

Nombre del niño(a) _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección del niño(a) _____
Dirección Ciudad, Estado, Código Postal

Fecha de Hoy _____

Llenando este formulario

■ Responder estas preguntas ayudará a su médico a comprender la salud de su hijo(a) y cuál es la mejor forma de tratarlo.

■ Si necesita ayuda para completar este formulario:

- Lleve este formulario a su cita y una enfermera le ayudará.
- Lame a la clínica al 863-386-4711 antes de su cita y alguien puede ayudarlo por Teléfono.

Traiga a su cita:

1. Este formulario de **historial medico Del Niño (a)** y cualquier otro historial médico importante.
2. Una copia completa de los **registros de vacunación (vacunas)** del niño(a)
3. Información del **seguro medico** del niño(a)
4. Cualquier **medicamento que tome el niño(a)** (Píldoras, líquidos, cremas, herbales recetados o no)

¡Esperamos con interés trabajar con usted!



Información general:

¿Cuál es el sexo del niño(a)? Mujer Hombre

Fecha de nacimiento del niño(a) _____ Edad actual _____

¿Es su hijo(a) adoptado(a)? No Si Si es así, ¿a qué edad? _____

¿Quién está llenando este formulario?

Madre

Padre

Tutor/guardián legal (por favor explique su relación con el niño(a) _____)

Los padres del niño(a) son:

Solteros

Casados

Divorciados

Separados pero no divorciados

Viudos

Viven juntos pero no casados

Otro _____

contacto adulto principal para el niño	Otro contacto adulto para el niño
Nombre: _____	Nombre: _____
Relación con el niño(a) : <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor/Guardián legal <input type="checkbox"/> Otro _____	Relación con el niño(a): <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor/guardián legal <input type="checkbox"/> Otro _____
Dirección: <input type="checkbox"/> igual que el niño(a) Otra dirección: _____ _____	Dirección: <input type="checkbox"/> igual que el niño(a) Otra dirección: _____ _____
Ciudad: _____	Ciudad: _____
Estado: _____	Estado: _____
Código postal: _____	Código postal _____
Teléfono de casa: _____	Teléfono de casa: _____
Celular: _____	Celular: _____
Teléfono del trabajo: _____	Teléfono del trabajo: _____
Correo electrónico: _____	Correo electrónico: _____
Número de seguridad social: _____	Número de seguridad social: _____

Problemas de salud de hoy:

1. Enumere los **problemas principales de salud** de su hijo(a) (o las razones por la que visita la clínica).

- Chequeo de rutina
- Inmunizaciones/vacunas
- Un problema de salud
- Cambiar de médico (ultimo doctor)? _____

2. Que tan bien sientes que tu hijo(a) se comporta?

- Excelente
- muy bien
- bien
- Regular
- mal

Historia Médica:

3. ¿Ha sido su hijo(a) un **paciente en un hospital** (excepto unos días después del nacimiento)? Si NO

Mi hijo(a) estuvo en el hospital por qué:	Cuando:

4. ¿Su hijo(a) está tomando algún **medicamento recetado**?

- No, mi hijo(a) no toma ningún medicamento.
- Sí - enumere los medicamentos a continuación traje los medicamentos de mi hijo(a)

Nombre de la medicina:	Dosis:	¿Cuántas píldoras o dosis toma su hijo(a)?
		mañana medio día noche antes de acostarse
		mañana medio día noche antes de acostarse
		mañana medio día noche antes de acostarse
		mañana medio día noche antes de acostarse
		mañana medio día noche antes de acostarse

5. ¿Qué medicamentos de venta libre/sin receta toma su hijo(a) con regularidad?

- Vitaminas _____
- Hierbas medicinales _____
- Otro _____
- Ninguno, mi hijo(a) no toma ningún medicamento de venta libre/sin receta.

6. ¿Su hijo(a) tiene alguna reacción alérgica (efecto adverso) a cualquiera de los siguientes?

- Alergias en interiores o exteriores (Hierba, polen, gatos....) _____
- Alergias alimentarias (cacahuets, leche, trigo...) _____
- Medicamentos o inyecciones (enumere a continuación)
- No, que yo sepa, mi hijo(a) no tiene alergias.

medicina que mi hijo(a) es alérgico:	Que paso cuándo su hijo(a) tomo esta medicina

7. ¿Su hijo(a) tiene alguna de las siguientes enfermedades?

	SI	No	No se
Sarampión	SI	No	No se
Paperas	SI	No	No se
Varicela	SI	No	No se
Tos ferina	SI	No	No se
Rubeola	SI	No	No se
Fiebre reumática	SI	No	No se
Escarlatina	SI	No	No se

8. Por favor marque cualquiera de los siguientes **problemas médicos** que su hijo(a) haya tenido.

	SI	NO
Infecciones de oído	SI	NO
Problemas de nariz	SI	NO
Problemas de ojos	SI	NO
Problemas de audición	SI	NO
Problemas de boca o garganta	SI	NO
Diarrea (evacuaciones intestinales frecuentes y líquidas)	SI	NO
Estreñimiento (problemas para defecar /caca)	SI	NO
Vomitir	SI	NO
Problemas para orinar (mojar la cama, dolor al orinar)	SI	NO
Problemas de espalda (dolor de espalda o espalda torcida)	SI	NO
Dolores de crecimiento (dolores de huesos o del cuerpo)	SI	NO
Problemas musculares y huesos (músculos débiles, dolor en las articulaciones)	SI	NO
Problemas de la piel (acné, descamación de la piel, erupciones cutáneas, urticaria)	SI	NO
Convulsiones	SI	NO
ADD / ADHD (problemas para prestar atención o quedarse quieto)	SI	NO
Problemas para dormir (quedarse o permanecer dormido)	SI	NO
Problemas respiratorios (tos, asma).	SI	NO
Verrugas	SI	NO
Ictericia (piel amarilla)	SI	NO

9. ¿Su hijo(a) ha recibido inmunizaciones (vacunas) en el pasado?

No (Si la respuesta es no, pase a la pregunta # 10)

Si

¿Le ha entregado a esta oficina una copia de los registros de vacunación (vacunas)? Sí No

De lo contrario, indíquenos el nombre de los consultorios médicos o clínicas donde su hijo(a) recibió estas vacunas para que podamos obtener los registros.

Nombre del consultorio / clínica del médico: _____

Número de teléfono del consultorio / clínica del médico: _____

Acerca de mamá cuando está embarazada:

(Las siguientes preguntas son sobre la madre del niño durante el embarazo y el parto. Si no sabe sobre el embarazo de la madre, marque aquí y pase a la pregunta # 17).

10. Cuál fue la salud en general de la madre durante el embarazo?

Excelente

Buena

Regular

Mala

Desconocido

11. ¿Se utilizó alguno de los siguientes durante el embarazo?

Cigarrillos

Alcohol

Drogas ilegales (¿cuáles? _____)

Medicamentos recetados (¿cuáles? _____)

Ninguna de las anteriores.

12. Tuvo la madre alguna de las siguientes condiciones o problemas durante el embarazo?

Pre eclampsia (presión arterial alta)

Diabetes (azúcar)

Estrés emocional

Lesión o enfermedad grave

Sangrado o manchado inesperado

Otro _____

13. Fue el nacimiento:

En la fecha esperada.

Antes de la fecha esperada (por cuanto _____)

Después de la fecha esperada (por cuanto _____)

14. El nacimiento fue: Vaginal Cesaría

15. Se utilizó alguno de los siguientes?

Analgésico durante el parto (epidural)

Herramienta para ayudar a sacar al bebé (aspiradora/pinzas)

Ninguno

16. ¿hubo algún problema durante el parto? Si No

Si su respuesta es sí, por favor explique _____

Acerca del niño cuando era bebé:

17. El niño(a) fue amamantado? Si No por cuánto tiempo _____
18. En los primeros 2 meses después del nacimiento, ¿tuvo el niño(a)?:
- Ictericia (piel amarilla)
 - Cólico (malestar estomacal, llanto)
 - Problemas respiratorios
 - Otro _____
19. ¿A qué edad empezó el niño(a) a gatear? _____
20. ¿A qué edad comenzó el niño(a) a sentarse? _____
21. ¿A qué edad comenzó el niño(a) a caminar? _____
22. ¿A qué edad le salió el primer diente al niño(a)? _____
23. ¿A qué edad comenzó el niño(a) a decir palabras (mamá, papá)? _____
24. Cómo calificaría la salud de su hijo (a) en su primer año de vida? _____
- Excelente
 - Muy buena
 - Regular
 - Mala
 - Desconocido

En la escuela y en la casa:

25. El niño (a) va a la **escuela o a la guardería**? Si No ¿cuál es el nombre? _____
26. Si su hijo(a) va a la escuela o la guardería, describa **cómo se actúa su hijo(a)** en la escuela o la guardería. (marque todo lo que corresponda)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nervioso, preocupado | <input type="checkbox"/> tímido, retraído, se mantiene solo |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo, inquieto, no puede quedarse quieto | <input type="checkbox"/> Se enoja fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Insistente, intimida a otros | <input type="checkbox"/> Asustado |
| <input type="checkbox"/> Malhumorado(a) | <input type="checkbox"/> relajado, tranquilo |
| <input type="checkbox"/> Social, amistoso | <input type="checkbox"/> Feliz |
27. Cómo están las **calificaciones** de su hijo(a) en la escuela?
- Excelente
 - OK
 - malas
 - No va a la escuela
28. Aproximadamente, ¿cuánto ejercicio hace su hijo(a) todos los días?
- Menos de 30 minutos
 - De 30 minutos a 1 hora
 - Más de 1 hora
29. Aproximadamente, ¿cuántas horas de televisión ve su hijo todos los días?
- Menos de 1 hora
 - 1-3 horas
 - Más de 3 horas
30. Aproximadamente, ¿cuántas horas pasa su hijo frente a la computadora todos los días?
- Menos de 1 hora
 - 1-3 horas
 - Más de 3 horas
 - No tiene computadora

31. ¿Aproximadamente cuántas horas pasa su hijo al aire libre todos los días?
 Menos de 1 hora 1-3 horas Más de 3 horas
32. Aproximadamente, ¿cuántas horas pasa leyendo con su hijo (a) todos los días
 Menos de 15 minutos 15-30 minutos 30 minutos a 1 hora Más de 1 hora
33. Su hijo(a) usa casco cuando anda en bicicleta, patina, anda en patineta, etc.?
 Si No No realiza actividades como esa.
34. ¿Su hijo(a) se abrocha en el asiento del automóvil o usa el cinturón de seguridad cuando viaja en un automóvil?
35. Tiene armas/pistolas en la casa? Si No Si es así, ¿están encerradas? Si No

36. En qué actividades participa su hijo(a)
- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Montar en bicicleta | <input type="checkbox"/> T-ball / béisbol | <input type="checkbox"/> Danza / movimiento | <input type="checkbox"/> Patinar |
| <input type="checkbox"/> Karate | <input type="checkbox"/> Juegos de video | <input type="checkbox"/> Girl Scouts / Boy | <input type="checkbox"/> Scouts Soccer |
| <input type="checkbox"/> Tocar un instrumento musical | <input type="checkbox"/> Leer | <input type="checkbox"/> Jugar con amigos | |
| <input type="checkbox"/> Otros deportes / actividades de equipo | <input type="checkbox"/> Demasiado joven para participar en actividades. | | |

Historia Social

37. **Raza** del niño (seleccione varios si corresponde):
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | <input type="checkbox"/> Isleño del pacífico | <input type="checkbox"/> Caucásica / blanca |
| <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> más de una raza | <input type="checkbox"/> se niega a reportar |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |
38. **Origen** étnico de la niña(o): Hispano No-Hispano otro
39. El **país de origen** del niño(a) si no es Estados Unidos _____
40. **Idioma** preferido de los padres : Ingles Español Otro _____
41. **Idioma** preferido de la niña(o) : Ingles Español Otro _____
42. Tiene alguna creencia o práctica de su religión, cultura o de otro tipo que su médico deba conocer?
 No acepto sangre / productos sanguíneos debido a creencias personales o religiosas.
 No utilizo métodos anticonceptivos debido a creencias personales o religiosas.
 Ayuno (paso sin comer) por períodos de tiempo por razones personales o religiosas.
 No como carne. No como nada que provenga de un animal.
 Otras dietas o hábitos alimenticios especiales. (Por favor describa). _____
 Utilizo medicinas o tratamientos tradicionales, como acupuntura o hierbas.
 Otras creencias _____
 No, no tengo creencias o prácticas específicas que cambien el curso de mi atención médica.

Familia:

43. Marque todas las personas con las que vive el niño:

- Madre
 - Padre
 - Hermanos (¿cuántos?) _____
 - Hermanas (¿cuántas?) _____
 - Otros miembros de la familia _____
 - Amigos u otras personas _____
- Animales: ¿Perros (¿cuántos? _____) Gatos (¿cuántos? _____)
- ¿Otros animales? _____

44. ¿Qué problemas médicos tienen las personas de la familia del niño(a)?

Miembros de la familia	Problemas Médicos
Madre:	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar) <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> Otro: _____
Padre:	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar) <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> Otro: _____
Hermanas:	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar) <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> Otro: _____
Hermanos:	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar) <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> Otro: _____

Nombre de otros de sus niños en esta práctica:

Formulario de consentimiento para tratamiento

- Yo _____ (padre / tutor / paciente) doy permiso para que Sun 'N Lake Medical Group me brinde tratamiento médico.
- Permito que Sun 'N Lake Medical Group solicite beneficios de seguro para pagar la atención que recibo. Entiendo que:
 - Sun 'N Lake Medical Group tendrá que enviar la información de mi historial médico a mi seguro
 - Debo pagar mi parte de los costos
 - Debo pagar el costo de estos servicios si mi seguro no paga o no tengo seguro
- Entiendo que:
 - Tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
 - Tengo derecho a divulgar todos los tratamientos médicos con mi proveedor.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del padre/madre o Tutor/guardián legal _____ Fecha _____
(Para niños(a) menores de 18)

Escriba su Nombre

HIPPA: CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PARA OPERACIONES DE PAGO, TRATAMIENTO Y ATENCIÓN MÉDICA

Consentimiento para divulgar mi información médica general:

Con mi firma a continuación, autorizo a Sun 'N Lake Medical Group a divulgar mi información médica para que la práctica pueda tratarme, solicitar el pago de terceros por dicho tratamiento y, en general, llevar a cabo la atención médica de la práctica. Operaciones (por ejemplo, garantía de calidad). También autorizo a Sun 'N Lake Medical Group a divulgar mi información médica a aseguradoras y proveedores fuera de la práctica cuando sea necesario para que estos proveedores puedan tratarme; buscar el pago por ese tratamiento, y para el propósito de sus operaciones de atención médica.

Entiendo que mi expediente médico contiene actualmente o puede contener en el futuro los siguientes tipos de información altamente confidencial. Con mi firma a continuación, doy mi consentimiento específicamente a la divulgación de dicha información como parte de mi historial médico a aseguradoras y proveedores fuera de la práctica con el fin de obtener tratamiento para mí, pago por el tratamiento que se me acredite, y para que estas entidades puedan realizar sus operaciones de atención médica:

- Información sobre el estado del VIH / SIDA, enfermedades venéreas
- Información sobre pruebas genéticas
- Información relacionada con comunicaciones confidenciales con un psicoterapeuta, psiquiatra, psicólogo, social trabajador, profesional de salud mental o profesional de servicios humanos.
- Información sobre diagnóstico y tratamiento por abuso de sustancias (alcohol o drogas)
- Resultados de la mamografía
- Información sobre los servicios de planificación familiar, incluidos los consentimiento para el aborto
- Si soy un menor emancipado, información sobre mi tratamiento y diagnóstico (no para mis padres)
- Información sobre tratamiento con sustancias controladas

Nota para el paciente: marque cualquiera de los puntos enumerados anteriormente, en la medida en que no desee que se divulgue la información.

Este consentimiento fue firmado por: _____

(Escriba su Nombre)

Firma: _____ **Fecha** _____

Permiso para traer / HIPPA

Yo, _____ el padre /Madre/ tutor legal de _____, doy permiso a las siguientes personas para que busquen atención médica para el niño(a) mencionado anteriormente en mi ausencia. Esto entrará en vigencia en la fecha de la firma y permanecerá vigente hasta que se dé nuevo aviso.

Las personas enumeradas también deben considerarse como "**contactos de emergencia**" en caso de que no se pueda localizar a usted (el padre /Madre/ tutor legal).

Si se nos permite hablar sobre la condición médica de su hijo con alguna de las personas que figuran en el permiso para traerlo, debe marcar la casilla.

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas?

Si NO

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular?

SÍ NO

Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono	Permitido discutir HIPPA Información SI / NO

Firma del padre /Madre/Tutor legal: _____

Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY (SÓLO PARA USO DE OFICINA)

Witness (testigo): _____

Identification verified (identificación): _____ Yes (si) _____ No _____

Employee Initials (iniciales del empleado): _____

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Para reducir la confusión y los malentendidos entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado la siguiente política. Si tiene alguna pregunta, háblela con nuestro personal de facturación o con el gerente de la oficina. Estamos dedicados a brindarle la mejor atención y servicio posibles y consideramos que su comprensión completa de nuestras políticas financieras es un elemento esencial de su atención y tratamiento.

- A menos que usted o su proveedor de cobertura de salud hayan hecho otros arreglos con anticipación, el pago total de los servicios de oficina vence en el momento del servicio. Para su conveniencia, aceptaremos VISA, MasterCard y Discover.
- Your insurance policy is a contract between you and your insurance company. As a courtesy, we will file your insurance claim for you if you assign the benefits to the doctor- in other words you agree to have your insurance company pay the doctor directly. If your insurance company does not pay the practice within a reasonable period, we will have to look to you for payment. If we later receive a check from your insurer we will refund any overpayment to you.
- Hemos hecho arreglos previos con muchas aseguradoras y otros planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Le facturaremos a los planes con los que tenemos un acuerdo y solo le solicitaremos que pague el copago en el momento del servicio. Cobraremos el copago cuando llegue a su cita.
- Si tiene cobertura de seguro con un plan con el que no tenemos un acuerdo previo, prepararemos y enviaremos el reclamo por usted sin asignarlo. Esto significa que su aseguradora le enviará el pago directamente. Por lo tanto, nuestros cargos por su atención y tratamiento vencen en el momento del servicio.
- No todos los planes de salud son iguales y no cubren los mismos servicios. En caso de que su plan de salud determine que un servicio “no está cubierto”, usted será responsable por el cargo completo. El pago vence al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.
- Para todos los servicios prestados a pacientes menores, buscaremos al adulto que acompañe al paciente y al padre o tutor con la custodia para el pago.
- Para brindar el mejor servicio y disponibilidad posibles a todos nuestros pacientes, llámenos lo antes posible si sabe que necesitará reprogramar su cita.
- He leído y entiendo la política financiera de la práctica y acepto estar sujeto a sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por la práctica.

Firma del paciente / padre/madre / tutor legal

Fecha

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Solicitud de registros médicos

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

(Ciudad, estado, código postal) _____

Número de teléfono: _____

Para divulgación de registros o copias: Al firmar esta autorización, autorizo a la parte que se indica a continuación a usar y / o divulgar cierta información médica protegida (PHI) sobre mí o mi hijo.

Esta autorización permite:

Para usar o liberar a:

SUN 'N LAKE MEDICAL GROUP PEDIATRICS

(Nombre del proveedor)

4958 Sun 'N Lake Blvd Suite B

(Dirección)

Sebring, FL 33872

(Ciudad, estado, código postal)

Phone: 863-386-4711 Fax: 863-386-4301

(Número de Teléfono)

Información que se publicará / copiará:

Todos los registros médicos pertinentes, incluidas las vacunas y las pruebas de laboratorio.

Hojas de día- Fechas: _____

Información de laboratorio- Fechas: _____

Otro: _____

Información a excluir / no divulgar:

Registros de salud mental () Tratamiento de drogas / alcohol

Pruebas de VIH

Registros de agresión sexual / victimización

otros: _____

*** Asegúrese de revisar las restricciones antes de copiar / publicar ***

Motivo de la divulgación o copia del registro: _____

(Por favor ver más abajo, se pueden aplicar cargos).

Para solicitudes de inspección / copia del paciente o tutor: Marque aquí

Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de los siguientes cargos asociados con mi solicitud: cargos por copia, incluido el costo de suministros y mano de obra, y gastos de envío relacionados con la producción de mi información. Entiendo que el cargo por este servicio es: \$ 1.00 por página durante las primeras 25 páginas, luego \$ 0.25 por cada página a partir de entonces.

(Firma del Padre/Madre / tutor legal)

(Fecha)

(Nombre impreso del padre / tutor legal)

fecha de la firma

* Las solicitudes de inspección son válidas solo en la fecha de la firmada

* Las solicitudes de divulgación / copia vencen 30 días después de la

Prohibición de volver a divulgar: esta información le ha sido divulgada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley. Cualquier divulgación adicional está estrictamente prohibida a menos que el paciente / tutor proporcione un consentimiento específico por escrito para la divulgación posterior de esta información. Estos registros pueden estar protegidos por regulaciones federales (42 CFR, Parte 2).

Solo para fines internos: Nombre y cargo de la persona que divulga los registros: _____

Método de transferencia: Enviado por correo: ¿Certificado? (Certificación #) _____

Recogido por: _____ / (Fecha) _____ Forma de identificación: _____

Enviado por fax: _____ / (Fecha) _____ Verificación de identificación realizada: Sí No

SNLMG