

DR. CARLSON DR. PAYNE DR. SUREKA

PATIENT REGISTRATION FORM / INFORMACION del PACIENTE

Date of Visit / Fecha de Cita: _____

Patient Last Name / Apellido: _____ First Name / Nombre: _____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

Patient Social Security Number / Numero de Social Security: _____ Gender / Sexo: Male Female

Address / Direccion: _____ City, State, Zip Code / Ciudad, Estado, Codí go Postal: _____

Cell Phone / # de Celular: _____ Home Phone / # de Domicilio: _____

Race / Raza: American Indian / Indio Americano White / Caucasico
 Black/African American / Negro/Afroamericano More than one race / Mas de una raza
 Asian / Asiatico Other / Otros
 Native Hawaiian or Pacific Islander / Hawaianos Nativos/Isleno del Pacifico Refuse/Decline / Rehusar

Ethnicity / Etnicidad: Hispanic or Latino / Hispanico/Latino
 Not Hispanic or Latino / No Hispanico/Latino

Name of Referring Doctor / Doctor Que Lo Recomendó: _____ Referring Physician Phone / # de Tel: _____

Referring Physician Address / Direccion: _____ City, State, Zip Code / Ciudad, Estado, Codí go Postal: _____

Name of Pediatrician/Family Physician: / Pediatra/Doctor Particular: _____ Pediatrician/Family Physician Phone / # de Tel: _____

Pediatrician/Family Physician / Direccion: _____ City, State, Zip Code/Ciudad, Estado, Codí go Postal: _____

Is the patient allergic to any medication? If so, please list. / Alergias de medicina? _____

PARENT or GUARDIAN INFORMATION / INFORMACION de los PADRES/ESPOSO (A)

Father's Name / Nombre de Padre/Esposo: _____ Father's Date of Birth / Fecha de Nacimineto: _____

Father's Social Security Number / Seguro Social #: _____

Address / Direccion: _____ City, State, Zip Code / Ciudad, Estado, Codí go Postal: _____

Father's Cell Phone / # de Celular: _____ Father's Home Phone / # de Casa: _____

Father's Employer / Compania de Trabajo: _____ Employer Phone / # de Trabajo: _____

Father's Email Address / Correo Electronico: _____

Mother's Name / Nombre de Madre/Esposo: _____ Mother's Date of Birth / Fecha de Nacimineto: _____

Mother's Social Security Number / Seguro Social #: _____

Address / Direccion: _____ City, State, Zip Code / Ciudad, Estado, Codí go Postal: _____

Mother's Cell Phone / # de Celular: _____ Mother's Home Phone / # de Casa: _____

Mother's Employer / Compania de Trabajo: _____ Employer Phone / # de Trabajo: _____

Mother's Email Address / Correo Electronico: _____

*** PARENT BRINGING CHILD FOR APPOINTMENT WILL BE RESPONSIBLE FOR CHARGES / PERSONA QUE TRAIGA LOS NINOS SERA RESPONSIBLE POR LA CUENTA***

INSURANCE INFORMATION / INFORMACION de ASEGURANCA

PRIMARY INSURANCE COMPANY / SEGURO PRIMARIO

Name of Insurance / Ins. Phone /
Nombre de Aseguranc# Tel:: _____
City, State, Zip /
Ciudad, Est., Codigo Postal: _____
Policy Number/Member ID / Group Number /
de Miembro/Poliza: # de Grupo: _____
Insured Last Name / Insured First Name /
Apellido de Asegurado: Primer Nombre: _____
Insured Relationship to Patient /
Relacion del Asegurado al Paciente: _____

SEGURO SECUNDARIO / SECONDARY INSURANCE COMPANY

Name of Insurance / Ins. Phone /
Nombre de Aseguranc# Tel:: _____
Ins. Claims Address /
Direccion: _____
City, State, Zip /
Ciudad, Est., Codigo Postal: _____
Policy Number/Member ID / Group Number /
de Miembro/Poliza: # de Grupo: _____
Insured Last Name / Insured First Name /
Apellido de Asegurado: Primer Nombre: _____

AUTHORIZATION AND RELEASE / AUTORIZACION DE INFORMACION

I hereby authorize and direct my insurance benefits to be paid directly to Texas Pediatric Cardiology Associates. I also authorize the release of any information regarding medical records. As parent/guardian of above patient, I consent to treatment of said patient. I understand I am financially responsible for any fee incurred; this includes fees for medical services not covered by my insurance.

This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as an original.

=====

Yo autorizo mi medico suministrar a mi(s) compania de seguridad(s) y a conseguir pagos directos al medico. Autorizo mi medico distribuir mis archivos medicos. Yo reconozco la responsabilidad de cualquier balance que quede despues de lo que pague mi(s) aseguranc(a)s.

Signed / Date /
Firma: Fecha: _____
Parent/Guardian (if patient is a minor) / Paciente o de Padre/Madre si el paciente es menor de edad

Relationship to Patient /
Relacion al Paciente: _____

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Antecedentes médicos:

Duración del embarazo de la madre: _____ semanas o meses (encierre una en un círculo)

¿Problemas durante el embarazo? SÍ NO (encierre una en un círculo)

Peso al nacer: _____

Duración de la hospitalización después del nacimiento: _____

¿Inmunizaciones actualizadas? SÍ NO (encierre una en un círculo)

¿Hospitalizaciones anteriores? SÍ NO (encierre una en un círculo) Si hubo, detalle: _____

¿Cirugías anteriores? SÍ NO (encierre una en un círculo) Si hubo, detalle: _____

¿Alergias? (encierre en un círculo todas las que aplican)

Medicamentos SÍ NO (encierre una en un círculo) Si hubo, detalle: _____

Estacionales SÍ NO (encierre una en un círculo) Si hubo, detalle: _____

Alimentos SÍ NO (encierre una en un círculo) Si hubo, detalle: _____

¿Algún problema de desarrollo? SÍ NO (encierre una en un círculo) Si hubo, detalle: _____

Historia familiar: (Marque todo lo que aplica y díganos si el familiar es del lado materno o paterno).

<u>Historia de:</u>	<u>Familiar:</u>	<u>Historia de:</u>	<u>Familiar:</u>
Nació con defectos del corazón	¿Materno o paterno?	Presión arterial alta	¿Materno o paterno?
Colesterol alto	¿Materno o paterno?	Muerte súbita	¿Materno o paterno?
Ataques al corazón/derrame cerebral, menor de 55 años de edad	¿Materno o paterno?	Diabetes	¿Materno o paterno?
Problemas de ritmo cardíaco/marcapasos	¿Materno o paterno?	Convulsiones	¿Materno o paterno?

Historia social:

Paciente vive con: Madre Padre Madrastra Padrastro (encierre en un círculo todas las que aplican)

_____ hermanos _____ hermanas Otro _____

Escuela: _____ grado

Anotar cualquier medicamento que esté tomando actualmente el paciente:

(continúa atrás)

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS: rellene el círculo de todo lo que aplica. Tenga en cuenta que los artículos marcados con un asterisco (*) pueden ser específicamente para niños

General	<input type="radio"/> Cambio en el apetito <input type="radio"/> Dificultad para dormir <input type="radio"/> *Se fatiga con facilidad	<input type="radio"/> Cambio de actividad <input type="radio"/> *No duerme bien	<input type="radio"/> Fiebre	<input type="radio"/> Irritabilidad <input type="radio"/> *Llanto excesivo	<input type="radio"/> Letargo <input type="radio"/> Aumento de peso lento
Ojos	<input type="radio"/> Vista borrosa <input type="radio"/> Ojo perezoso	<input type="radio"/> Lentes correctores <input type="radio"/> Drenaje del ojo	<input type="radio"/> *Enrojecimiento del ojo		
Oídos, nariz y garganta	<input type="radio"/> Sangrado de encías <input type="radio"/> Dolor de diente <input type="radio"/> *Problemas de audición <input type="radio"/> *Dentición	<input type="radio"/> Pérdida auditiva <input type="radio"/> Sangrado de nariz	<input type="radio"/> *Drenaje nasal	<input type="radio"/> Congestión nasal	<input type="radio"/> Apnea del sueño <input type="radio"/> Respiración ruidosa
Cardiovascular	<input type="radio"/> Presión/dolor en el pecho <input type="radio"/> Desmayo <input type="radio"/> *Pérdida del conocimiento	<input type="radio"/> Extremidades frías <input type="radio"/> Latidos del corazón rápidos	<input type="radio"/> Cambio de color <input type="radio"/> Latidos del corazón irregulares	<input type="radio"/> Se fatiga fácilmente <input type="radio"/> Soplo <input type="radio"/> Palpitaciones	<input type="radio"/> Sudoración excesiva <input type="radio"/> *Sudoración durante alimentación /sueño
Respiratorio	<input type="radio"/> Síntomas de asma <input type="radio"/> Neumonía frecuente (URI)	<input type="radio"/> Tos crónica	<input type="radio"/> Sibilancias <input type="radio"/> *Respiración rápida	<input type="radio"/> Dificultad para respirar con el ejercicio <input type="radio"/> *Dificultad para respirar en la alimentación	<input type="radio"/> Roncar
Gastrointestinal	<input type="radio"/> Distensión abdominal <input type="radio"/> *Diarrea <input type="radio"/> *Problemas de alimentación	<input type="radio"/> Dolor abdominal <input type="radio"/> *Cólico	<input type="radio"/> Problemas alimenticios <input type="radio"/> Estreñimiento <input type="radio"/> *Ictericia	<input type="radio"/> Síntomas de reflujo <input type="radio"/> *Sangre en heces	<input type="radio"/> Vómitos <input type="radio"/> Náusea <input type="radio"/> *Toser/ahogarse con alimentaciones
Genitourinario	<input type="radio"/> Sangre en la orina <input type="radio"/> *Mal olor en la orina	<input type="radio"/> Micción disminuida (orinar menos)	<input type="radio"/> Micción frecuente		
Musculo Esquelético	<input type="radio"/> Deformidad de huesos	<input type="radio"/> Dolor de articulaciones	<input type="radio"/> Hinchazón de articulaciones <input type="radio"/> *Hinchazón de manos/pies	<input type="radio"/> Dolores musculares <input type="radio"/> *Debilidad muscular	<input type="radio"/> Escoliosis <input type="radio"/> *Tono muscular disminuida
Piel	<input type="radio"/> Manchas de nacimiento <input type="radio"/> *Hemangiomas	<input type="radio"/> Cianosis	<input type="radio"/> Erupción cutánea <input type="radio"/> *Señales de eczema	<input type="radio"/> Cambios en las uñas <input type="radio"/> *Amarillez	
Neurológico	<input type="radio"/> Mareos <input type="radio"/> *Movimientos inusuales	<input type="radio"/> Dolor de cabeza <input type="radio"/> *Detener la respiración	<input type="radio"/> Hiperactividad	<input type="radio"/> Convulsiones	<input type="radio"/> Debilidad
Endocrino	<input type="radio"/> Aumento excesivo de peso	<input type="radio"/> Crecimiento lento <input type="radio"/> *Crecimiento anormal	<input type="radio"/> Pérdida de peso	<input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Cambio en periodos	<input type="radio"/> Problemas de tiroides
Hematológico	<input type="radio"/> Problemas de hemorragias	<input type="radio"/> Salen hematomas con facilidad	<input type="radio"/> Glándulas inflamadas		
Psiquiátrico	<input type="radio"/> ADD	<input type="radio"/> ADHD	<input type="radio"/> Depresión	<input type="radio"/> Problemas en la escuela	



NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA

Los médicos y el personal aquí en **Pediatrics Cardiology of North Texas (PCNT)** se preocupan por el costo de su atención médica y han hecho un esfuerzo considerable para establecer nuestras tarifas. Le aseguramos que nuestras tarifas reflejan la capacidad y experiencia necesarias para la evaluación y manejo de su condición. Participamos en varios planes de atención médica gestionada; sin embargo, si tiene preguntas acerca de nuestra participación en su plan específico, no dude en preguntar, o contacte a su proveedor del seguro para que le aclare. Si tiene alguna pregunta acerca de nuestra política financiera o nuestras tarifas, siéntase en libertad de discutirlo con nuestra **Oficina de facturación** llamando al **(866) 866-9530**. De conformidad con SB 1731, al solicitarlo, se le dará un estado detallado de los cargos incluyendo una explicación de dichos cargos en un plazo de 10 días hábiles.

A pesar de que nos complace ayudarle a presentar y apelar su reclamo, comprenda que su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía aseguradora. Usted es responsable de todos los gastos en los que se incurra legalmente, ya sea que estén cubiertos por el seguro o no.

En el momento en que se presten los servicios, se requieren sus deducibles, copago o el porcentaje que le corresponde. Aceptamos MasterCard, VISA, Discover, American Express, cheques, efectivo o giros postales.

Para los participantes de Medicaid o HMO, tome en cuenta que: es su responsabilidad proporcionar toda la información necesaria de la cobertura, así como obtener la autorización previa de su médico de atención primaria. *No proporcionar esta información hará que usted sea financieramente responsable de todos los cargos en los que se incurra.*

Responsabilidad financiera

He leído, comprendo y acepto la Política financiera de **PCNT**. Entiendo que los cargos que no están cubiertos por mi compañía aseguradora, así como cualquier copago y deducible aplicable, son mi responsabilidad. Todos los servicios profesionales que se presten se cobran al paciente y se deben pagar en el momento del servicio, a menos que el paciente o su compañía del seguro de salud hayan hecho otros arreglos por anticipado. Se completarán los formularios necesarios para presentarlos para los pagos de la compañía aseguradora.

Asignación de beneficios

Por este medio asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, que incluyen los beneficios médicos principales a los que tengo derecho. Por este medio autorizo e instruyo a mi(s) compañía(s) aseguradora(s), incluyendo Medicaid, el seguro privado y a cualquier otro plan médico/de salud, para que emita los cheques de pago directamente a **PCNT** por los servicios médicos que me brinden a mí y/o a mis dependientes. Comprendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro.

Autorización para divulgar información

Por este medio autorizo a **PCNT** para: 1.) Divulgar cualquier información necesaria a las compañías aseguradoras en relación con mi enfermedad y tratamientos y/o los de mis dependientes; 2.) Procesar reclamos del seguro generados en el transcurso del examen o tratamiento y 3.) Permitir que se use una fotocopia de mi firma para procesar los reclamos del seguro. Esta orden permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Solicité servicios médicos de **PCNT** en mi nombre y/o en nombre de mi(s) dependiente(s) y entiendo que al hacer esta solicitud asumo la plena responsabilidad financiera de todos y cada uno de los cargos en los que se incurra en el curso del tratamiento autorizado. Entiendo que seré responsable de cualquier costo del tribunal o comisión de cobro en caso de que fuera necesario tomar medidas para cobrar los servicios/suministros proporcionados.

Además, entiendo que las tarifas deben pagarse en la fecha en la que se presten los servicios y acepto pagar íntegramente todos los cargos en los que se incurra y de manera inmediata al presentar la declaración correspondiente. Una fotocopia de esta asignación se considerará tan válida como el documento original.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Nombre del paciente en letra de molde

Nombre del representante autorizado
en letra de molde



**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD
FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE**

Nuestro Aviso de Practicas de Privacidad ("el Aviso) proporciona informacion acerca de: 1) los derechos de privacidad de nuestros pacientes; y 2) como podremos usar y divulgar informacion medica 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 practicas de privacidad, envíe un mensaje electronico (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



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
A FAMILIARES Y AMIGOS**

Autorizo a la clínica a hablar sobre fechas y horarios de consultas; lugar; historia clínica; diagnóstico; tratamiento; pronóstico; información financiera y de seguro, y facturación con las personas en la lista de abajo. Comprendo que el proveedor de atención médica de mi hijo o mía usará su criterio para determinar si debe compartir esta información con el objetivo de fomentar la continuidad de la atención. La divulgación de copias de los registros médicos requerirá una autorización firmada de cumplimiento con el HIPAA. Este permiso será considerado vigente hasta que indique lo contrario por escrito.

La información médica protegida podría entregarse a los siguientes individuos:

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

Sí **No** El personal de la clínica tiene mi permiso para dar a conocer la información médica personal de mi hijo o mía a miembros de la familia u otros que estén en la sala conmigo/con nosotros durante la consulta.

El personal de la clínica tiene mi permiso para dejar mensajes respecto del tratamiento (como ser resultados de análisis clínicos) en mi: (Marque todas las que correspondan)

Mensaje de voz en el hogar o Contestador automático Número del teléfono del hogar: _____

Teléfono móvil: Número de teléfono móvil: _____

Mensaje de voz en el trabajo Número de teléfono del trabajo: _____

NINGUNA INFORMACIÓN: No autorizo la divulgación de información verbal (fuera de recordatorios de consultas al número que he indicado).

Nombre del paciente en imprenta
autorizado

*Nombre en imprenta del representante
autorizado

Firma del paciente/representante autorizado del paciente

Fecha de la firma

Autoridad* del representante autorizado para actuar en representación del paciente:
o Padre/tutor legal o Poder de representación

*Se debe brindar evidencia de autoridad y dejar constancia en la clínica.