

MARYLAND PEDIATRICS - REGISTRACION

INFORMATION DEL PACIENTE

Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Fecha de Nacimiento	Sexo niño	niña
Número de teléfono en casa	Teléfono en el trabajo	Número de Celular
Dirección	Ciudad	Estado Código Postal
Contacto de Emergencia (no los padres)	Relación con el paciente	Número de teléfono

INFORMACION DEL SEGURO

Nombre de la compañía aseguradora	Numero de póliza (ID)	Numero de Grupo/Plan
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente
Nombre de segunda aseguradora	Numero de póliza (ID)	Numero de Grupo/Plan
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente

INFORMACION DE LOS PADRES / GUARDIAN

Información de la Madre		Información del Padre	
Nombre		Nombre	
SS # de la madre	Fecha de Nacimiento	SS # del Padre	Fecha de Nacimiento
Dirección		Dirección	
Correo Electrónico		Correo Electrónico	
Número de Teléfono	Numero de Celular	Número de Teléfono	Numero de Celular
Empleo	Teléfono en su trabajo	Empleo	Teléfono en su trabajo
¿Tiene algún problema de custodia legal? Si o NO, explique.			

IFORMATION DE HERMANOS

NOMBRE	Fecha de Nacimiento	Seguro de salud : Numero de Identidad:
NOMBRE	Fecha de Nacimiento	Seguro de salud: Numero de identidad:
NOMBRE	Fecha de Nacimiento	Seguro de salud: Numero de Identidad:
NOMBRE	Fecha de Nacimiento	Seguro de salud: Numero de identidad:

CMS

Idioma que se habla en casa			
Grupo Étnico	☐ Hispano o Latino ☐ No sabe ☐ No Hispano o Latino ☐ Declina		
Raza	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Africano -Americano o Negro ☐ Nativo de Hawái o Islas del Pacifico ☐ Blanco ☐ Declina		
Como le gustaría que lo contactemos para: Informarle de resultados médicos Recordarle citas Avisarles que deben volver a la oficina Cobros o información de su seguro Noticias para todos los pacientes Patient Portal	Teléfono casa,	Celular,	Teléfono trabajo,
	Solamente e-mail Solamente e-mail		

Autorizo que la información médica de mis hijos se utilice de la manera necesaria para mandar los reclamos a las compañías de seguro de salud y coleccionar pagos. Se me ha ofrecido y he leído las notificaciones de Práctica de Privacidad así como las regulaciones y pólizas de Maryland Pediatrics y me comprometo a cumplirlas. Me comprometo a hacerme responsable de cualquier balance en la cuenta de mi o mis hijos, que haya sido negado o no cubierto por el seguro de salud.

Firma de los Padres/Guardián

Fecha

MARYLAND PEDIATRICS

Notificación de Prácticas de Privacidad en Español

Nuestra información médica es privada y debería ser protegida. Es por eso que hay una ley Federal que determina las reglas para profesionales de la salud y para las compañías de seguros de salud, que determina quién puede ver y recibir nuestra información médica. La ley se llama Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Esta ley protege sus derechos sobre su información médica, incluye el derecho de solicitar una copia, revisar si esta correcta y quien la ha visto.

Sus Derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Sus Opiniones

En cuanto a determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Nuestros uso y Divulgacion

¿En general, cómo utilizamos o compartimos su información médica?

Nuestras Responsabilidades

No utilizaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo.

Entiendo que la información médica es privada y confidencial. Entiendo que Maryland Pediatrics hace todo esfuerzo necesario para conservar la privacidad y confidencialidad de la información médica de sus pacientes. En la forma de Notificación de Practicas de Privacidad en español de Maryland Pediatrics puedo encontrar información detallada de los derechos de privacidad y confidencialidad. Entiendo que Maryland Pediatrics puede modificar los términos de esta forma.

Puede encontrar una forma detallada de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Maryland Pediatrics en nuestra página web marylandpediatrics.net Si desea una copia de este documento, pídala en la recepción

Participamos en ("HIE") el intercambio de información de la salud **CRISP**, con el fin de compartir su archivo medico con sus otros profesionales de la salud y por otras razones limitadas. Usted tiene el derecho de limitar como se comparte su información médica. Lo invitamos a leer la Notificación de Practica de Privacidad y encontrar más información de la póliza de CRISP en como CRISP comparte su información visitando www.crisphealth.org

Se me ha ofrecido y he leído la forma completa de Maryland Pediatrics Notificación de Practicas de Privacidad en español.

Nombre del Paciente: _____

Padre o Guardián: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Maryland Healthy Kids Program

Cuestionario de Historial Médico Familiar

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Sexo: M F (circule)
Persona que llenó el Formulario:	Fecha de Hoy:	Relación con el Paciente::	
HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER		HISTORIAL PSICOSOCIAL	
Nombre del Hospital: _____ Enfermedades durante el embarazo No ☐ Si ☐ Medicamentos durante embarazo No ☐ Si ☐ Abuso de Alcohol o drogas No ☐ Si ☐ Problemas al Nacer No ☐ Si ☐ Describe: _____ Tipo de Parto ☐ Vaginal ☐ Cesárea Peso al Nacer _____ Peso al darle de alta _____ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No ☐ Si ☐ Fecha de la vacuna de Hepatitis B: _____ Examen Auditivo para recién nacidos No ☐ Si ☐		¿Quién vive en el hogar? _____ ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____ ☐ Alquilan ☐ casa propia ☐ refugio ¿Quién cuida el niño/a? _____ Fecha de Nacimiento Madre _____ Padre _____ Trabajan los Padres Madre No ☐ Si ☐ Padre No ☐ Si ☐ Hogar Sustituto _____ Fecha: _____ ¿Qué otro idiomas se hablan en la casa? _____	
HISTORIAL FAMILIAR		HISTORIAL DE SALUD	
Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alergias (a qué) _____ ¿Quién? _____ No ☐ Si ☐ _____ Asma No ☐ Si ☐ _____ TB/Enfermedad del Pulmón No ☐ Si ☐ _____ VIH/SIDA No ☐ Si ☐ _____ Intentos Suicidas/Problemas Mentales No ☐ Si ☐ _____ Enfermedad del Corazón No ☐ Si ☐ _____ Presión alta/Derrame No ☐ Si ☐ _____ Colesterol Alto No ☐ Si ☐ _____ Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell" No ☐ Si ☐ _____ Diabetes No ☐ Si ☐ _____ Convulsiones No ☐ Si ☐ _____ Alergias/Asma No ☐ Si ☐ _____ Desórdenes Mentales No ☐ Si ☐ _____ Cáncer No ☐ Si ☐ _____ Defectos de Nacimiento No ☐ Si ☐ _____ Pérdida de Audición No ☐ Si ☐ _____ Problemas de habla No ☐ Si ☐ _____ Enfermedades Renales No ☐ Si ☐ _____ Abuso de Alcohol/ Droga No ☐ Si ☐ _____ Hepatitis/Enfermedad del Hígado No ☐ Si ☐ _____ Enfermedad de la Tiroides No ☐ Si ☐ _____ Problemas de Aprendizaje/ Déficit de Atención ("ADD") No ☐ Si ☐ _____ Violencia Doméstica Otras: _____		Alguna vez su niño/a ha tenido: Alergias (a qué) _____ Asma No ☐ Si ☐ _____ Varicela (año) _____ No ☐ Si ☐ _____ Infecciones frecuentes de oído No ☐ Si ☐ _____ Problemas de Audición/Infecciones de la Vista No ☐ Si ☐ _____ Problemas de la Piel/Eczema No ☐ Si ☐ _____ Asma/Alergias No ☐ Si ☐ _____ TB/Enfermedad del Pulmón No ☐ Si ☐ _____ Convulsiones/Epilepsia No ☐ Si ☐ _____ Hipertensión/Presión Alta No ☐ Si ☐ _____ Enfermedad del Corazón/Defectos No ☐ Si ☐ _____ Hepatitis/Enfermedad del Hígado No ☐ Si ☐ _____ Diabetes No ☐ Si ☐ _____ Enfermedades del Riñón/Vejiga No ☐ Si ☐ _____ Problemas Físicos o de Aprendizaje No ☐ Si ☐ _____ Desórdenes de la Sangre/Hemofilia No ☐ Si ☐ _____ Enfermedades Transmitidas Sexualmente No ☐ Si ☐ _____ Problemas Emocionales o de Comportamiento No ☐ Si ☐ _____ Depresión/Pensamientos Suicidas No ☐ Si ☐ _____ Hospitalizaciones/Cirugías No ☐ Si ☐ _____ Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual No ☐ Si ☐ _____ Problemas en las Coyunturas/Huesos No ☐ Si ☐ _____ Obesidad/Trastornos Alimenticios No ☐ Si ☐ _____ Otras: _____ Lista de Medicamento/s que toma: _____	
Revisado por:		Fecha que fue Revisado:	

POLIZAS DE LA OFFICINA

Informarle de las regulaciones de la oficina nos permitirá comunicarnos con facilidad y servirle mejor. Por favor lea esta forma con cuidado. Si tiene alguna pregunta, pida ayuda a nuestro personal, con gusto le ayudaremos.

Para hacer una Cita:

Ofrecemos citas el mismo día para niños enfermos que son nuestro paciente.

Para Chequeos de niños sanos, exámenes físicos o de deporte, chequeos por medicamentos; por favor llame con anticipación para asegurarse de conseguir una cita el día y la hora que a usted le conviene.

Para Cancelar su cita:

Si usted debe cancelar su cita, llámenos 24 horas antes de su cita, para poder ofrecer su cita a un paciente con necesidad. Hay un recargo a su cuenta si usted cancela con menos de 24 horas.

No presentarse a su cita:

Olvidar una cita y no presentarse, evita que nuestra oficina atienda un paciente en necesidad. Es nuestra póliza: cobrarle al paciente por no presentarse a su cita. Después de 3 visitas que usted no cancele con tiempo y no se presente, nuestra oficina lo contactara para pedirle que usted se transfiera a otro médico.

Después de Horas de Oficina:

Si usted tiene una emergencia, llame al 911

Siempre hay un médico cubriendo las llamadas. Llame a nuestra oficina y su llamada será dirigida al médico que cubre.

Seguro de Salud:

Aceptamos la mayoría de seguros de salud.

Nuestra oficina se encargara de enviar los reclamos por servicios médicos por usted a su seguro.

Nuestra oficina seguirá las regulaciones de su seguro, en cuanto co-pays, deducible otros pagos por servicios. Co-pays se deben pagar el día de su cita. Otros cobros que su seguro pasa a usted, se le enviaran de inmediato y deben ser pagados en 1 días hábiles después de recibir su cobro.

Cheques sin fondo tendrán una penalidad más gastos de banco.

SI EL SEGURO DE SALUD QUE USTED PRESENTA ES INACTIVO O INCORRECTO, USTED SERA RESPONSABLE DE LOS COBROS.

Si nosotros somos su médico designado. Asegúrese de que el nombre del doctor Ramos y/o nuestro teléfono aparecen en su tarjeta. Si su seguro no ha sido informado por usted que el doctor Ramos es su médico.

Usted será responsable por los caros médicos.

USTED ES RESPONSABLE DE CUALQUIER BALANCE EN SU CUENTA.

Si usted no tiene seguro de salud. Su pago por servicios médicos será al momento de su visita.

Si nuestro medico no participa en su seguro, usted será responsable de los cobros por servicios médicos.

Records Médicos:

Si usted desea solicitar sus records médicos. Cobramos la cantidad regulada por el estado.

Formas:

Formas para el colegio, deportes, campamentos debe solicitarlas con tiempo. Toma de 5 a 7 días hábiles prepara sus formas y un peque cobro. Por una suma extra podemos entregarle sus formas en un día.

Prescripciones:

Toda prescripción se envía electrónicamente a su farmacia.

Prescripciones para sustancias controladas, el paciente deben tener un examen médico en no más de 4 meses, en algunos casos 3 meses, dependiendo de las medicinas y el paciente. Los padres deben recoger las prescripciones en persona.

Referencias:

Toda referencia debe ser recomendada y aprobada por el Dr. Ramos. Solicite su referencia por lo menos 3 días antes de su cita con el especialista. Cuando solicite su referencia tenga listo el nombre y teléfono del médico y el día de la cita.

He leído y entiendo las pólizas de esta oficina y me comprometo a cumplirlas y aceptar las responsabilidades económicas anteriormente descritas.

Nombre(s) del Paciente:_____

Nombre del padre o responsable_____Relación:_____

Firma del padre o responsable_____Fecha:_____