

First Step Pediatric Associates, P.A.

895 N Nolan River Rd Ste 101
Cleburne, TX 76033
Teléfono 817-641-8800 Fax 817-641-8803

Información del Paciente

Nombre de paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

SS # _____ edad _____ Sexo: hombre/mujer

Nombre de los hermanos _____

Domicilio _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Teléfono principal _____ Teléfono alternativo # _____

¿podemos dejar mensajes confidenciales a los números mencionados arriba? _____

Información del Seguro

Nombre del otorgante _____ Fecha de Nacimiento _____ SS # _____

Seguro primario: _____ ID _____ Grupo _____

Otorgante Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ SS # _____

Seguro _____ secundaria ID _____ Grupo _____

Información Para los Padres

Nombre de Madre _____ Fecha de Nacimiento _____ SS # _____

Nacimiento, Paso, Adopción, Foster

Dirección de correo electrónico _____ primario # _____

Domicilio (si es diferente) _____

Ocupación _____ teléfono # _____

Nombre de Padres _____ Fecha de Nacimiento _____ SS # _____

Nacimiento, Paso, Adopción, Foster

Correo electrónico _____ Primario # _____

Domicilio (si diferentes) _____

Ocupación _____ teléfono # _____

Emergencia Contacto/Personas Adicionales

Por favor enumere todos los contactos de emergencia y/o las personas que pueden tener permiso para traer al paciente para atención médica y firmar el consentimiento para cualquier administración de vacunas.

| Nombre | Autorizado para llevar al paciente | Número de teléfono | Relación con el niño |
|--------|------------------------------------|--------------------|----------------------|
| | Sí/no | | |
| | Sí/no | | |
| | Sí/no | | |

Firma: _____ Fecha: _____

First Step Pediatric Associates, P.A.

895 N Nolan River Rd Ste 101
Cleburne, TX 76033
Teléfono 817-641-8800 Fax 817-641-8803

Historial Médico del Paciente

Nombre de los Pacientes _____ DOB _____

Información Sobre el Embarazo y el Nacimiento

¿Edad de la madre? _____ medicamento durante el embarazo? Sí ___ NO ___ Excluiré Vitaminas/Hierro _____

¿algún problema durante el embarazo? Exceso de peso ___ hinchazón excesivo ___ UTI ___ Toxemia ___ venérea Enfermedad ___
Otros ___ (sírvese explicar) _____

Durante el embarazo ¿mamá? Fumo _____ Consumir Alcohol _____ Drogas _____

Al nacer, ¿cuántas semanas gestacionales fue su hijo? _____ tipo de entrega? Vaginal/Cesárea

Peso de Nacimiento _____ longitud _____ Circunferencia de cabeza _____

¿tuvo el bebé alguna complicación al nacer? Respiración: Sí ___ No ___ ictericia: Sí ___ No ___

¿problemas después del nacimiento? _____

¿Alimentación? Pecho ___ Fórmula ___ tipo de fórmula _____

¿problemas de alimentación? Cólico ___ Vómitos ___ Diarrea ___ fórmula múltiple Cambios _____

¿Ha Tenido Nuestro Hijo Alguna de las Siguietes?

| | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Sarampión | <input type="radio"/> Paperas | <input type="radio"/> Varicela | <input type="radio"/> Tos ferina |
| <input type="radio"/> Escarlatina | <input type="radio"/> Infecciones del oído | <input type="radio"/> Asma, sibilancias | <input type="radio"/> Eczema, urticaria |
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Convulsiones | <input type="radio"/> Infecciones urinarias |
| <input type="radio"/> Transfusiones de sangre | <input type="radio"/> Problemas conjuntos | <input type="radio"/> Sarampión alemán | <input type="radio"/> Tendencia a la hemorragia |
| <input type="radio"/> Problemas de audición | <input type="radio"/> Problemas con la visión | <input type="radio"/> Faringitis estreptocócica | <input type="radio"/> Otros |

Historia Clínica de la Familia

Enumere todos los parientes de la sangre de su niño que han tenido los problemas médicos siguientes usando las abreviaturas enumeradas abajo:

P) Padre M) Madre H) Hermana MM) Madre de madre MP) Padre de la madre PM) Madre del padre PP) Padre del padre
Tía Tío Primo

| | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------|--|
| Anemia, trastorno sanguíneo | Alergias | Alcoholismo | Artritis | SIDA/VIH |
| Asma | Fotos de allergy | Cáncer | Fibrosis quística | Problema del colesterol |
| Defectos congénitos | Diabetes | Eczema | Tubos de oreja | Epilepsia, convulsiones |
| Problema de drogas | Sordera precoz | Emocional, conductual | Problemas de crecimiento | Ataque cardíaco, accidente cerebrovascular |
| Enfermedades cardíacas | Presión arterial alta | Problemas hereditarios | Retraso mental | Distrofia muscular |
| Migrañas | Tuberculosis | Problemas de la escuela | Muerte súbita del lactante | Otros |

Firma: _____ Fecha: _____

First Step Pediatric Associates, P.A.

895 N Nolan River Rd Ste 101
Cleburne, TX 76033
Teléfono 817-641-8800 Fax 817-641-8803

Aviso de Reconocimiento Sobre la Privacidad de la Practica

Nuestra práctica se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad esbozadas en el aviso.

He revisado el aviso de prácticas de privacidad de esta oficina, que explica cómo se usará mi información médica y revelado. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de su aviso sobre la privacidad de la práctica.

(Representante del paciente, sólo uno inicial)

_____ He leído una copia del aviso de prácticas de privacidad y ha declinado una copia.

_____ He leído y recibido una copia del aviso de práctica de privacidad.

Nombre del paciente (por favor imprima)

Nombre del representante del paciente (por favor imprima)

Firma del paciente, o representante del paciente

(representante requerido si el paciente es un menor o un adulto incapaz de firmar este formulario)

Responsabilidad Financiera

Asunción de la Responsabilidad Financiera:

Entiendo que soy financieramente responsable ante el doctor por todos los cargos incurridos en mi cuenta si están cubiertos por mi compañía de seguros o no. Estos cargos deben ser pagados en el momento en que los servicios son prestados a menos que sean presentados a una compañía de seguros con quien el grupo pediátrico tiene un contrato participante.

También entiendo que los servicios no cubiertos bajo mi póliza de seguro y saldos pendientes se convierten en mi plena responsabilidad. Esto puede incluir copagos y/o cargos incurridos por cualquier tema discutido fuera del crecimiento y desarrollo de mi hijo durante una visita bien infantil.

En el evento se instituyen los procedimientos de cobranza para hacer cumplir el pago de honorarios debido al grupo pediátrico, yo, el abajo firmante, acepto pagar la suma adicional de veinticinco (25%) del capital adeudado como honorarios de abogado, más todos los honorarios asociados de la corte.

Por favor, tenga en cuenta que un cargo después de las 5PM será cobrado.

Nombre del representante del paciente (nombre de la imprenta)

(representante requerido si el paciente es un menor o un adulto incapaz de firmar este formulario)

Firma: _____ Fecha: _____

First Step Pediatric Associates, P.A.

895 N Nolan River Rd Ste 101
Cleburne, TX 76033
Teléfono 817-641-8800 Fax 817-641-8803

Directivas de Oficina

- Nuestra oficina puede terminar a un paciente después de 3 (tres) citas consecutivas de no-show. Cuando cancelación por favor llame con 24 horas de anticipación.
- Nuestra oficina acepta citas de "walk in" para las visitas de enfermos sólo como pacientes establecidos/actuales, a la disponibilidad de la cita. Tenga en cuenta que las citas programadas se verán en consecuencia.
- Nuestra oficina permitirá que un paciente programado hasta 5 minutos tarde. En cualquier momento usted puede ser requerido reprogramar otra cita dependiendo del tipo de visita y/o proveedor que usted está viendo.
- Tenga en cuenta que tenemos varios proveedores en esta oficina en cualquier momento. Cuando programación de su próxima cita por favor, asegúrese de hacernos saber si usted está solicitando un determinado proveedor.
- Debido a tener varios proveedores en la oficina en cualquier momento dado-usted puede ser llamado fuera de servicio.
- Un padre/tutor que elija rechazar las vacunas debe firmar un formulario de "Rechazo a Vacunar" para continuar los servicios con nuestra clínica. Nos reservamos el derecho de despedir a cualquier paciente que se niegue a cumplir.
- Aceptamos los siguientes pagos-que se adeudan en el momento del servicio: Efectivo, Débito/Crédito Tarjetas, Health Savings Accounts o Care Credit.
- Tenga en cuenta que cualquier problema discutido fuera del crecimiento y desarrollo durante la verificación del bien del paciente debe ser trazado por un proveedor y puede resultar en un copago y / o cargos adicionales.
- Nuestra oficina se reserva el derecho de despedir a la familia de un paciente/paciente de nuestra práctica por hacer declaraciones difamatorias sin fundamento, ya sean escritas o habladas.
- Si no está satisfecho con nuestros servicios, lo tomamos en serio y le invitamos a ponerse en contacto con nuestra oficina para resolver el asunto y ayudarnos a mejorar esos servicios.

** Tenga en cuenta que hay un cargo de servicio de \$25.00 para cualquier documento/formulario que necesite ser completado por el proveedor, después de que los cargos por hora se aplican para las citas de 5 pm y después de Lunes - Viernes y todas las citas de Sábado. Puede encontrar más información sobre algunas de nuestras directivas en nuestro sitio web en www.firststepcleburne.com/policies.html.*

Firma del paciente, o representante del paciente

(representante requerido si el paciente es un menor o un adulto incapaz de firmar este formulario)

Uso de la Oficina Solamente:

Nombre del testigo: _____

Firma: _____ Fecha: _____