de Identificación: _____ Numero de Grupo: _____ Empleador: _____

Seguro de Salud Secundario:

Nombre de la compañía de Seguro: _____ Número de Teléfono: _____
Dirección de Reclamaciones: _____
Apellido del Beneficiario: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Número de Identificación: _____ Numero de Grupo: _____ Empleador: _____

Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono: _____

Consentimiento:

Yo, actuando como el guardián del paciente previamente mencionado, doy mi consentimiento para que el(la) paciente reciba evaluación y tratamiento médico por los doctores en Desert Sun Pediatrics. Reconozco que recibí aviso de prácticas de privacidad.

Firma: _____ Fecha: _____





Información Pediátrica/Historia Inicial

Fecha: _____ Nombre: _____ Informante: _____
 Masculino Femenino #SS: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor, enumere todas las personas en el hogar:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Ocupación	Educación
Padre: _____	_____	_____	_____
Madre: _____	_____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____	_____

¿Se han producido cambios importantes recientes o estrés en la vida del niño? Si No

Si su respuesta es si, por favor explique: _____

¿El paciente va con una niñera, a escuela preescolar o a una guardería? Si No

Historia de Nacimiento

Peso al nacer: _____ Longitud: _____ Lugar: _____

¿Durante el embarazo, vio la madre a un doctor regularmente? Si No

¿Durante el embarazo, tuvo la madre: (Si es si, por favor explique) Explicación

¿Algún problema médico? Si No _____

¿Fumo o tomo? Si No _____

¿Uso algún medicamento? Si No _____

¿Uso alcohol o drogas? Si No _____

¿Tuvo algún problema durante el parto? Si No _____

Antecedente Medico

La salud general del niño/niña es: Buena En Promedio Mala

Explicación

¿El niño/niña tiene alguna alergia? Si No _____

¿Está tomando el paciente algún medicamento? Si No _____

Por favor indique cualquier hospitalización, operaciones, enfermedades graves o accidentes con fechas.





Historia Familiar

¿El paciente ha tenido a algún familiar de sangre con algún de estos problemas? (Si la respuesta es sí, por favor indique al miembro familiar).

	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Miembro familiar
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias/asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas mental/Emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
De células falciformes (sickle cell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Convulsiones (seizures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Desarrollo

¿Tiene alguna duda acerca de lo siguiente? Si su respuesta es sí, por favor explique.

Desarrollo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Comportamiento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Hábitos alimenticios	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Hábitos de sueños	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Experiencia escolar	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Hábitos del baño/de aseo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Disciplina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Otro (explique)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____





Política de privacidad

La oficina de Desert Sun Pediatrics, P.C. esta dedicada a proteger su “información privada de salud”. Este aviso es para informarle como y porque tomamos dicha información, y quien tiene acceso a esa información.

Como Tomamos su Información

Su información personal demográfica como su nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social y información de seguro de salud es obtenida de usted. Esta es la razón por la cual usted llena la pagina de registro y la razón por la cual pedimos copia de su tarjeta de seguro de salud. Esto le asegura que la información que obtenemos de usted es correcta. Si vino a nuestra oficina a través de un encuentro de hospital, es posible que obtengamos esa información por parte del hospital. Sin embargo, en su primera visita a esta oficina le vamos a pedir que llene el registro para asegurarnos que la información recibida por el hospital es correcta.

Porque Obtenemos Esta Información

Obtenemos esta información para tratar su condición médica y obtener pago de su seguro medico.

Manteniendo la información precisa y oportuna

Cualquier persona o personas a quien usted asigne por escrito, personas directamente involucradas en su cuidado médico, personas creando y manteniendo su records de salud, y aquellas entidades que necesiten su información para procesar los reclamos de salud medico, y obtener pago para los servicios tienen acceso a su Información Privada Protegida.

Entidades como las de Gubernamental de Supervisión, procedimientos judiciales y administrativos, agencias de aplicación de la ley, médicos forenses y médicos examinares, organizaciones de obtención de órganos pueden obtener copias de su información privada protegida. Estas entidades son mandadas por la ley y esta oficina no tiene jurisdicción sobre esas entidades.

Como Protegemos Su Información

Nosotros solo les damos su información a personas que necesitan su información. Mantenemos medidas de seguridad física, electrónica y de procedimiento para que nadie más que las personas que participan en su atención médica o entidades que necesitan esta información para la tramitación de reclamaciones tengan acceso a su información de salud protegida.

Sus Derechos

Usted tiene derecho de inspeccionar su información de salud protegida. Usted también tiene el derecho de corregir cualquier error que pueda encontrar en su expediente.

Si se va de esta oficina, su Información de Salud Protegida va a seguir protegida como se ha mencionado en este aviso.

Quejas / Comentarios

Si usted tiene alguna queja con respecto a nuestras prácticas de privacidad, puede contactar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en la dirección 200 Independence Avenue, S.W. Room 509, HHH Building, Washington, D.C. 20201. También puede contactar al Oficial de Privacidad de esta practica al (480) 563-111.

ESTA OFICINA se reserva el derecho de modificar nuestra política de privacidad según lo dictado por la ley, sin necesidad de enviar una copia de la enmienda. Cualquier cambio a esta política será publicada en nuestra oficina.





Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Padre o Guardian Legal: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

ESTE FORMULARIO PERMITE A LOS PAPAS/CUSTODIO LEGAL DESIGNAR A OTROS ADULTOS PARA HACER DECISIONES MEDICAS PARA UN NIÑO/NIÑA EN LA AUCENSA DE LOS PADRES/CUSTODIOS LEGAL. PADRES/GUARDIANES DELEGACION DE AUTORIDAD PARA CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO DE UN NIÑO MENOR.

Yo, el padre firmante, guardián legal, o persona con custodia legal de _____, un niño menor, autorizo a las personas enlistas en este formulario para que actúen como agentes para el firmante que consiente cualquier examen de rayos x, anestesia, diagnostico medico o quirúrgico o tratamiento y/o cuidado en el hospital que se den al dicho niño bajo la supervisión de un medico y quirúrgico con licencia o cualquier examen de rayos x, anestesia, diagnostico dental o quirúrgico o tratamiento y atención hospitalaria que se dé al menor por un médico.

Se entiende que esta autorización se da por adelantado para cualquier diagnostico especifico, tratamiento o atención hospitalaria que sea necesaria, pero se da para proporcionar autoridad y poder de dichos agentes para dar consentimiento especifico a cualquier diagnostico, tratamiento, o atención hospitalaria que un médico o quirúrgico para ejercitar su mejor juicio que se estime conveniente.

PERSONAS AUTORIZADAS PARA DAR CONSENTIMIENTO A DAR TRATAMIENTO MEDICO DE UN NIÑO/NIÑA MENOR (PONGA A PERSONAS EXEPTO A LOS PADRES OR GUARDIANES).

- | | |
|----------|----------------|
| 1. _____ | Relación _____ |
| 2. _____ | Relación _____ |
| 3. _____ | Relación _____ |
| 4. _____ | Relación _____ |
| 5. _____ | Relación _____ |
| 6. _____ | Relación _____ |

Esta autorización estará en efecto por 1 año de la fecha escrita abajo, a menos que sea revocado por escrito y sea traído a la oficina de Desert Sun Pediatrics, P.C.

Fecha: _____
 En Phoenix, Arizona

 FIRMA del guardián legal/Persona con custodian legal

 Imprimir el nombre

*La firma de cualquier padre, guardián legal, o persona con custodia es requerida.





Contrato De Oficina

Nuestro objetivo es brindarle y mantener una buena relación de doctor a paciente. Dándole la oportunidad de leer en contenido del contrato permite que tengamos una buena comunicación y nos ayuda a nosotros a alcanzar nuestro objetivo. Por favor lea cada sección cuidadosamente y inicie en la parte indicada. Si tiene alguna pregunta, por favor háganoslo saber y le ayudaremos con mucho gusto.

Citas

- 1) Nosotros valoramos el tiempo en el cual vemos a su hijo(a). Nosotros no hacemos citas dobles. Si no pueden venir a una de sus citas, apreciaríamos aviso de 24 horas antes de la cita. **Hay un cargo de \$25 si usted no viene a una cita y no cancela.**
- 2) Si usted llega tarde a su cita, es posible que le pidamos que cambie la cita a otro día.
- 3) Nos esforzamos en tratar de minimizar el tiempo de espera; Pero, las emergencias pasan y toman prioridad en el lugar de una cita. Apreciamos mucho su comprensión.
- 4) Antes de hacer su visita anual, por favor verifique con su compañía de seguro medico si la visita va estar cubierta para una visita de salud, y si hay alguna cantidad máxima para esa visita.

Por favor inicie aquí _____

Planes de Seguro Medico

Por favor entienda

- 1) Es su responsabilidad darnos su información de seguro medico correcta. Si la información de la compañía de seguro medico que nos da es incorrecta, **usted es responsable por el pago de la visita y usted será responsable de darle el recibo a su seguro para un reembolso.**
- 2) Si nosotros somos su médico primario, verifique que nuestro nombre y número de teléfono estén en su tarjeta de seguro medico. Si su compañía de seguro no ha sido informada que nosotros somos su médico primario, **usted puede ser responsable por su visita actual.**
- 3) Es su responsabilidad entender su plan de beneficios, por ejemplo, saber cuáles beneficios están cubiertos, y cuales farmacias son participantes. Por Ejemplo:
 - a) No todos los planes cubren las visitas del físico anual, físicos para deportes, o visión y examen del oído. Si estos servicios no son cubiertos, usted va ser responsable por el pago a tiempo de la visita. Por favor notifiquenos de cualquier ayuda financiera que usted necesite si no puede pagar al tiempo del servicio antes de la cita.
 - b) Para niños menores de 2 años, hay un límite de cuantas veces pueden ver al doctor para físicos de bebe por año. Si el límite es excedido, su compañía de seguro medico no pagara por los servicios; usted será responsable por el pago al tiempo de servicio. Por favor notifique a nuestra oficina si no puede pagar al tiempo de servicio.
- 4) Es su responsabilidad saber si una referencia se ha hecho o si necesita autorización para ver a algún especialista, aunque pre-autorizaciones sean requeridas antes de un procedimiento, y cuales servicios son cubiertos.
- 5) Es su responsabilidad notificarnos acerca de pólizas de seguro medico primario y secundario (si el paciente tiene más de una aseguradora medica). Si el paciente tiene seguro medico primario privado y también póliza de State AHCCCS, usted tiene que usar la póliza del estado AHCCCS como seguro secundario. Si necesita más información por favor contacte al AHCCCS del estado. Si tiene dos pólizas de seguro médico privado, es su responsabilidad contactar a las dos aseguradoras para actualizar coordinación de beneficios (para saber a cual mandar los reclamos como primaria). Esto facilitará la facturación a sus compañías de seguros y evitará que las visitas no sean pagadas por su plan.

Por favor inicie aquí _____





Referencias

- 1) Aviso por adelantado es requerido para todas las referencias a especialistas. Típicamente entre 3-5 días de negocio.
- 2) Es su responsabilidad saber si el especialista que usted eligió esta contratado con su seguro medico.
- 3) Recuerde, necesitamos aprobar todas las referencias antes de darlas

Por favor inicie aquí _____

Responsabilidad Financiera

- 1) En acuerdo con su plan de seguro médico, usted es responsable por cualquier cargo, deducible, y porcentaje al tiempo de servicio.
- 2) Los Cobros (co-pay) deben ser pagados al tiempo de servicio. Un cobro de \$20 será añadido en adición a su cargo si su cargo no es pagado antes de que el día acabe.
- 3) Pacientes sin seguro medico deben pagar por los servicios al tiempo de la visita. Por favor notifiquenos si necesita un plan de pago si no puede pagar el día del procedimiento antes de la cita.
- 4) Si no participamos con su seguro medico, el pago completo será requerido de usted al tiempo de servicio. Le daremos un recibo para que usted le dé a su seguro médico para que le reembolsen su dinero.
- 5) Saldos de pacientes son facturados inmediatamente cuando recibimos la explicación de beneficios de su seguro medico. Su deuda se debe de pagar dentro de 10 días de cuando recibió el recibo.
- 6) Si no se han hecho planes de pago con nuestra oficina, y han sido más de 28 días después de que recibió su factura, va a haber un cobro de **\$20** para mandar la factura de nuevo. Si queda un saldo que no a sido pagado después de 90 días, su cuenta será mandada a una agencia de colecciones y los pacientes serán despedidos de nuestra oficina.
- 7) Para pacientes con citas, todos los saldos deben ser pagados antes de la siguiente visita.
- 8) Si su plan de seguro medico de salud tiene un deducible alto, requerimos una copia de su tarjeta de debito o crédito personal o de su seguro médico para mantenerlo en el expediente.
- 9) Nosotros aceptamos dinero en efectivo, cheques, Visa, MasterCard, American Express y Discover, y tarjetas de debito.
- 10) Un saldo de **\$25** será cargado por cualquier cheque que haya sido regresado por fondos insuficientes.

Por favor inicie aquí _____

Formularios

- 1) No hay un cargo por copias de vacunas, formularios de escuela, para campamentos, o para deportes cuando las trae con usted a la visita de su hijo(a), es considerado parte del servicio. Pero, si usted pierde sus formularios; hay un cargo de **\$15** para completarlos.
- 2) Cualquier formulario requerido adicional de escuela, campamento, o deportes después de la visita tendrá un cargo de **\$15** para completarlos. Formularios de Familia y Ley de Licencia Médica tienen un cargo de **\$20**. El pago es requerido al tiempo en el cual son dejadas en la oficina. Requerimos alrededor de 3 días para completar los formularios.

Por favor inicie aquí _____

Transferencia de archivos médicos

- 1) Si usted quiere transferirse a otra oficina, le proporcionaremos una copia de record de vacuna y de la ultima visita con el doctor o doctora, sin algún cargo por cortesía. Necesitamos 30 días de aviso.
- 2) Copia de su record completo esta disponible por un cargo de \$25. Necesitamos aviso de 30 días.
- 3) Proveemos récords de las visitas de su niño(a) (incluyendo consultas de especialistas) prestados aquí en Desert Sun Peditiatrics. Cualquier otros récords medico de otros doctores tienen que ser pedidos por usted del otro doctor.

Por favor inicie aquí _____





Relleno de prescripción

1) Para surtir recetas mensuales, requerimos aviso de 48 horas durante horas de oficina. Por favor planifíquelo.

Por favor inicie aquí _____

Política de servicios de bienestar infantil

La buena atención médica para recién nacidos, bebés, niños y adolescentes comienzan con la visita del niño sano (revisión) y otros servicios que ayudan a mantener a los niños sanos. Estos son servicios preventivos. Nuestros médicos y personal brindan estos servicios según un plan llamado Bright Futures. La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) creó este plan para ayudar a los médicos y familias a saber qué servicios preventivos deben recibir los niños desde el nacimiento hasta los 21 años, como exámenes de detección (desarrollo, audición, visión) y consejos para mantenerse seguros y saludables. Este plan puede ser modificado para adaptarse a cada niño según sea necesario. También seguimos el cronograma de vacunas de AAP para recién nacidos, bebés, niños y adolescentes.

Debido a que los servicios preventivos son importantes para mantener a los niños saludables, la Ley de protección de pacientes y asistencia médica asequible (ley de reforma de atención médica) incluye una regla según la cual la mayoría de los planes de salud deben cubrir todos los exámenes y servicios de atención preventiva incluidos en el plan Bright Futures y el calendario de vacunas. Sin embargo, esto no siempre es cierto, ya que algunos planes más antiguos, los planes de derechos reprimidos no tienen que pagar en su totalidad por los servicios preventivos.

También puede haber momentos en que un niño necesite un servicio que no se considere preventivo el mismo día que la visita del niño sano. Si un niño no está bien o se encuentra un problema o necesita ser abordado durante el chequeo, es posible que el médico tenga que proporcionar un servicio *adicional* de visita al consultorio (llamado visita por enfermedad) para cuidar al niño. Este es un servicio diferente y se le factura a su plan de salud además de los servicios preventivos brindados ese día. Si tiene un copago por visitas al consultorio o coseguro o montos deducibles que debe pagar antes de que su plan de salud pague por estos servicios, nuestra oficina le cobrará estos montos.

Valoramos su tiempo y queremos aprovechar al máximo cada cita para el niño. Es por esto que trataremos cualquier problema que requiera atención médica durante las visitas de rutina para que solo se necesite un viaje. Algunos servicios que pueden ser proporcionados y facturados además de los servicios preventivos incluyen:

- El trabajo del médico para tratar más que un problema menor, que se facturará como una visita al consultorio (por ejemplo, si el médico receta, ordena pruebas o cambia la atención por un problema conocido)
- Tratamientos médicos (p. Ej., Tratamientos de respiración)
- Cualquier cirugía (por ejemplo, quitar astillas o algo que el niño le ponga en la nariz o el oído)
- Pruebas/Análisis realizadas en la oficina que no están incluidas en el Plan Bright Futures

Nuestra oficina no quiere que se sorprenda con una factura, pero siempre debe facturarle a su plan de salud según los servicios prestados. Por favor, siéntase libre de hacer preguntas sobre los servicios que su plan de salud puede no pagar en su totalidad el día de su visita. Es un placer ayudarlo.

Por favor inicie aquí _____

He leído y comprendido este contrato de oficina y acepto responsabilidad por cualquier adeudo que se exigido como se indica anteriormente.

Nombre del Paciente _____

Nombre del Responsable _____ Relación _____

Firma del Responsable _____ Fecha _____

