



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 médicos
 ☐ 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 entregue 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:
 ☐ Envíeme los registros del paciente a la dirección anterior:

Nombre del proveedor/instalación/individuo

Dirección

Ciudad/Estado/Código postal

Número de teléfono/Número de fax

Nombre del proveedor/instalación/individuo

Dirección

Ciudad/Estado/Código postal

Número de teléfono/Número de fax

Lo entiendo:

- Autorizar la divulgación de información de atención médica es voluntario, no necesito firmar este formulario para el tratamiento o el pago.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento escribiendo a North Sound Pediatrics. Entiendo que una vez que la información se ha publicado de acuerdo con los términos de esta autorización, la información no se puede recuperar.
- Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una mayor divulgación o distribución por parte del destinatario que puede no estar protegida por las leyes de confidencialidad.
- Esta autorización caducará un año a partir de la fecha firmada a continuación.
- Puede haber un cargo por los registros solicitados. De acuerdo con el Departamento de Salud del estado de Washington, North Sound Pediatrics tiene derecho a cobrar por una copia en los registros médicos. Las tarifas establecidas por el estado, de \$23 por tarifas administrativas, \$1.02 por cada página hasta 30 páginas y \$0.78 por cada página adicional.

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.