



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: Hombre/mujer SSN: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: Hispanic Non-Hispanic

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Paciente referido por: \_\_\_\_\_

Padre/guardián

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Trabajo teléfono: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Padre/guardián

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Trabajo teléfono: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Hermano/a: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ ¿paciente aquí? Sí no

Hermano/a: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ ¿paciente aquí? Sí no

Hermano/a: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ ¿paciente aquí? Sí no

Compañía de seguros primaria: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Suscriptor DOB: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros secundarias: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Suscriptor DOB: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, el pariente o amigo local (que no vive en la misma dirección) será notificado:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

La información anterior es completa y exacta al mejor de mi conocimiento. Por la presente autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al proveedor de salud, así como la publicación de cualquier información por el proveedor o compañía de seguros requerida para esta cuenta. Soy responsable financieramente de cualquier saldo.

Firma del Padre/Guardián Fecha

Fecha:



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida sobre usted. El Aviso contiene una sección de Derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina .

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que la información de salud protegida sobre usted se usa o divulga para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta que usemos y divulguemos información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho en base a su consentimiento previo. La práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA).

### El paciente entiende que:

- Información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica.
- La práctica tiene un Aviso de prácticas de privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este Aviso.
- The Practice se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Políticas de Privacidad.
- El paciente tiene el derecho de restringir el uso de su información.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.
- La práctica puede condicionar el tratamiento al momento de la ejecución de este consentimiento. No se puede facturar ningún seguro en nombre del paciente sin este formulario de consentimiento de HIPAA firmado, por lo tanto, se requerirá el mismo día de pago total por cualquier servicio.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (si no es paciente ): \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_



## HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Salud: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Salud: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombres y fechas de nacimiento de los hermanos del paciente: \_\_\_\_\_

Nombres de las hermanas del paciente y fechas de nacimiento: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DEL NACIMIENTO DEL NIÑO (PACIENTE)

#### Mientras que el embarazado hizo a madre:

¿Consumir alcohol, o drogas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Estaba enfermo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Se necesitan pruebas especiales? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Parto normal? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Problemas de salud después del parto? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema significativo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Explicar \_\_\_\_\_

Atención prenatal en: \_\_\_\_\_

Fecha de la primera visita prenatal: \_\_\_\_\_

Duración del embarazo: \_\_\_\_\_

Dio a luz en: \_\_\_\_\_

Peso del nacimiento: \_\_\_\_\_ altura del nacimiento: \_\_\_\_\_

Cuanto Tiempo puro en el hospital: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE LA SALUD FAMILIAR

#### Compruebe si algún miembro de la familia tiene o tuvo:

- Diabetes
- Presión arterial alta
- Enfermedades cardíacas menores de 55 años
- Asma, fiebre del heno o alergias
- Depresión o enfermedad mental
- Tuberculosis (TB)
- Epilepsia
- Comportamientos violentos
- Sordera
- Síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS)
- Abuso de alcohol o drogas
- Cáncer
- Enfermedad de células falciformes
- Deseabilidades
- Colesterol de los padres sobre 240/mg/dl
- Obesidad
- ¡Otro!

Nombre impreso del padre/guardián: \_\_\_\_\_

#### Firma del padre/guardián:

### HISTORIA DEL NACIMIENTO DEL NIÑO (PACIENTE)

¿Este niño está tomando algún medicamento de forma regular? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\* Nombre del medicamento (s): \_\_\_\_\_

¿Inmunizaciones actualizadas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿En el programa WIC? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Monta en un asiento de coche o cinturón de seguridad? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Alguien en el hogar, guardería o cuidador fuma? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Atenido Operaciones?

\* Fecha y problema: \_\_\_\_\_

¿Alguna hospitalización?

\* Fecha y problema: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen de niño bien: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_

#### Marque todo lo que se aplica a este niño (paciente)

- Problemas de visión o audición
- Infecciones del oído
- Neumonía o bronquitis
- Asma o problemas respiratorios
- Hay Fiebre
- Convulsiones
- Mojando de la cama
- Anemia
- Problemas renales o vesicales
- Lesiones o abusos
- Obesidad
- Abuso de sustancias (edad 12-18)
- Alergias: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

### PREOCUPACIONES DE LOS PADRES ACERCA DE ESTE NIÑO (PACIENTE)

¿Comportamiento? \_\_\_\_\_

¿Desarrollo? \_\_\_\_\_

¿Nutrición? \_\_\_\_\_



¿Abuso? \_\_\_\_\_  
 ¿Otro? \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE SELECCIÓN DE PLOMO DE EPSDT

**Nombre del niño/a:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

A partir de los seis meses de edad y en cada visita posterior, los niños deben ser evaluados por el riesgo de exposición al plomo. Haga las siguientes preguntas como mínimo. Si la respuesta a cualquier pregunta es positiva, un niño tiene potencialmente un alto riesgo de exposición al plomo. Se puede obtener una prueba de plomo en sangre en el momento en que se determina que un niño es de alto riesgo.

**SÍ** (solo marque si corresponde)

- ¿Vive su hijo o visita con frecuencia una casa construida antes de 1970 que tiene pintura descascarada o astillada?
- ¿Vive su hijo en una casa construida antes de 1970 con una renovación o remodelación reciente, en curso o planificada?
- ¿Alguno de tus hijos o sus compañeros de juego tuvieron envenenamiento por plomo?
- ¿Su hijo frecuentemente entra en contacto con un adulto que trabaja con plomo (ejemplos son: construcción, soldadura, cerámica, etc.)?
- ¿Su hijo vive cerca de un fundidor de plomo, una planta de reciclaje de baterías u otra industria que probablemente libere plomo?
- ¿Le da a su hijo algún remedio casero o popular que pueda contener plomo?
- ¿Vive su hijo cerca de una carretera principal muy transitada donde el suelo y el polvo pueden estar contaminados con plomo?
- ¿Tiene la plomería de su casa tuberías de plomo o cobre con juntas de soldadura de plomo?

**FIRMA DEL PADRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_



**LIBERACIÓN/AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono del paciente: \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION:**

Autorizo a North Sound Pediatrics a divulgar/obtener información

**TIPO DE REGISTROS SOLICITADOS:**

- Todos los expedientes medicos       Registros de inmunización       Registros de facturación  
 Registros relacionados con una enfermedad o lesión específica: \_\_\_\_\_  
 Registros de la fecha o fechas siguientes: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

**PROPÓSITO DE ESTA SOLICITUD:**

- Transferencia de atención     Colaboración en salud     Escuela     Legal     Personal     Otro: \_\_\_\_\_

**Como debe North Sound Pediatrics manejar esta solicitud?**

- Por favor entregueme el registro del paciente en persona       Por favor envíe los registros del paciente a la siguiente  
 Por favor solicite el registro del paciente a los siguientes:       Envieme los registros del paciente a la direccion anterior:

\_\_\_\_\_  
 Nombre del proveedor/instalacion/individuo  
 \_\_\_\_\_  
 Direccion  
 \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Codigo postal  
 \_\_\_\_\_  
 Numero de telefono/Numero de fax

\_\_\_\_\_  
 Nombre del proveedor/instalacion/individuo  
 \_\_\_\_\_  
 Direccion  
 \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Codigo postal  
 \_\_\_\_\_  
 Numero de telefono/Numero de fax

**Lo entiendo:**

- Mi derecho al tratamiento sanitario no está condicionado a esta autorización.
- Autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a North Sound Pediatrics.
- Una vez la información se ha liberado de acuerdo con los términos de esta autorización, la información no puede ser retirada.
- Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una mayor distribución por el destinatario que no puede ser protegida por las leyes de confidencialidad.
- Puede haber un cargo por los registros solicitados.
- Esta autorización expirará un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se revoque.

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso de la persona que completa el formulario**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma de la persona que completa el formulario**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Descargo de responsabilidad: este documento y la información en ella no constituyen asesoramiento legal. Tampoco es un sustituto de asesoramiento legal u otro profesional. Los usuarios deben consultar a su propio asesor legal para el asesoramiento sobre la aplicación de la ley y este documento, ya que se aplica a la normativa HIPAA.**