

ORMOND PEDIATRICS

Registro del paciente

Información del paciente:

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__ Hombre /Mujer
Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__ Hombre /Mujer
Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__ Hombre /Mujer
Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__ Hombre /Mujer
Raza _____ Etnicidad _____ Idioma preferido _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____
Teléfono de la casa: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ -- _____
Correo electrónico: _____ Forma de contacto preferida (encierra en un círculo) Casa,
Celular, Texto, Correo Electrónico

Información para padres / tutores:

Relación (un círculo) Madre / Padre / Padrastro / Abuelo / Guardián
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__ Seguridad Social: __/__/__
Dirección si es diferente a la anterior: _____
Empleador: _____ Teléfono de trabajo () _____ - _____
Relación (un círculo) Madre / Padre / Padrastro / Abuelo / Guardián
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__ Seguridad Social: __/__/__
Dirección si es diferente a la anterior: _____
Empleador: _____ Teléfono de trabajo () _____ - _____

Información del seguro:

Seguro primario: _____ Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__
Identificación de miembro: _____ Número de grupo: _____
Nombre del adulto (mayor de 18 años de edad) autorizado para llevar al paciente a las citas
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: () _____ - _____
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: () _____ - _____
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: () _____ - _____

Farmacia

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: () _____ - _____
Me doy cuenta de que soy responsable de pagar los servicios y procedimientos no cubiertos. Por este medio, autorizo la divulgación de información médica pertinente a las compañías de seguros.

Firma _____ Nombre impreso _____ Fecha: __/__/__

**** POR FAVOR CONTINÚE A LA SIGUIENTE PÁGINA ****

HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL

¿Hay alguien en la familia (padres e hijos, abuelos, tías, tíos, primos) con enfermedades importantes (por ejemplo, cáncer, diabetes, enfermedad cardíaca, etc.)?

Problemas de salud conocidos Madre Padre Hermanos Abuela Abuelo Tía Tío Cousins

- Abuso de alcohol y / o drogas
- Alergias
- Asma
- Cáncer
- Depresión
- Diabetes
- Enfermedad del corazón
- Alta presion sanguinea
- Colesterol alto
- Enfermedad mental
- Ataque al corazón
- Otro

¿Alguien en el hogar fuma, consume alcohol o usa otras drogas? de ser así, enumere a un miembro de la familia a continuación.

¿Alguna vez el paciente ha sido hospitalizado o ha tenido alguna cirugía? de ser así, enumere la razón y las fechas a continuación.

Formulario de consentimiento del paciente de conformidad HIPAA

Nuestro Aviso de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar o divulgar la información de salud protegida.

El aviso contiene la sección derecha de un paciente que describe su derecho según la ley. Usted asegura que con su firma ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma / fecha.

Usted tiene el derecho de restringir cómo se usa y divulga su información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de salud.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Usted tiene el derecho de revocar este contenido por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso si la información, pero la práctica no tiene que aceptar estas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar el consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento al momento de la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos telefonar, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar su cita? Si / No

¿Podemos dejar un mensaje en su máquina en casa / celular? Si / No

¿Podemos discutir su condición médica con algún miembro de su familia? Si / No

Si la respuesta es SÍ, indique los miembros permitidos:

Este consentimiento fue firmado por: (Imprimir nombre) _____

Firma _____ Fecha: _____

Por favor coloque sus iniciales y firme las políticas de seguir la oficina

Por favor llegue 10 minutos antes de la hora de su cita. Esto permitirá que nuestra oficina central arregle el seguro / o actualice su tabla.

Nuestra política de la oficina es que cualquier paciente que llegue 15 minutos después de su cita puede necesitar una reprogramación. Iniciales aquí _____

Si no puede programar su cita, llame a nuestra oficina para que podamos atender a otro paciente que necesite una cita.

Somos una oficina **PRO VACUNA**. Si elige no vacunar, busque un nuevo pediatra.

Iniciales aquí _____

La definición de una cita **NO PRESENTARÁN** es cualquier cita programada en la que el paciente:

- No llega a la cita según lo programado.
- Llega más de 15 minutos tarde y, por consiguiente, no se puede ver.
- ** Tenga en cuenta que tres (3) citas **NO PRESENTARÁN** le darán de baja de la práctica.

Iniciales aquí _____

El despido del paciente queda a discreción del proveedor médico. Si lo retiran de la práctica, se cancelarán todas las citas restantes.

Como cortesía, cuando el tiempo lo permite, hacemos recordatorios de citas. Si no recibe una llamada o un mensaje de recordatorio, la política anterior permanecerá en vigencia. Es su responsabilidad asegurarse de que tengamos su número de teléfono actual.

Iniciales aquí _____

El uso del teléfono celular en las habitaciones de los pacientes está estrictamente prohibido. El doctor requiere tu atención completa.

Tenga en cuenta que el video y la fotografía en las habitaciones de los pacientes están prohibidos. Iniciales aquí _____

He leído y entiendo las políticas descritas anteriormente y estoy de acuerdo con sus términos

Firma (paciente / tutor legal)

Relación con el paciente

Imprimir Nombre

Fecha