

PATIENT REGISTRATION FORM
(FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE)

Patient Name: Last _____ **First** _____ **MI** _____ **D.O.B** _____
(Nombre del paciente: Apellido) (Primer) (Segundo) (Fecha de nacimiento)

Social Security # _____ **Sex: (M) (F)** _____ **Patient lives with: Mother** _____ **Father** _____ **other:** _____
(Número de seguro) (Sexo) (Paciente vive con: Madre) Padre o alguien más

Please tell us, how well do you speak English? **Very Well** **Well** **Not Well** **Not at All**
(Por favor, díganos, ¿qué tan bien usted habla Inglés?) (Muy Bien) (Bien) (No muy bien) (Absolutamente no)

Mother/Guardian: _____ **D.O.B.** _____
(Madre) (Fecha de nacimiento)

Social Security # _____ **Home Phone:** _____
(Número de seguro social) (Número de teléfono)

Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Cellular Phone: _____ **Work Phone:** _____
(Número de celular) (Número del trabajo)

Employer: _____ **Email:** _____
(Empleador) (Correo electrónico)

Father/Guardian: _____ **D.O.B.** _____
(Padre) (Fecha de nacimiento)

Social Security # _____ **Home Phone:** _____
(Número de seguro social) (Número de teléfono)

Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Cellular Phone: _____ **Work Phone:** _____
(Número de celular) (Número del trabajo)

Employer: _____ **Email:** _____
(Empleador) (Correo electrónico)

Emergency Contact Person (other than parents): _____ **Phone:** _____
(Persona de contacto de emergencia, que no sean los padres) (Número de teléfono)

Referring Doctor: _____ **Phone:** _____
(Referencia médico) (Número de teléfono)

Primary Doctor/Pediatrician: _____ **Phone:** _____
(Médico primario/Pediatra) (Número de teléfono)

Medical care cannot be given unless my child is accompanied by one of the following:
(Atención médica no se puede dar a menos que mi hijo(a) este acompañado de uno de los siguientes)

Parent/Guardian signature _____ **Relationship** _____ **Date** _____
(Firma de los padres/representante legal) (Relación al paciente) (Fecha)

Primary Insurance: _____ **Provider Phone:** _____
(Seguro primario) (Número de teléfono del proveedor)

Address for Claims: _____
(Dirección de reclamos)

Policy Holder: _____ **SS#:** _____ **DOB:** _____
(Asegurado) (Número de seguro social) (Fecha de nacimiento)

Address (if different from above): _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
(Dirección si es diferente del paciente) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Relationship to Patient: _____ **ID#:** _____ **Group#:** _____
(Relación al paciente) (Número de identificación) (Número de grupo)

Secondary Insurance: _____ **Provider Phone:** _____
(Seguro secundario) (Número de teléfono del proveedor)

Address for Claims: _____
(Dirección de reclamos)

Policy Holder: _____ **SS#:** _____ **DOB:** _____
(Asegurado) (Número de seguro social) (Fecha de nacimiento)

Address (if different from above): _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
(Dirección si es diferente del paciente) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Relationship to Patient: _____ **ID#:** _____ **Group#:** _____
(Relación al paciente) (Número de identificación) (Número de grupo)

Parent/Guardian signature _____ **Relationship** _____ **Date** _____
(Firma de los padres/representante legal) (Relación al paciente) (Fecha)

AUTHORIZATION OF TREATMENT AND ASSIGNMENT OF BENEFITS
(AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO Y LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS)

I authorize Pediatric Surgical Associates to treat my child. I further authorize the release of medical information necessary for the completion of insurance forms. I authorize payment directly to Pediatric Surgical Associates for the medical and surgical benefits otherwise payable to me under the terms of my insurance. I understand that I am financially responsible for all co-payments and any charges not paid by my insurance. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

(Yo autorizo a Pediatric Surgical Associates que de tratamiento de mi hijo(a). Además, autorizo la liberación de la información médica necesaria para el cumplimiento de las formas de seguros. Yo autorizo el pago directamente a Pediatric Surgical Associates de los beneficios médicos y quirúrgicos de otro modo pagadero a mí en los términos de mi seguro. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los pagos y cargos no pagados por mi seguro. Una fotocopia de esta autorización se considerará efectiva y válida como la original.)

Parent/Guardian signature _____ **Relationship** _____ **Date** _____
(Firma de los padres/representante legal) (Relación al paciente) (Fecha)

**** PLEASE FILL OUT THIS FORM COMPLETELY ****
(POR FAVOR LLENE EL FORMULARIO COMPLETAMENTE)

What problem(s) is your child currently experiencing (what are we seeing your child for)?
(¿Qué problemas está teniendo su hijo(a) al momento (Por qué estamos viendo a su hijo(a) el día de hoy)?

Check if patient has now or has had the following illness or problems:
(Verifique si el paciente tiene ahora o ha tenido las siguientes enfermedades o problemas)

<input type="checkbox"/> Trauma (broken bones, loss of consciousness, etc) (Traumatismos (huesos rotos, pérdida de conciencia, etc)	<input type="checkbox"/> Anemia or blood disorder (Anemia o trastorno de la sangre)	<input type="checkbox"/> Stomach of intestinal problems (Problemas intestinales del estómago)
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Growth problems (Problemas de crecimiento)	<input type="checkbox"/> Asthma (Asma)
<input type="checkbox"/> Seizures (Convulsiones)	<input type="checkbox"/> Heart problems (Problemas de corazón)	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Emotional/behavioral problems (Emocional / problemas de conducta)	<input type="checkbox"/> Neurological problems (Problemas neurológicos)	<input type="checkbox"/> Past surgeries (Cirugías pasadas)

Please explain: (Por favor explique) _____

Are all immunizations up to date? (¿Están todas las vacunas al día?) _____

ALLERGIES (list or indicate none if applicable): (ALERGIAS (lista o indique ninguno en su caso) _____

FAMILY HISTORY (historia familiar)

<input type="checkbox"/> Bleeding (Hemorragia)	<input type="checkbox"/> Problems with anesthesia (Problemas con la anestesia)	<input type="checkbox"/> Cancer or blood disorder (Cáncer o trastorno de la sangre)	<input type="checkbox"/> Heart disease or liver disease (Enfermedades del corazón o del hígado)
--	--	---	---

Please explain:(Por favor explique) _____

BIRTH HISTORY (HISTORIA DE NACIMIENTO)

Type of delivery: **Vaginal** **C-Section** **Baby was:** **Full Term** **Premature** **Birth weight:** _____
(Tipo de parto) (Vaginal) (Cesárea) (Su bebé fue) (Termino completo) (Prematuro) (Peso al nacer)

Was he/she on a ventilator? **Yes** **No** **If so, how long?** _____
(¿Estuvo él/ella en un ventilador? Si No) (Si es así, ¿por cuánto tiempo?)

Other complications: (Otras complicaciones) _____

PLEASE READ AND SIGN
(POR FAVOR LEA Y FIRME)

I understand that if my child's physician, or any person employed by or under the direction and control of my child's physician (s) is directly exposed to my child's body fluids in any manner which may, according to the then current guidelines for the Center for Disease Control, transmit the human immunodeficiency virus (HIV) or Hepatitis B or C viruses, that I am deemed by law to have consented to testing for infection with HIV or Hepatitis B or C viruses. I further understand by law that I will have deemed to have consented to the release of these test results to the person who is exposed to my child's body fluids.

(Entiendo que si el medico de mi hijo/a , o cualquier persona empleada por el o bajo la dirección y el control del medico de mi hijo/a es directamente expuesto de cualquier manera a los fluidos corporales de mi hijo/a puede, de acuerdo con las guías vigentes en ese momento de el Centro de Control de Enfermedades, transmitir el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o virus de hepatitis B o C, que estoy considerado por la ley que he dado consentimiento a las pruebas de infección del virus VIH o la hepatitis B o C. Además, entiendo que por ley se considerará que he consentido a la liberación de estos resultados de la prueba a la persona que está expuesta a los fluidos corporales de mi hijo/a.)

Parent/Guardian signature _____ **Relationship** _____ **Date** _____
(Firma de padre o madre/guardián legal) (Relación) (Fecha)



PEDIATRIC SURGICAL ASSOCIATES

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE

Nuestro Aviso de

Prácticas de Privacidad (“el Aviso”) proporciona información acerca de: 1) los derechos de privacidad de nuestros pacientes; y 2) cómo podremos usar y divulgar información médica protegida acerca de nuestros pacientes.

Los reglamentos federales exigen que entreguemos nuestro Aviso a nuestros pacientes o sus representantes autorizados antes de firmar este acuse de recibo.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus derechos o nuestras prácticas de privacidad, envíe un mensaje electrónico (correo-e) a privacy_officer@pediatrix.com o una carta a:

Privacy Officer
Pediatrix Medical Group, Inc.
1301 Concord Terrace
Sunrise, FL 33323

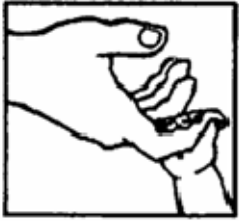
Con su firma en este formulario, usted simplemente confirma que se le ha proporcionado nuestro Aviso.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde del paciente

Nombre en letra de molde del
representante autorizado



PEDIATRIC SURGICAL ASSOCIATES
 AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION
 TO FAMILY AND FRIENDS

I authorize the practice to discuss appointment dates, times, location, medical history, diagnosis, treatment, prognosis, financial, insurance and billing information with those listed below. I understand that my or my child's healthcare provider will use his/her judgment in sharing this information in order to foster continuity of care. The release of copies of medical records will require a signed HIPAA-compliant authorization. This permission will be considered on-going until I indicate otherwise in writing.

PHI may be released to the following individuals:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

THE PRACTICE STAFF HAVE MY PERMISSION TO LEAVE MESSAGES CONCERNING TREATMENT (i.e., LAB RESULTS) on my: (Please check all boxes that apply)

- Home Voice Mail or Answering Machine Home Phone number: _____
- Cell phone Cell phone number: _____
- Work Voice Mail Work phone number: _____

NO INFORMATION: I do not authorize the release of any verbal information (other than appointment reminders to the number(s) that I have provided).

 Print Name of Patient

 *Print Name of Authorized Representative

 Patient/Authorized Representative Signature

 Date Signed

Authorized Representative's authority* to act on the Patient's behalf:
 Parent/legal guardian Power of Attorney
 *Evidence of authority must be provided and on file with the practice.