

400 Athletic Club Blvd Unit 101
Clayton, NC 27527
Phone : (919) 267-1499
Fax : (919) 250-6272



4109 Wake Forest Rd. STE 300
Raleigh, NC 27609
Phone : (919) 250-3478
Fax : (919) 250-6272

Formulario de Registro del Paciente

Fecha: _____

Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Género: _____
Raza: Afroamericano Asiático Nativo Americano Blanco Otro Sin respuesta
Ethnicity: Hispano No Hispanos Sin respuesta

Información del Seguro

Nombre del seguro principal: _____
Número de póliza: _____ Número de grupo: _____
Nombre de la persona asegurada: _____ DOB: _____
Relación con el paciente: _____
Nombre del seguro secundario: _____
Número de póliza: _____ Número de grupo: _____
Nombre de la persona asegurada: _____ DOB: _____
Relación con el paciente: _____

Madre/Tutor Legal

Padre/Tutor Legal

Nombre: _____
DOB: ____/____/____
Dirección: _____

Nombre: _____
DOB: ____/____/____
Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa: _____

Teléfono de casa: _____

Celular: _____

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Correo electrónico: _____

Estado civil (Marque uno)

Estado civil (Marque uno)

Soltero Casado Divorciado Viudo

Soltero Casado Divorciado Viudo

¿Quién es el cuidador principal de salud del paciente? Ambos Madre Padre Otro

¿Quién tiene la custodia legal del paciente? Ambos Madre Padre Otro** _____

(**Por favor proveer documentos necesarios de confirmación legal de custodia del paciente.)

Contacto de Emergencia (Además de los Padres)

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

NOMBRE TODA LA PERSONAS QUE PODRÁN LLAMAR A HACER CITAS MÉDICAS, PEDIR AVISO MÉDICO O TRAER SU HIJO A LA OFICINA PARA TRATAMIENTO (I.E. ABUELOS, NIÑERA, TÍA... ETC) ESTOS INDIVIDUOS SERÁN REQUERIDOS A PRESENTAR IDENTIFICACIÓN EN EL DÍA DE LA CITA. SI ALGUIEN MÁS APARTE DE LAS PERSONAS NOMBRADAS NOS CONTACTA CON RELACIÓN A SU HIJO(A), CONTACTAREMOS A LOS PADRES O GUARDIANES PARA PEDIR PERMISO PARA TRATAR AL PACIENTE. EN EL CASO DE UNA EMERGENCIA, TRATAREMOS Y HAREMOS TODO LO POSIBLE PARA CONTACTAR A LOS PADRES O GUARDIANES.

NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO TELÉFONO

Información Adicional

Idioma Preferido: _____

Médico Preferido: _____

Nombre de la Farmacia: _____

Dirección de la Farmacia: _____

Número de Teléfono de la Farmacia: _____

Autorización

Como una cortesía, Kids First Pediatrics verifica y archiva una demanda con su aseguranza pero Kids First Pediatrics no garantiza el pago. Yo entiendo que yo seré financieramente responsable por los servicios facilitados cuando los cargos sean contraídos. Por la presente, autorizo a Kids First Pediatrics y/o a al médico(s) a liberar toda mi información médica requerida por mi compañía de seguro médico para poder archivar las demandas médicas. Yo autorizo pagos de todos los beneficios aplicables directamente a Kids First Pediatrics of Raleigh.

Esta autorización permanecerá en efecto hasta ser revocada por mí por escrito. Una fotocopia será considerada como un original.

Permiso para liberar información adquirida en el curso de examinación y/o tratamiento con referencia a tratamientos, pagos a servicios y operaciones es entendida y explicada en el Aviso de Privacidad.

Firma de los Padres/Tutor

Fecha

Formulario de Historial Médico

¿Cómo se enteró de nosotros? (Por favor marque uno)

<input type="checkbox"/>	Miembro de la familia	<input type="checkbox"/>	Anuncios
<input type="checkbox"/>	Amigo	<input type="checkbox"/>	Hospital de referencia
<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>	Otro

¿Qué relación tiene usted con el paciente.....? (Por favor marque uno)

<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>	Otro Pariente
<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	Otro
<input type="checkbox"/>	Abuelos	<input type="checkbox"/>	Yo (¿Ustedes son el paciente?)
<input type="checkbox"/>	Padre Adoptivo		

	Sí	No	No Sé	Explanación
¿Usted considera que su hijo(a) está actualmente saludarle?				
¿Tiene su hijo alguna enfermedad grave o condiciones médicas?				
¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento o desarrollo de su hijo?				
¿Está su hijo registrado en una guardería?				
¿Está su hijo registrado en la escuela?				¿Qué tipo?
¿Su familia cuenta con suficientes fondos para comer?				

la Historia del Nacimiento:

	Sí	No	No Sé	Explanación
¿Hubo algún problema prenatal o de nacimiento relacionado con la salud del paciente?				

¿El paciente ha estado en cuidados intensivos NICU?				
¿Durante el embarazo la madre fumó?				
¿Durante el embarazo consumió bebidas alcohólicas?				
¿Durante el embarazo usó algún tipo de drogas?				
¿Durante el embarazo tomo vitaminas prenatales?				

Historia Social:

¿Dónde está su hijo viviendo actualmente? (Por favor marque uno)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En una casa o un apartamento con la familia | <input type="checkbox"/> En una casa o un apartamento con los amigos |
| <input type="checkbox"/> En una casa o un apartamento con la familia adoptiva | <input type="checkbox"/> Abrigo |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

¿Cuántas veces te has movido en el último año? (Por favor marque uno)

- 0
 1 - 2
 3 - 4
 5 o más

	Sí	No	No Sé
¿Su hijo vive con ambos padres actualmente?			
¿Siente que su hijo vive en un lugar seguro?			
¿Hay animales domésticos en el hogar de su hijo/a?			
¿Hay detectores de humo en su hogar?			
¿Hay armas de fuego en el hogar de su hijo/a?			
¿Alguien en su casa fuma cigarrillos?			

	Siempre	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca	No Aplicable
¿Con qué frecuencia su hijo usa un casco al manejar bicicleta?						
¿Con qué frecuencia su hijo usa el cinturón de						

seguridad y silla adecuada a la edad?						
¿Con qué frecuencia come su familia juntos?						
¿Con qué frecuencia le lee cuentos a su hijo?						

Antecedentes Familiares Biológicos:

Por favor marque una **X** en la casilla si la relación cotizada nunca ha sido diagnosticada con las siguientes condiciones médicas.

	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos	Otros Parientes
Asma					
Diabetes					
Colesterol Alto					
Enfermedad del Corazón					
Alta Presion Sanguinea					
Cáncer					
Problemas de Aprendizaje					
Enfermedad Mental					
Enfermedad del Riñón					
Convulsiones					
Enfermedad Hepática					
Otras Preocupaciones					

Antecedentes Médicos:

	Asma		En un accidente de coche
	Enfermedad de vía aérea reactiva		Otra lesión

	Sibilancia		Caries dental
	Bronquitis		Problemas con los ojos o la visión
	Bronquiolitis		Usa anteojos
	Neumonía		Lleva lentes de contacto
	Otros problemas respiratorios		Infecciones de oído frecuentes
	Alergias estacionales		Pérdida de la audición
	Eczema		Otros problemas con los oídos y la audición
	Problemas crónicos de la piel		Dolores de cabeza frecuentes
	Alergia a las abejas		Convulsiones
	Alergia a los cacahuetes		Parálisis cerebral
	Otros problemas de alergia		Otros problemas neurológicos
	Huesos rotos		Soplo cardíaco
	Conmoción cerebral		Alta presión Sanguínea
	Puntos necesarios		Otros problemas cardiacos
	Obesidad		Tumores
	Diabetes		Trasplante de médula ósea
	Dolor abdominal frecuente		Quimioterapia
	Estreñimiento que requiere visitas al médico		Ronquidos
	Infección renal		Apnea del sueño
	Enuresis (después de cinco años)		Otros problemas de sueño
	Infecciones recurrentes del tracto urinario		Trastorno hiperactivo y déficit de atención
	Malformación Urológica		Problemas de humor
	Otros Problemas Renales		Ansiedad
	Trastorno Metabólico o		Depresión

	Genético		
	Fibrosis Quística		Otros problemas de comportamiento
	Anemia		Retraso en el habla
	Problema de sangrado		Retraso en el desarrollo
	Transfusión de sangre		Utiliza el alcohol/ las drogas
	Cáncer		Usa productos de tabaco

400 Athletic Club Blvd Unit 101
Clayton, NC 27527
Phone : (919) 267-1499
Fax : (919) 250-6272



4109 Wake Forest Rd. STE 300
Raleigh, NC 27609
Phone : (919) 250-3478
Fax : (919) 250-6272

AUTHORIZATION OF RELEASE OF HEALTH INFORMATION (Autorización para el intercambio de información de salud)

Patient Name (Nombre del paciente): _____

Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____

Address (Dirección): _____

Telephone (Teléfono): _____

1. I authorize the use or disclosure of the named individual's health information as described below
(Yo autorizo el uso o intercambio de información del paciente listado)
2. The following individual(s) or organization(s) is authorized to make the disclosure
(La autorización médica facilita a la Compañía el obtener archivos médicos de cualquier proveedor)

CHECK ONE : Send TO Request FROM

Provider Name (Nombre del Proveedor): _____

Telephone (Teléfono): _____ - _____ - _____ Fax Number (Número de fax): _____ - _____ - _____

Address (Dirección): _____

3. The type of information to be used or disclosed is as follows (check and /or include description):
(La información que será solicitada)
 - Immunization Record & Medical Summary / *Registro de Vacunas & Resumen Médico*
 - Records only from / *Registros de* ____/____/____ (date/fecha) to ____/____/____ (date/fecha)
 - Records pertaining to (please describe) /*Registros indicando solamente (por favor de especificar)* _____
4. I understand that the information in my health record may include information relating to pregnancy, sexually transmitted disease, AIDS, AIDS-related syndrome or HIV testing. It may also include information about behavior or mental health services, alcohol, drug, psychiatric and psychological information.
(Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con el embarazo, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, síndrome relacionado con el SIDA o pruebas de VIH. También puede incluir información psiquiátrica y psicológica.)

5. Release records for use by or disclose to the provided:

Kids First Pediatrics of Raleigh
4109 Wake Forest Rd. STE 300 Raleigh, NC 27609
Telephone: 919.250.3478 Fax: 919.250.6272

6. Disclosed information will be used for the following purposes:

- My personal records **(Mis registros personales)**
- Transfer of care, due to dissatisfaction with the practice **(Transferencia de cuidado, debido a la insatisfacción con la práctica)**
- Transfer of care due to relocation **(Transferencia de atención debido a la reubicación)**
- Other (please specify)/Otro **(por favor especificar)** _____

7. I understand that once the above information is disclosed, it may be re-disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy regulations.

(Entiendo que una vez que se divulgue la información anterior, el destinatario podrá volver a divulgarse y es posible que ya no esté protegida por las normas de privacidad federales o estatales.)

8. I understand that I have the right to revoke this authorization at any time, by presenting a written revocation to the Privacy Official. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization.

(Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, presentando una revocación por escrito al Oficial de Privacidad. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización.)

9. This authorization will expire on the following date or event _____. If I fail to specify an expiration date or event, this authorization will expire in ninety (90) days.

(Esta autorización caducará en la siguiente fecha o evento _____. Si no especifico una fecha de vencimiento o evento, esa autorización caducará en noventa (90) días.)

10. I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I need not sign this form to assure healthcare or treatment.

(Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntaria. No necesito firmar este formulario para asegurar atención médica o tratamiento.)

Signature/Firma _____ / _____ / _____
Patient or Legal Representative Relationship to patient Date
(Paciente o representante legal) (Relación con paciente) (Fecha)



Política de la Oficina y Financiera

Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación entre médico y paciente. Informando inicialmente las regulaciones establecidas por nuestra oficina al igual que la política financiera, permitiendo lograr nuestro objetivo de establecer buena comunicación. Por favor lea cada sección detenidamente, su conocimiento claro de nuestra política y regulaciones es importante para nuestra relación profesional. Si usted tiene alguna pregunta no dude en preguntar a un miembro de nuestro personal.

Política de vacunas

Kids First Pediatrics ofrece un entorno seguro y saludable para TODOS los niños. Seguimos el calendario de vacunas recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) para todos los pacientes. Por la seguridad de nuestros pacientes, no tratamos a pacientes que no siguen el calendario de vacunación.

Citas

Valoramos el tiempo que hemos reservado para ver y tratar a su hijo. Si usted va a llegar tarde a su cita, por favor llame a nuestra oficina tan pronto como sea posible. Si usted no puede llegar a su cita programada, por favor notifique a nuestra oficina dentro de las 24 horas de la cita de su hijo. Un cargo de \$25.00 será aplicado por cada cita perdida o "no-show." Si pierde 3 citas dentro de un año, nos reservamos el derecho de despedirlo de la práctica. ***Se anima a los pacientes a inscribirse en el internet y completar todos los cuestionarios asignados antes de llegar a su visita.*** Esto ayuda a reducir el tiempo de espera y permite una experiencia de atención médica más informada. Se requiere una identificación con foto de la persona que acompaña al paciente a la cita junto con la tarjeta del seguro del paciente en el momento de la visita para cada cita.

Actualizar Informacion

Como paciente en Kids First Pediatrics, usted tiene la responsabilidad de notificar a nuestro personal de cualquier cambio en la información del paciente como información de seguros, beneficios, nombre del paciente, nombre de la escuela, dirección de casa, e-mail, y/o números telefónicos de casa y contactos de emergencia.

Responsabilidad Financiera

Aceptamos efectivo, cheques, Visa y MasterCard de crédito y tarjetas de débito. Una cuota de \$30.00 se le cobrará por cualquier cheque que sea rechazado por falta de fondos. De acuerdo a su plan de seguro usted es responsable por todos los co-pagos, deducibles, y seguros. Copagos, coseguros y deducibles de deben de cobrar en el momento del servicio. Una cuota de servicio \$10.00 se cobrará además de su copago, si el copago no se recibe al final del día de su cita .

Los saldos pendientes de los pacientes se deben en su totalidad dentro de los 30 días de su cita. Cualquier saldo de la cuenta pendiente más de 30 días se le cobrará una tarifa de \$10.00 recolección y será remitida a una agencia de colección. Los pacientes con auto-pago están obligados a pagar por los servicios en su TOTALIDAD en el momento de la visita. Si su seguro está fuera de la red que están obligados a pagar por los servicios en su totalidad al momento de la visita. Se requiere el cobro de \$50 en el momento del servicio para todos los pacientes con planes de seguro con deducible alto.

Formas/Documentos

No hay ningún cargo para una forma rutinaria dada en el momento de la cita de su hijo. Sin embargo, en caso de perder sus formas, habrá un pago de \$5.00 por cada formulario reemplazado. Formas por Actos Ausencia Familiar y Médica requieren un pago de \$20.00 en el momento que su forma es entregada para que sea firmada por el proveedor médico y un tiempo de respuesta de 7 días para la forma.

Prescripciones Medicas

Todas las peticiones de rellenar medicamentos deben ser solicitadas a través de su farmacia. La farmacia le enviará una solicitud a la clínica electrónicamente para revisión de su médico. Si hay un problema con la solicitud de la farmacia, los rellenos de medicina se pueden solicitar a través de Patient Portal o la aplicación Healow. Se requiere un aviso de 48 horas durante el horario regular para todos las peticiones de medicación. Por favor planificar en consecuencia.

Referencias

Se requiere notificación previa para todas las peticiones de referencias con especialistas que no son de emergencia, por lo general de 10 días hábiles. Recuerde, debemos aprobar referencias antes de ser enviadas por su proveedor médico.

Transferencia de Expediente Medico

Si se cambia a otro médico, se requiere un aviso de 30 días para proporcionar una copia de su cartilla de vacunación y el resumen médico para su nuevo médico. Si desea que se agilice este proceso, las inmunizaciones y los resúmenes médicos realizados en Kids First Pediatrics están disponibles en el Portal del paciente.

Esto se proporciona de forma gratuita. Proporcionamos solamente expediente médico de su hijo para visitas establecidas solamente en Kids First Pediatrics. Para todos los expedientes médicos de otras clínicas debe solicitarlos directamente con su médico anterior.

Como proveedores médicos pediatras debemos destacar que nuestra relación es con usted y con su hijo, no con su compañía de seguros. Mientras que la presentación de reclamaciones de seguros es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todos los cargos son estrictamente su responsabilidad en la fecha que se le proveen servicios médicos . Por lo tanto, es necesario que usted tenga entendimiento de todos los beneficios del plan de seguro adquirido por usted.

Firmando abajo yo reconozco que he leído, acepto y comprendo todas las políticas y regulaciones de la oficina establecida por Kids First Pediatrics de Raleigh & Clayton . Estoy de acuerdo en cumplir y aceptar la responsabilidad por cualquier pago que se me otorgue según se indica en las políticas de oficina y financiera. Entiendo y acepto que los términos de estas políticas pueden ser modificados por la clínica de Kids First en cualquier momento y sin notificación previa.

Nombre de Paciente _____

Nombre de Pariente _____ **Relación** _____

Firma de Pariente _____ **Fecha** _____



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

- Yo _____ (*nombre de padres*) doy permiso a **KIDS FIRST PEDIATRICS** para que me dé tratamiento médico a mi hijo/a _____ (*nombre de paciente*).
- Permito a **KIDS FIRST PEDIATRICS** presentar sus solicitudes de seguro para pagar el cuidado que recibo.
Entiendo que:
 - KIDS FIRST PEDIATRICS** tendrá que enviar mis datos médicos a mi compañía de seguros.
 - Debo pagar mi parte de los costos.
 - Debo pagar el costo de estos servicios si mi seguro no paga o no tengo seguro.
- Entiendo que:
 - Tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
 - Tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi médico.

Nombre de Paciente _____

Nombre de Pariente _____ Relación _____

Firma de Pariente _____ Fecha _____

Política de Privacidad

Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísala con cuidado.**

Sus Derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus Opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.

Nuestros Usos y Divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.
- Usted nos puede pedir que ponemos en contacto con usted de una manera específica o enviar correo a una dirección diferente.
- Decir que sí? a todas las solicitudes razonables.

Nuestros Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

***Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información estará disponible según se solicite, en nuestro oficina, y en nuestro sitio web.

Comuníquese con nuestra oficina si tiene alguna pregunta de la póliza medica.

Nuestra oficina valorem la privacidad y nunca comercializamos ni vendemos información personal.

Firmando abajo, yo reconozco que he leído, aceptar y comprender plenamente las política de privacidad establecidos por Kids First Pediatrics of Raleigh.

Nombre de Paciente _____

Nombre de Pariente _____ **Relación** _____

Firma de Pariente _____ **Fecha** _____