



INFORMACION DEL PACIENTE (Por favor escriba con letra de molde)

Fecha _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa _____ SS# _____

Farmacia (Nombre y Ubicación) _____

Raza _____ Idioma _____

Lugar de Nacimiento _____ Nombre del Hospital _____

INFORMACION DE LOS PADRES

N/A (No se aplica a este caso)

Nombre del Padre (o Guardian Legal) _____ Fecha de Nacimiento _____

Celular _____ Correo Electrónico _____

Método de contacto preferido para resultados o radiografías Teléfono Correo electrónico

SS# _____ DL# _____ Ocupación _____

Empresa Donde Trabaja _____ Dirección _____ Teléfono _____

Nombre de la Madre (o Guardian Legal) _____ Fecha de Nacimiento _____

Celular _____ Correo Electrónico _____

Método de contacto preferido para resultados o radiografías Teléfono Correo electrónico

SS# _____ DL# _____ Ocupación _____

Empresa Donde Trabaja _____ Dirección _____ Teléfono _____

INFORMACION DE ASEGURANZA MEDICA / PAYMENT

Al Contado Tarjeta de crédito Nombre de la Aseguradora _____

ID# _____ Grupo/Plan # _____

Nombre del asegurado (en caso de no ser el mismo paciente) _____ Fecha de Nacimiento _____

FAMILIAR O AMIGO PARA LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA (Alguien fuera de casa)

Nombre _____ Relación _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

The Children's Doctor

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO/USO DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFEDENCIA

La de ignición de "proveedor de servicios de salud" en este documento se refiere The Children's Doctor Professional Corporation, su representante legal, empleados, miembros del cuerpo médico, así como también sus representantes y empleados, y cualquier otro profesional de salud que se encuentre dando servicio a los pacientes.

Entiendo que, como parte del cuidado de la salud, esta organización mantiene y origina el expediente de salud de mi hijo/a síntomas, exámenes, resultado de exámenes, diagnósticos, tratamientos y cualquier otro plan para el futuro cuidado de mi hijo/a. Entiendo que esta información sirve como:

- Plan básico para cuidado y tratamiento de mi hijo/a.
- Acceso de comunicación entre otros profesionales que contribuyen al cuidado de mi hijo/a.
- Recurso de información para aplicar el diagnóstico y cirugía de mi hijo/a a mi cuenta de pago.
- Decir por cual la tercera persona (aseguranza) pueda verificar los servicios que se proveerán.
- Un equipo de operación, para que el cuidado de salud rutinaria sea de calidad y revisarla habilidad y competencia de nuestros profesionales de la salud.

Entiendo, que se me está proporcionando la información conocida como "Notificación sobre prácticas de información " que nos da la mas completo. Información sobre los usos y manejos de información confidencial. Entiendo que tengo el derecho de examinar esa notificación antes de firmar ese documento de consentimiento. Entiendo que esta organización se reserva el derecho de cambiar su notificación y prácticas de manejo de información confidencial, pero antes de implementar dichos cambios se me notificará domicilio que he provisto para dado caso. Entiendo que tengo el derecho de restringir como puede ser usada mi información confidencial de salud, ya sea que vaya a ser usada o comunicada para casos de cobros, tratamientos, o procedimientos relacionados a servicios de salud, y de que esta organización no está obligada a cumplir con las restricciones que se le piden en forma particular. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, haciéndolo por escrito, y queda excluido lo que ya con anterioridad haya sido hecho en mi nombre. Entiendo que se me puede dar atención médica a través de un asistente de médico quien esté bajo la supervisión de un doctor.

Se concede permiso a todos los proveedores de servicios de salud que estén involucrados en mi cuidado médico para llevar a cabo exámenes físicos, tratamientos, pruebas y procedimientos que se determinen como necesarios en el curso de mi cuidado de salud.

Firma del paciente/guardián legal: _____ Fecha: _____

Estoy pidiendo que se impongan las siguientes restricciones para el uso o comunicación de mi información confidencial medica:

Firma del paciente/guardián legal: _____ Fecha: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA/DESIGNACIÓN DE BENEFICIUOS MÉDICOS

Se permitir al médico encargado de mi cuidado comunicar la información médica necesaria para constatar la legitimidad de mis cargos de seguro médico. En el caso del seguro médico que acepte consignación de beneficios (pagar directamente al doctor), me sirvo autorizar a mi seguro con quien tengo una póliza vigente, que pague directamente al proveedor de los servicios de salud, los beneficios (pagos) correspondientes a la cobertura de las pólizas de aseguranza, siempre y cuando se establezca que el servidor médico está en acuerdo para recibir el pago de esta manera. Acepto pagar en total todos los cobros que no sean cubiertos por el seguro. Si tales cobros no son pagados a los proveedores de servicios de salud en un plazo razonable después de recibir el cobro, la cuenta se considerará delincente y se agregará un recargo a la cantidad que se adeuda. En el caso de que yo haya quedado con incumplimiento ("default") para pagar mi cuenta, me hago responsable de los cobros de servicios de recolección y el interés que se haya acumulado sobre la cantidad que se adeude, incluyendo los cobros por los servicios de la corte y coros razonables de parte del abogado que se haya contratado para el caso. Si la cuenta se encuentra en manos de una compañía de recolección se adeudos, estoy de acuerdo en pagar los cobros del servicio y los intereses acumulados en la cantidad que se debe.

Firma del paciente/guardián legal: _____ Fecha: _____

**Si es menor de 21 años, de edad, favor de leer y poner su firma al final del siguiente párrafo: Consentimiento para el programa estatal para la promoción de salud y prevención de discapacidades conocido como California Health and Disability Prevention Program (CHDP)*

Yo doy mi consentimiento para recibir pruebas de salud e inmunizaciones recomendadas por el programa CHDP. Y autorizo que se entregue la información se los resultados de estos exámenes a el personal del programa CHDP. También autorizo que se haga disponible la información a la localidad/persona que se indica a continuación. Entiendo que la información que se entregue al personal de CHDP será estrictamente confidencial y será usada únicamente para tomar decisiones que se hagan con la intención de que la administración de los servicios de salud sea más accesible al público, y que permita que se hagan informes de estadísticas sobre los resultados de las pruebas que se hayan hecho.

Firma de Padre/guardián legal/menor emancipado

Nombre de Padre/guardián legal/menor emancipado

Si usted sea que se proporcione la información sobre los resultados de sus exámenes a su escuela o a otro doctor, sírvase damos el nombre y dirección

Escuela o nombre del doctor: _____ Domicilio: _____

Cuidad, estado, código postal: _____ Numero de tel: _____

Witness: _____ Title: _____ Date: _____

HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO

HISTORIAL MÉDICO DE SU EMBARAZO CON ESTE NIÑO:

¿Tuvo cuidado prenatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿De cuantos meses fue su embarazo? _____ ¿Donde nació su bebé? _____					
¿Tuvo usted alguna enfermedad o problemas? (Esto incluye enfermedades transmitidas sexualmente o enfermedades contagiosas)	Si	No	¿Uso usted alguna droga? (Tabaco, bebidas alcohólicas, drogas de la calle, remedios caseros o de la farmacia)	Si	No
¿Tomo usted alguna medicina recetada por su doctor? ¿Cuál? _____	Si	No	¿Le dieron de alto a su bebé juntamente con usted?	Si	No
¿Tuvo un parto difícil/anormal/cesárea?	Si	No	¿Le nació a usted más de un bebé?	Si	No
¿Tuvo el bebé algún problema durante la primera semana de vida? ¿Cuál? _____	Si	No	¿Se le puso al bebé alguna vacuna para la Hepatitis B?	Si	No

HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO: M F ¿Fue adoptado este niño? Si No Peso al nacer _____ lbs _____ oz La medida: _____ pulgadas

¿Su hijo/a ha tenido alguna vez?:

Sarampión, varicela, paperas, sarampión alemán	Si	No	Vómitos después de comer, se rehúsa a comer	Si	No
Tuberculosis o una prueba positiva de tuberculosis	Si	No	Problemas de los músculos, articulaciones o huesos	Si	No
Amigdalitis dolor de garganta	Si	No	Problemas de la piel	Si	No
Problemas con los ojos o con la vista	Si	No	Dolores de cabeza o mareos	Si	No
Problemas con los oídos o para oír	Si	No	Convulsiones, ataques, epilepsia	Si	No
Dificultad al respirar/roncar en la noche	Si	No	Diabetes	Si	No
Problemas del corazón	Si	No	Problemas con la tiroides	Si	No
Asma, bronquitis o pulmonía	Si	No	Alergias	Si	No
Anemia, problemas de hemorragia, transfusiones de sangre	Si	No	Problemas con el desarrollo o con el desempeño escolar	Si	No
Dolores de estómago	Si	No	Enfermedades o accidentes graves	Si	No
Diarrea marchándose con el excremento	Si	No	Cirugía o hospitalización	Si	No
Problemas con la vejiga o riñones, orinarse en la cama o ropa interior	Si	No	(Niñas) Ha comenzado con su menstruación?	Si	No
Estreñimiento/constipación	Si	No	(Niñas) Hay problemas con su menstruación?	Si	No

HISTORIAL MÉDICO DE LA FAMILIA:

Tiene alguien de la familia: madre (M), padre (P), hermano (HO), hermana (HA), tío (TO), tía (TA), abuela (AA), abuelo (AO)

¿Cuál miembro familiar?

¿Cuál miembro familiar?

Si	No	Diabetes	Si	No	Alta presión de sangre
Si	No	Epilepsia o convulsiones	Si	No	Trastornos sanguíneos
Si	No	Retraso mental	Si	No	Tuberculosis
Si	No	Cáncer	Si	No	Alergias
Si	No	Enfermedad de los riñones o urinaria	Si	No	Problemas de los pulmones o asma
Si	No	Problemas con los huesos o las articulaciones	Si	No	Anormalidad funcional de los ojos
Si	No	Ha muerto alguien menor de 55 años del corazón	Si	No	Anormalidad funcional de los oídos
Si	No	Enfermedades del corazón	Si	No	Autismo

INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES:

Madre: _____ Padre: _____
 Edad: _____
 Estatura: _____
 Ocupación: _____

INFORMACIÓN DOMICILIARIA: ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

¿Viven ambos padres en la casa? Si No
 ¿Alguien en la casa fuma o usa drogas o bebidas alcohólicas? Si No
 ¿Que idioma se habla en casa? _____
 ¿Vives en Casa Apartamento Refugio Casa Remolque Sin Casa

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente/guardián legal (si el paciente es menor de 18 años)

Nombre: _____ Parentesco con el niño: _____

Firma Del Examinador: _____ Fecha: _____



**THE
CHILDREN'S
DOCTOR**

Judith M. Bedoy M.D.
3975 Jackson St., Suite 207
Riverside, CA 92503
(951) 352-2092 · (951) 352-1913

CONOCIMIENTO DE NUESTRA PRÁCTICA PRIVADA

Entiendo que, como parte del cuidado de la salud, esta organización mantiene y origina el expediente de salud de mi hijo/a síntomas, exámenes, resultado de exámenes, diagnósticos, tratamientos y cualquier otro plan para el futuro cuidado de mi hijo/a. Entiendo que esta información sirve como:

- Plan básico para cuidado y tratamiento de mi hijo/a.
- Acceso de comunicación entre otros profesionales que contribuyen al cuidado de mi hijo/a.
- Recurso de información para aplicar el diagnóstico y cirugía de mi hijo/a a mi cuenta de pago.
- Decir por cual la tercera persona (aseguradora) pueda verificar los servicios que se proveerán.
- Un equipo de operación, para que el cuidado de salud rutinaria sea de calidad y revisar la habilidad y competencia de nuestros profesionales de la salud.

Yo entiendo que he sido informado/a de las prácticas en nuestra clínica el cual provee una completa información y exposición. Entiendo que tengo el derecho a revisar esta práctica antes de firmar. Entiendo también que esta organización tiene el derecho a cambiar sus prácticas de información. Si la oficina implementa cambios se le avisara a domicilio que ha proveído. Entiendo que tengo el derecho a restringir como es que mi información puede ser usada o expuesta para seguir un tratamiento, pago, o cuidado de salud y que esta organización no requiere estar de acuerdo con mis decisiones.

Entiendo haber recibido información sobre las practicas privadas de esta organización.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente/guardián legal (si el paciente es menor de 18 años)

Nombre: _____ Parentesco con el niño: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindar atención de calidad y servicio a todos nuestros pacientes. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, la cual requerimos que usted lee y acepta antes de cualquier tratamiento.

- Comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. Los honorarios se pagan cuando se prestan los servicios. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito y seguros preaprobados para los cuales somos un proveedor contratado y somos el proveedor de atención primaria designado, si corresponde.
- Es su responsabilidad conocer sus propios beneficios de seguro, incluso si somos un proveedor contratado con su compañía de seguros, sus beneficios cubiertos y cualquier exclusión en su póliza de seguro, y cualquier requisito de autorización previa de su compañía de seguros.
- Intentaremos confirmar su cobertura de seguro antes de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar información de seguro actual y precisa, incluidas las actualizaciones o cambios en la cobertura. Si no proporciona esta información, será financieramente responsable.
- Si tenemos un contrato con su compañía de seguros, primero le facturaremos a su compañía de seguros, menos cualquier copago o deducible, y luego le facturaremos a usted cualquier cantidad que se determine que es su responsabilidad. Este proceso generalmente demora entre 45 y 60 días desde el momento en que la compañía de seguros recibe el reclamo.
- Si no estamos contratados con su compañía de seguros, es esperado que pague por todos los servicios prestados al final de su visita. Le proporcionaremos una declaración que puede enviar a su compañía de seguros para el reembolso.
- Se requiere comprobante de pago e identificación con foto para todos los pacientes. Le pediremos que haga una copia de su identificación y tarjeta de seguro para nuestros registros. Proporcionar una copia de su tarjeta de seguro no confirma que su cobertura sea efectiva o que los servicios prestados serán cubiertos por su compañía de seguros.
- Comprenda que algunas coberturas de seguro tienen beneficios fuera de la red que tienen cargos de coseguro, copagos más altos y beneficios anuales limitados. Si los servicios que recibe son parte de un beneficio fuera de la red, su parte de la responsabilidad financiera puede ser más alta que la tarifa dentro de la red.

He leído las políticas financieras contenidas anteriormente, y mi firma a continuación sirve como reconocimiento de una comprensión clara de mi responsabilidad financiera. Entiendo que si mi compañía de seguros niega cobertura y/o pago por los servicios que se me brindan, asumo la responsabilidad financiera y pagaré todos dichos cargos en su totalidad.

Firma del paciente / responsable

Fecha

Nombre del paciente/parte responsable

Relación con el paciente