

Harvest Pediatrics

Cuidado de Salud Comprensivo de Infantes, Niños y Adolescentes

Fecha _____

Numero de Cuenta. # _____

POR FAVOR DE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE				SOBRE NOMBRE			
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	M OR F	NUMERO DE SEGURO SOCIAL		ESCUELA	GRADO	
NOMBRE DE OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA			FECHA DE NACIMIENTO		VIVEN EN LA MISMA CASA		

INFORMACION DE LOS PADRES

NOMBRE DEL PADRE		<input type="checkbox"/> PADRE NATURAL	<input type="checkbox"/> PADRE ADOPTIVO	NOMBRE DE LA MADRE		<input type="checkbox"/> MADRE NATURAL	<input type="checkbox"/> MADRE ADOPTIVA
		<input type="checkbox"/> PADRASTRO	<input type="checkbox"/> GUARDIAN			<input type="checkbox"/> MADRASTRA	<input type="checkbox"/> GUARDIAN
NOMBRE DE LA ESPOSA				NOMBRE DEL ESPOSO			
DOMICILIO FISICO		CALLE		DOMICILIO FISICO		CALLE	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
DOMICILIO DE CORRESPONDENCIA				DOMICILIO DE CORRESPONDENCIA			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
TEL DE CASA	TEL (CELL)			TEL DE CASA	TEL (CELL)		
SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO			SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO		
COMPANIA DE TRABAJO				COMPANIA DE TRABAJO			
CORREO ELECTRONICO				CORREO ELECTRONICO			

INFORMACION DE ASEGURANZA

ASEGURANSA (PRIMARIA)	NOMBRE DEL ASEGURADO
ASEGURANSA (SECUNDARIA)	NOMBRE DEL ASEGURADO

FAMILIAR MAS CERCANO EN CASO DE EMERGENCIA

PARIENTE MAS CERCANO QUE NO VIVE CON EL PACIENTE				
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO
COMO FUE REFERIDO A ESTA OFICINA?				
A QUIEN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA? NO LOS PADRES			TELEFONO	RELACION

Harvest Pediatrics

Cuidado de Salud Comprensivo de Infantes, Niños y Adolescentes

Cuestionario Inicial Historial de Paciente Nuevo

NOMBRE: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Forma completada por: _____ Fecha: _____

Informacion Domestica

Nombre	Relacion	Fecha de Nacimiento	Problemas de Salud

Hay hermanos que no han sido anotados ? Cuales son los nombres y donde viven. Si uno o los dos padres no viven en casa, que tan frecuente el/ella ven a los padres ? _____

Historial de Nacimiento

Peso al nacer: _____ Vaginal o Cesaria? Si fue Cesaria, Porque? _____

Su bebe nacio despues de 39 semanas? _____ Prematuro, porque? _____ Si No

Alguna enfermedad o Problemas con el embarazo? Cuantas semanas de gestacion? _____ No Si

Durante el embarazo la madre fumaba, tomaba alcohol o usaba drogas? _____ No Si

Estaba la madre en algun medicamento durante el embarazo? _____ No Si

Algun problema con su bebe en cuanto nacio? Cuales fueron? _____ No Si

Alimento Inicial : Pecho Formula?

Su bebe se fue a casa del hospital con la madre? _____ Si No

General

Usted considera que su hijo/a esta en buena salud ? Explicar: _____ Si No

Su hijo/a tiene alguna enfermedad o condicion medica ? Explicar: _____ No Si

Su hijo/a tenido alguna lesion seria o accidentes ? Explicar: _____ No Si

Su hijo/a tenido alguna cirujia ? Explicar: _____ No Si

Su hijo/a a sido hospitalizado alguna vez ? Explicar: _____ No Si

Su hijo/a es alergico algun medicamento ? Explicar: _____ No Si

Su hijo/a es alergico alguna comida ? Explicar: _____ No Si

Su hijo/a esta en algun medicamento cronico ? Explicar: _____ No Si

Desarrollo

Esta usted preocupado por el desarrollo fisico de su hijo/a ? Explicar: _____ No Si

Esta usted preocupado por el desarrollo mental o emocional de su hijo/a ? Explicar: _____ No Si

Si su hijo/a esta en la escuela:

Como esta el comportamiento de el/ella en la escuela? _____

El/Ella a repetido o faltado a algun grado en la escuela ? Explicar: _____ No Si

Como esta el/ella realizado academicamente ? _____

El/Ella esta en alguna clase especial ? Explicar: _____ No Si

Harvest Pediatrics

Cuidado de Salud Comprensivo de Infantes, Niños y Adolescentes

HISTORIAL FAMILIAR DE NUEVO PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Algún Familiar a tenido lo siguiente?	NO	SI	Quien?
Ensordecido			
Alergias Nasal			
Asma			
Tuberculosis			
Enfermedad del Corazón (antes de los 50 años)			
Presión Alta (antes de los 50 años)			
Colesterol alto			
Anemia			
Desorden de hemorragia			
Enfermedad del Hígado			
Enfermedad de los Riñones			
Diabetes (antes de los 50 años)			
Orinar en cama (después de los 10 años)			
Epilepsia / Convulsiones			
Abuso de Alcohol			
Abuso de Drogas			
Enfermedad Mental			
Retraso Mental			
Immunodeficiencia, VIH Sida			
Historial Familiar Adicional			
Historial Pasado de Paciente Nuevo - Su hijo/a alguna vez a tenido:			
Varicela			
Infecciones de oído frecuente			
Alergias/Nasal			
Problemas de ojos/visión			
Asma / Bronchiolitis			
Pulmonía			
Problemas del Corazón / Soplo de Corazón			
Anemia o problemas de hemorragia			
Transfusiones de Sangre			
Dolores Abdominales Frecuentes			
Estrenimiento que requiera visita de Doctor			
Infecciones de Vejiga / Riñones			
Orinar de cama (después de los 5 años)			
Ella ha empesado con Periodos Menstruales			
Problemas crónicos / recurrentes de la piel			
Dolores de Cabeza frecuentes			
Problemas de Convulsiones / Neurológicos			
Diabetes / Problemas de Tiroides			
Uso de Alcohol o drogas			
Algún otro problema significativo?			

Harvest Pediatrics

Cuidado comprensivo de salud para Infantes, Niños y Adolescentes

Poliza de Oficina, Pagos y Aseguranza

*“Apreciamos la oportunidad de servirle a usted y esperamos proveerle el mejor cuidado medico.”
Medicos y Personal de Harvest Pediatrics*

Poliza de Pago: _____ Iniciales Por favor

Es nuestra poliza de requerir pago de todos los cargos a la hora de servicio, a menos de que se hagan arreglos especiales. Cuentas con mas de 30 dias se les cobrarán 1.5% por mes, o 18% por año. En cualquier acontecimiento que un balance de cuenta no sea pagado a lo acordado, el suscrito acuerda a pagar todos los costos cobrados por la compañía de colección, los costos exceden de 20% al balance no pagado, incluye cobros razonables de abogado.

Poliza de Aseguranza: _____ Iniciales Por favor

Su aseguranza puede proveer para usted un reembolso en cobros medicos aceptados. De cortesía hacia usted, estariamos contentos de someter a algunos portadores, si usted nos a proveido con el numero de poliza, dirección, lugar de empleo, o cualquier otra información perteniente. Usted es responsable por deductibles y cargos no cubiertos por su aseguranza. Por favor de entender que como tercer partido no podemos implicarnos en negociaciones de aseguranza prolongadas. Esta es su responsabilidad.

Autorizacion de Liberacion de Informacion Medica: _____ Iniciales Por favor

Yo, autorizo al medico que libere cualquier información medica, incluyendo diagnosticos, rayos-x, resultados de pruebas, reportes y informes pertenientes a cualquier tratamiento o examinación dada a mi hijo/a. Yo entiendo que esta información medica puede ser usada para referencias por diagnosticos/especialistas, aseguranzas o para intenciones legales. Yo entiendo que cualquier persona recibiendo esta información medica obtenida por esta autorización a otra persona o organización sin mas autorización firmada por mi para liberar mas información.

Poliza de tardanza: _____ Iniciales Por favor

Para que su medico pueda proveer el mayor cuidado posible, es importante estar a tiempo a sus citas. Por lo tanto si esta mas de 10 minutos tarde para una cita, por favor de prepararse para cambiar su cita

Registro de Vacunas: _____ Iniciales Por favor

Por favor de traer tarjeta de vacunas con usted para toda cita de examinación medica.

Relleno de Recetas: _____ Iniciales Por favor

Por favor consentir 48 horas para todo relleno de recetas.

Cobros Por no Asistir: _____ Iniciales Por favor

Un cobro de \$25 se le cobrará al no asistir o no cancelar una cita con 24 horas de anticipación. Tres(3) citas no asistidas será sujeto a despedir a su familia de la práctica.

Firma

Fecha

Letra de Molde Por favor

Harvest Pediatrics

Cuidado Comprensivo de Salud para Infantes, Niños y Adolescentes

Forma de Autorización HIPAA

Autorización de Paciente para la Protección de Uso y Revelar Información de Salud

Al firmar, yo autorizo a Harvest Pediatrics usar y revelar cierta información de salud privada de mis portadores de seguros, otros médicos, o agencias para el cual una referencia de cuidado se a fabricado.

Esta autorización permite a Harvest Pediatrics usar y revelar la siguiente información individualmente identificable de mí, incluyendo pero no limitando fechas de servicio, tipos de servicio y diagnósticos rendidos.

Yo no tengo que firmar esta autorización para poder recibir tratamiento de Harvest Pediatrics. Yo tengo el derecho para rehusar la firma de esta autorización. Cuando mi información es usada y revelada persuadiendo a esta autorización, puede ser sujeto a revelaciones por unos de los receptores y ya no ser protegida por la Ley Federal Privada de HIPAA. Yo tengo derecho de revocar esta autorización. Mi revocación debe ser sometida por escrito al Oficial de Privacidad de Harvest Pediatrics.

Yo también reconozco que al firmar, yo autorizo a Harvest Pediatrics de dejar información de salud privada en un mensaje de voz asegurado, por ejemplo como resultados de laboratorios, o confirmación de citas.

Firma del Paciente or Guardian Legal

Relación del Paciente

Nombre del Paciente

Fecha

Harvest Pediatrics

Cuidado de Salud Comprensivo para Infantes, Niños y Adolescentes

Aviso de Privacidad al Paciente

NUESTRO COMPROMISO CON USTED

Nosotros entendemos que la información médica de usted es privada y personal. Es nuestro compromiso de protegerla. Doctores y personal hacen un registro cada vez que viene a una visita de oficina. Este aviso aplica al registro de su cuidado de Harvest Pediatrics, ya sea criado por el Doctor o otra persona del personal.

Estamos requeridos por ley de:

Guardar información médica privada de usted.

Darle este aviso describiendo nuestras obligaciones legales y privacidad práctica para información médica de usted.

Seguir los términos del aviso que está en efecto.

COMO NOSOTROS PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACION MEDICA

Esta sección de nuestro aviso le explica como podemos usar y compartir su información médica de usted. En todo caso no cubierto por este aviso, nosotros obtendremos un permiso por escrito separado de usted antes de usar o compartir su información médica. Usted podrá cancelar su permiso después notificando por escrito. Nosotros protegeremos información médica lo más que podemos bajo las leyes. A veces las leyes Estatales da más protección a información médica que las leyes Federales. A veces las leyes Federales da más protección que las leyes Estatales. En cada caso, nosotros aplicaremos las leyes que protegen su información médica.

Tratamiento: Nosotros usaremos y compartiremos su información para intenciones de tratamiento.

Pagos: Nosotros usaremos y compartiremos su información para ser pagados por su tratamientos.

Operaciones de Cuidado de Salud: Nosotros usaremos y compartiremos su información médica para intenciones de mejorar nuestras operaciones de cuidado de salud.

Recordatorios de Citas: Puede ser posible que nos pongamos en contacto con usted para recordarle un cita.

Opciones de Tratamiento y Relaciones de sus beneficios de salud y servicios: Puede ser posible que nos pongamos en contacto con usted en referencia a posible opciones de tratamientos, beneficios relacionados con su salud o servicios que usted desee.

Salud Pública: Nosotros reportaremos cierta información de medicamentos para relaciones de salud pública.

Requerido por Ley: A veces nosotros requerimos por ley de reportar cierta información.

Seguridad Pública: Es posible, y tal vez tengamos que compartir información médica de usted para prevenir o disminuir una amenaza seria para la salud o seguridad de cierta persona o del público en general.

Médico Forense, Examinador Médico o director de Funeral: Es posible que usemos y compartamos información médica de un paciente difunto con el médico forense, examinador médico o director de funeral.

Donación de Organos o Tejido: Es posible que usemos y compartamos información médica con organizaciones que manejan organos, ojos, donaciones o transplantes de tejidos.

Militarios, Veteranos, Seguridad Nacional y otras intenciones de Gobierno: Es posible que usemos o compartamos información médica de usted para intenciones de seguridad nacional.

Procedimientos Judiciales: Es posible que nosotros compartamos información médica de usted para responder a ordenes de juzgado o citaciones solamente cuando hemos seguido procedimientos requeridos por ley.

Cumplimiento de Ley: Es posible que nosotros compartamos información médica de usted con la policía sin su permiso escrito.

Miembros de Familia y Otros Envolucrados en Su Cuidado: A menos de que usted nos notifique, es posible que compartamos información médica de usted con sus miembros de familia o otros que usted a nombrado para la ayuda de su cuidado médico.

SUS DERECHOS EN CUANTO A SU INFORMACION MEDICA

Requeriendo información acerca de usted: Usted puede buscar, o obtener una copia de información médica.

Corrigiendo información acerca de usted: Si usted cree que la información está incorrecta o está perdida, usted puede preguntarnos por escrito y enmendaremos su registro. No tenemos el derecho de rechazar su petición.

Restringir como usar o compartir su información: Usted puede preguntar por información médica acerca de usted en forma confidencial. Usted debe de decirnos por escrito la manera exacta o lugar donde nosotros podamos comunicarnos con usted.

Preocupaciones o Quejas?

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede contactar al oficial de Privacidad.

Linda Simas

Office Manager, Harvest Pediatrics

1100 Trancas St., suite 270, Napa, CA 94558

707-252-1076

HARVEST PEDIATRICS

Cuidado de Salud Comprensivo para Infantes, Niños y Adolescentes

RECIBO DE RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo reconozco que he recibido una copia de Harvest Pediatrics Aviso de Practicas Privada. Yo entiendo que tengo el derecho de rehusar a firmar este reconocimiento si yo escojo.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Nombre del Representante del Paciente (si aplica)

Relacion con el Paciente (si aplica)

- Padres o Tutor del menor
- Tutor asignado por la corte
- Ejecutor o Administrador del
- Poder de abogado

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Hemos intentado obtener recibo de reconocimiento por escrito de nuestro Aviso de Practica Privada de la siguiente fecha, _____ el reconocimiento no pudo ser obtenido porque:

- Paciente/representativo rechazo de firmar
- Situacion de emergencia nos evito obtener reconocimiento en el momento (intentaremos otra vez en otro momento)
- Barrera de comunicacion nos prohibio obtener reconocimiento (explicar) :

Otro (especificar):

Harvest Pediatrics

Comprehensive Health Care for Infants, Children & Adolescents

Bay Area Immunization Registry Consent

This office will enter demographic information, immunizations and the tuberculosis skin testing information into a computerized tracking system called CAIR which will allow us to access the record for future visits should you lose your immunization record or need the information transferred to a doctor or school. All information entered is confidential but may be accessed by the State and local health care providers, including pediatricians, schools, and emergency rooms to obtain immunization histories and/or Tuberculin Skin Test (TST) results.

The Immunization Registry, BARR/CAIR has been disclosed to me. Please Initial:

_____ I consent to share immunization history _____ I decline to share immunization history
(Initials) (Initials)

_____ I consent to share TST results _____ I decline to share TST results
(Initials) (Initials)

X _____ Date: _____

Relationship to Patient: _____ Account # _____

Patient Name: _____

Patient Date of Birth: _____

El Condado de Napa de Salud y Servicios Humanos entrara la informacion dada arriba en un sistema llamado CAIR que nos permitira el acceso a su registro para futuras visitas si usted perdiera la tarjeta de vacunacion o se necesite trasferir dicha informacion a un doctor o a la escuela. Toda la informacion entrada en este sistema es confidencial pero puede ser accessible por el Estado y proveedores de salud locales, incluyendo pediatras, escuelas y salas de emergencia de hospitales para obtener historial de vacunacion y el resultado de la Prueba de Tuberculina (TST).

El registro de vacunas, BARR/CAIR se me ha sido revelado. Por favor de marcar con sus iniciales:

_____ Yo doy permiso para compartir el historial de vacunas
(Iniciales)

_____ Yo me niego a compartir el historial de vacunas
(Iniciales)

_____ Yo doy permiso para compartir los resultados de TST
(Iniciales)

_____ Yo me niego a compartir los resultados de TST
(Iniciales)

X _____ Fecha: _____

Relacion a paciente: _____ Numero de Cuenta: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Harvest Pediatrics

Cuidado de Salud Comprensivo para Infantes, Niños y Adolescentes

AUTORIZACION PARA TRANSFERIR ARCHIVOS MEDICOS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____
Padres / Tutores : _____ Numero de Telefono: _____
Direccion: _____

Esta abandonando la practica ? _____

Esta autorizacion le concede al profesional de atencion de la salud nombrado debajo a liberar informacion medica o archivos confidenciales. Nota : Informacion y archivos considerando tratamiento de menores, HIV, condiciones de salud mental / psiquiatrica, o abuso de alcohol / sustancia tienen reglas especiales que requieren autorizacion especifica.

AUTORIZACION: Yo autorizo a _____ que libere informacion respecto a mi historial medico, enfermedad o lesiones, consultas, recetas, tratamientos, diagnosticos o pronosticos, incluyendo rayos-x, correspondencia y archivos medicos por correo, fax, o otro metodo electronico a :

Nombre

Direccion

Ciudad, Estado y Codigo Postal

La informacion / archivos medicos seran usados para lo siguiente: _____

Esta autorizacion es:

Ilimitado (todo archivo, excluyendo Abuso de Sustancia, Salud Mental, Diagnostico / Tratamiento HIV)

Limitado a la siguiente informacion medica : _____

Tambien doy consentimiento a liberar los siguientes informes :

Abuso de Drogas / Alcohol / Sustancias _____ (iniciales)

Pruebas de anticuerpo por HIV _____ (iniciales)

Salud Mental/Psiquiatrico _____ (iniciales)

Diagnosticos / Tratamiento HIV _____ (iniciales)

DURACION: Esta autorizacion estara en efecto para (1) ano a menos que sea especificado.

RESTRICCIONES : Permisos para mas uso de informacion medica revelada no sera consentida a menos que otra autorizacion sea obtenida por mi o a menos que sea requerida especificamente o permitida por ley.

Una fotocopia de facsimil de esta autorizacion sera considerada en efecto y valida como la original. Yo he sido aconsejado de mis derechos para recibir una copia de esta autorizacion.

Todo archivo liberado por Harvest Pediatrics sera sujeto a un cobro de \$25 por expediente, tendra que ser pagado antes de liberar cualquier archivo, como es permitido por California y Leyes Federales. Cobro podra ser aumentado en la determinacion de la medida del expediente o monto de paginas copiadas. Solo archivos de cuidados hechos en Harvest Pediatrics o por uno de los Doctores de Harvest Pediatrics seran liberados.

Firma: _____ Relacion del paciente: _____

Fecha: _____ Numero de Cuenta: _____

Testigo: _____