

NORTHWEST PEDIATRIC CLINIC

INFORMACION DEL PACIENTE

IMPRIMIR CLARAMENTE

NOMBRE DEL PACIENTE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
DIMICILIO/DIRECCION	SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE	
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	TELEFONO DE CASA	

INFORMACION DE LOS PADRES

NOMBRE COMPLETO DEL LA MADRE	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE COMPLETO DEL PADRE	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO/DIRECCION		DOMICILIO/DIRECCION	
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL		CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	
TELEFONO DE CASA		TELEFONO DE CASA	
CELULAR		CELULAR	
NUMERO DE FARMACIA		NUMERO DE FARMACIA	
CORREO ELECTRONICO			

INFORMACION DEL SEGURO (PERSONA QUE SOLICITO EL SEGURO)

NOMBRE DEL SEGURO	SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	NOMBRE DEL SEGUROMEDICO
RELACION CON EL PACIENTE	EPLADOR	NUMERO DE POLIZA
NUMERO DE LICENCIA	OFICIO	NUMERO DE COMPANIA DE SEGURO

EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE	NOBRE
RELACION CON EL PACIENTE	RELACION CON EL PACIENTE
TELEFONO DE CASA	TELEFONO DE CASA
CELULAR	CELULAR

¿PODRIAMOS DEJAR UN MENSAJE CON ESTAS PERSONAS RESPECTO A INFORMACION MEDICA DEL PACIENTE Y CITAS? _____ SI O _____ NO

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

Historia del Paciente
Northwest Pediatric Clinic
4560 FM 1960 West, Suite 101
Houston, Texas 77069
281-444-0000

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento (ciudad/estado/hospital): _____

Nombre del Padre: _____ Trabajo: _____

Nombre de la Madre: _____ Trabajo: _____

En la Casa

Por favor de apuntar todos los que viven en su domicilio.

<u>Nombre</u>	<u>Relacion</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si los padres no viven juntos, o el niño(a) no vive con ellos, donde vive el niño(a)?

Nacimiento

- | | |
|--|---|
| 1. Peso al nacer: _____ | 5. Nacimiento: Normal _____ Cesaria _____ |
| 2. Nacio a tiempo: _____ Antes del termino: _____ | Si cesaria, porque: _____ |
| Despues del termino: _____ | 6. Tuvo problemas su bebe despues de nacer: _____ |
| Antes del termino, cuanto tiempo le faltaba: _____ | 7. Typo de comida: de pecho _____ por biberon _____ |
| 3. Tuvo la mama enfermedades o complicaciones con el embarazo: Si _____ No _____ | 8. Su bebe se fue contigo del hospital: _____ |
| Explique: _____ | |
| 4. Durante el embarazo, la mama: Fumaba: Si _____ No _____ | |
| Tomaba: Si _____ No _____ | |
| Uso Drogas: Si _____ No _____ | |

General

1. Piensa que su niño(a) este de buena salud: Si _____ No _____ Explique _____
2. Su niño(a) ha tenido cirujia: Si _____ No _____ Explique _____
3. Su niño(a) es alergico(a) a alguna medicina: Si _____ No _____ Explique _____
4. Su niño(a) ha sido hospitalizado: Si _____ No _____ Explique _____

Historia del Paciente – Pagina 2

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

5. Su niño(a) se ha lastimado en algun accidente: Si___ No___ Explique_____

6. Se preocupa con el desarrollo de su hijo: Si___ No___ Explique_____

Historia Familiar

Algun miembro de tu familia ha tiendo:

Sordera	Si___ No___	Desordenees de Sangre	Si___ No___
Alergias	Si___ No___	Problemas con el Hgado	Si___ No___
Asthma	Si___ No___	Problemas con Riñones	Si___ No___
Tuberculosis	Si___ No___	Diabetes	Si___ No___
Problemas del Corazón	Si___ No___	Abuso del Alcohol	Si___ No___
Alta Presion	Si___ No___	Abuso de Drogas	Si___ No___
Alto Cholesterol	Si___ No___	HIV, Sida	Si___ No___
Anemia	Si___ No___		

Historia de Paciente

Su Niño(a) tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

Viruela	Si___ No___	Infecciones de los Riñones	Si___ No___
Infecciones de los Oidos	Si___ No___	(Niñas) Ha empezado su periodo menstrual	
Problemas de Vista	Si___ No___		Si___ No___
Asthma, Bronquitis, Pulmonia	Si___ No___	(Niñas) Hay problemas con su periodo menstrual	
Desordenes de Corazon	Si___ No___		Si___ No___
Anemia o Problemas del Sangre	Si___ No___	Hay Problemas con la Piel	Si___ No___
Transfucion de Sangre	Si___ No___	Dolores de Cabeza	Si___ No___
Dolores del Estomago	Si___ No___	Diabetes	Si___ No___
Thiroides	Si___ No___	Abuso del Alcohol o Drogas	Si___ No___

Comentarios Adicionales

Firma de padre o madre

Fecha

Firma de Doctor

Fecha

Northwest Pediatric Clinic
4560 FM 1960 West, Suite 101
Houston, Texas 77068
Phone: 281-444-0000 Fax: 281-444-6158

REGLAS DE LA CLINICA

Gracias por elegir al clínica Northwest Pediatric par alas necesidades de sus hijo (a). Aquí en Northwest Pediatric le ofrecemos un cuidado de la salud de calidad con horarios accesible. ¡Bienvenido a nuestra práctica!

La clínica atiende pacientes con cita. Sabemos que en ocasiones los pacientes necesitan cuidado inmediato: haremos los posibles para atender a su hijo (a) pero les pedimos que nos llamen para hacerles una cita y poder atenderlos mejor.

Le pedimos que elija a la Dra. Thrity Desai o la Dra. Eliza Treviño-Beene como su pediatra o proveedor principal (PCP) en su póliza de seguro medico o Medicaid: si lo hace antes de su cita se ahorrara tiempo en el momento de procesar al paciente en la recepción. Su compañía de seguro medico le puede ayudar hacerlo.

Le pedimos también que si hace cita por favor llegue a tiempo. Solo le daremos quince (15) minutos de tolerancia y tendrá que rehacer suscita para otro día. No hay tolerancia para exámenes médicos con vacunas porque toman mas tiempo y las citas deben de ser respetadas.

Si tiene cita y no podrá atender por favor notifiquenos antes de la hora, si no nos llama será considerado como "falta." Solo toleramos tres (3) "faltas." Después de esas "faltas" le notificaremos a usted y su compañía de seguro medico que le daremos de baja. La razón es que tenderemos menos faltas en la clínica y esto ayudara a la recepción manejar el horario apropiadamente para mejor productividad.

En la clínica Northwest Pediátrica queremos ofrecerle un ambiente limpio y agradable y para esto favor de no traer comida o bebidas al la clínica y mantener el ruido al mínimo; no usar palabras obscenas.

¡Gracias por su cooperación y BIENVENIDO a nuestra clínica!

Firma

Fecha

Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC) Registro de determinación del derecho a la participación del paciente

En el consultorio de un proveedor de salud debe mantenerse un registro de determinación del derecho a la participación de todos los niños de 18 años de edad o menos que reciban inmunizaciones por medio del Programa TVFC. Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre consta en el registro o el proveedor de salud. En cada visita de inmunización debe determinarse y documentarse el derecho a la participación en el programa TVFC para asegurarse de que la persona tenga derecho a participar en el programa. Aunque no se requiere verificar las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, por cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

1. Nombre del niño o niña: _____
Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.º nombre

2. Fecha de nacimiento del niño o niña: _____
mm/dd/aaaa

3. Padre o madre, tutor o individuo cuyo nombre consta en el registro:

Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.º nombre

4. Nombre del proveedor o de la clínica: **NW Pediatric Clinic**

5. Para determinar si un niño o niña (de 0 a 18 años de edad) cumple los requisitos estatales o federales para recibir las vacunas mediante el Programa TVFC, en cada inmunización o visita médica anote la fecha y marque la categoría apropiada de derecho a la participación. *Si se ha marcado una columna de la A a la F, el niño o niña tiene derecho a participar en el programa TVFC. Si se ha marcado la columna G, el niño o niña no reúne los requisitos para participar en el programa TVFC.*

	Con derecho a participar en el Programa de vacunas VFC				Con derecho a participación estatal		No cumple los requisitos para participar
	A	B	C	D	E	F	G
Fecha	Inscrito en Medicaid	No tiene seguro médico	Indio americano o nativo de Alaska	*Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC o un proveedor autorizado	**Inscrito en el CHIP	***Otras situaciones de seguro insuficiente	Tiene seguro médico que cubre las vacunas
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*El seguro insuficiente incluye a los niños cuyo seguro médico no incluye las vacunas o solo cubre ciertos tipos específicos de vacunas. Los niños solo tienen derecho a recibir las vacunas que no están cubiertas por un seguro. Además, para recibir las vacunas del Programa VFC, los niños con seguro insuficiente deben ser vacunados en un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC) o en una Clínica de Salud Rural (RHC), o por un proveedor aprobado y autorizado. El proveedor autorizado debe tener un acuerdo por escrito con un FQHC o una RHC y con el programa de inmunización estatal, local o territorial para poder vacunar a los niños con seguro insuficiente.

**Niños inscritos en el Programa estatal separado de Seguro Médico Infantil (CHIP). Estos niños se consideran asegurados y tienen derecho a recibir vacunas mediante el programa TVFC siempre y cuando el proveedor facture al CHIP el importe de la administración de la vacuna.

*** Otros niños con seguro insuficiente son aquellos cuyo seguro es insuficiente pero que además no tienen derecho a recibir vacunas federales por medio del programa VFC porque el proveedor o el centro no es un FQHC o una RHC, o no es un proveedor autorizado. Sin embargo, estos niños pueden ser atendidos si las vacunas son proporcionadas por el programa estatal para dar cobertura a aquellos niños que no tienen derecho a beneficiarse del programa VFC.

Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC)
Registro de determinación del derecho a la participación del paciente
 (Continuación)

[illegible]

Medicaid:

Número del Medicaid: _____

Fecha en que adquirió el derecho a la participación:

CHIP:

Número del CHIP: _____

Número del grupo: _____

Fecha en que adquirió el derecho a la participación:

Seguro privado:

Nombre de la aseguradora: _____

Número de contacto de la aseguradora: _____

Nombre del seguro: _____

Número de póliza o del asegurado: _____

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

Dar su consentimiento a servicios, tratamiento y procedimientos de diagnóstico, incluyendo pero no limitándose a medicamentos, pruebas de laboratorio y otros estudios, que pueden ser ordenadas por mi médico y consultores, seleccionados por mi médico en la clínica pediátrica de Northwest.

Reconozco la plena responsabilidad por el pago de tales servicios y acuerdo pagar mis cuentas en plena A LA HORA DE SERVICIO a menos que se hagan otros arreglos con el departamento de finanzas. Al firmar este consentimiento yo asigno todos los derechos, títulos e interés y autorizo el pago directo a la clínica Northwest Pediatric la prestaciones de seguro bajo la Ley de Seguridad Social para los servicios. Northwest Pediatric Clinic ayudara a mi compañía de seguros de facturación pero soy financieramente responsable por cargos que no fueron recogidos por este asignación autorizo a Northwest Pediatric Clinic que manden la cuenta de mi seguro o terceros pagadores y reciban el pago de ellos directamente.

Reconozco que en la medida necesaria para determinar la responsabilidad de pago o obtener el reembolso, la clínica pediátrica de Northwest puede revelar mi registro a cualquier persona, administración del seguro social, seguro o beneficio ordenante, servicios de atención de la salud o plan o portador de compensación del trabajador, que es, o puede ser responsable de todos o cualquiera de los cargos.

He revisado el contabilizado aviso de prácticas de privacidad, que explica cómo mi información puede utilizarse y divulgarse. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento, si así lo deseo.

Mi firma reconoce que he dado el derecho a hacer preguntas y recibir información sobre los servicios y las prácticas de privacidad y firmo voluntariamente este consentimiento. Una fotocopia o una copia por fax de esta autorización se considerarán tan válidas como la original.

Firma: _____ Fecha: _____
(Padre o Guardián)

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Northwest Pediatric Clinic

4560 FM 1960 West, Suite 101

Houston, Texas 77069

281-444-0000

Consentimiento Para Tratar y Autorizo de Informacion personal

Si no estoy en condiciones de traer a mi hijo(a) a su visita al medico, (APARTE DE LOS PADRES)

autorizo a _____
Nombre de la persona Relacion con el paciente

para traer a _____
Nombre del paciente Fecha de nacimiento

Con mi firma abajo, yo doy autorizacion a la persona nohrada arriba para hacer cualquier y todas las decisiones medicas necesarias para mi nino(a) en el momento de la visita.

____ Solo esta visita

____ Cuando yo no pueda

Por favor permite _____
Nombre de la persona Relacion al paciente

para obtener informacion personal de mi hijo/a. (APARTE DE LOS PADRES)

Firma del Tutor

Fecha

Esta autorizacion sera nula un ano despues de la fecha indicada arriba.

AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

Patient Name: _____
Last Name First Middle Int. Date of Birth

Street Address: _____
Current Address City State Zip

I hereby request: _____
Name of Clinic, Hospital, other

Address of Clinic, Hospital, other

Phone Number Fax Number

To furnish a copy of **MEDICAL RECORDS** for the above-named patient to:

NORTHWEST PEDIATRIC CLINIC
4560 FM 1960 WEST, SUITE 101
HOUSTON, TEXAS 77069
PHONE: 281-444-0000
FAX: 281-444-6158

For the period of: _____
Begin Date End Date

Purpose of Release: _____

- _____ I authorize the release of my complete medical records.
_____ If applicable to my treatment I understand my medical record will contain information regarding the following treatment or testing, authorized by my signature below.
_____ I authorize the release of my HIV/AIDS status and testing.
_____ I authorize the release of information regarding drug and alcohol abuse.
_____ I authorize the release of information regarding psychological disorders.
_____ I authorize the release of diagnostic imaging/x-ray results.
_____ I authorize the release of my medical record to include only the following: _____

I hereby release your physicians and employees from liability associated with release of this information. I understand this information has been disclosed to me from records whose confidentiality is protected by Federal Law. I understand that Federal regulations prohibit me from making any further disclosure of this information except with specific written consent of the patient.

Signature: _____
Patient, Parent or Guardian if minor, or Legal Representative Date

Relationship to patient: _____

This authorization will expire 90 days from the date of my signature.

Office use only

Requests/Records Sent by: _____ Date: _____