

Wee Tots Pediatrics, P.A.

Registro Del Paciente

Nombre del Paciente _____				
Sexo: <u> </u> F <u> </u> M	Edad _____	Apellido _____	Nombre Apodo _____	Inicial _____
Fecha de Nacimiento _____				
SS# _____				
Domicilio _____				
Calle _____		Ciudad _____	Estado _____	Código _____
Teléfono(casa) _____		Madre(#celular) _____	Padre(#celular) _____	
<u>Liste todos los NOMBRES de sus HIJOS:</u>				
Nombre _____		Fecha de Nacimiento _____		
Nombre _____		Fecha de Nacimiento _____		
Nombre _____		Fecha de Nacimiento _____		
Nombre _____		Fecha de Nacimiento _____		

Nombre del Padre/Guardián _____		Nombre de la Madre/Guardián _____		
Seg. Soc. # del Padre _____		Seg. Soc. # de la Madre _____		
Fecha de Nacimiento del Padre _____		Fecha de Nacimiento de la Madre _____		
Empleador _____		Empleador _____		
Teléfono(trabajo) _____		Teléfono(trabajo) _____		

CONTACTO DE URGENCIA

En caso de urgencia, a quien debemos notificar? (<u>Aparte de los padres</u>)		
Nombre _____	Relacion _____	Telefono _____
Nombre _____	Relacion _____	Telefono _____

PERSONA ASIGNADA RESPONSABLE

(Para pacientes menor de 18 años)

Yo, _____ asigno a las personas siguientes como mi agente legal y representante para el
(Nombre del Padre, Madre o Guardián)
propósito de autorización y consentimiento para el cuidado medico y tratamiento de _____
(Nombre del Paciente)

para cualquier enfermedad o condición que pueda ocurrir en el cuidado del agente por mientras que yo este de vacaciones o no pueda estar disponible para dar tal consentimiento.

Liste todos los nombres de las personas asignadas:

- 1.Nombre _____ Relación hacia el paciente _____
- 2.Nombre _____ Relación hacia el paciente _____
- 3.Nombre _____ Relación hacia el paciente _____
- 4.Nombre _____ Relación hacia el paciente _____
- 5.Nombre _____ Relación hacia el paciente _____

HISTORIA FAMILIAR

Ha tenido algún miembro de su familiar o pariente cercano? (Favor de circular todos los que son aplicables)					
Artritis	SI	NO	Presión Sanguínea Alta	SI	NO
Asma o Alergias	SI	NO	Nivel de Colesterol Alto	SI	NO
Cáncer	SI	NO	Problemas del Riñón	SI	NO
Adicción a Drogas	SI	NO	Problemas Mentales	SI	NO
Convulsiones o Epilepsia	SI	NO	Migrañas	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO
Problemas del Corazón	SI	NO	Otros _____		
Hemofilia-Sangramiento	SI	NO			

NACIMIENTO CRECIMIENTO

Hospital _____	Ginecologo/Obstetra _____	
Tipo de nacimiento _____	Complicaciones _____	
Peso al Nacer _____	Longitud al Nacer _____	Peso al salir del hospital _____
Tuvo su bebe algún problema al nacer o inmediatamente después? _____		
Edad cuando: Se Río _____ Se Sentó _____ Primera Palabra _____ Sostuvo su Cabeza _____ Camino Solo _____ Fue al baño solo _____		

HISTORIA MEDICA

Medico anterior del paciente(si existe antes) _____	Cuidad/Estado _____	Teléfono _____	
Fecha del ultimo examen fisico _____	Resultados _____		
Esta el paciente bajo cuidado medico ahora?	SI	NO	
Esta recibiendo alguna medicina?	SI	NO	Medicamentos _____
Ha sido el paciente hospitalizado alguna vez?	SI	NO	_____
<u>Fecha:</u> _____	<u>Razón:</u> _____	<u>Hospital:</u> _____	<u>Alergias:</u> _____

HA TENIDO EL PACIENTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS O ENFERMEDADES?

(Favor de circular todos los que son aplicables)

SIDA/HIV	Varicela	Parálisis cerebral	Fiebre reumática	Paperas
Anemia	Constipación	Problemas de Corazón	Sinusitis	Otros _____
Asma	Convulsiones	Hepatitis	Problemas de hablar	_____
Orina la Cama	Diabetes	Problemas de Riñón	Problema del tiroides	
Defectos de Nacimiento	Droga/alcohol	Intoxicación con plomo	Tuberculosis	
Infecciones de orina	Problema de la vejiga	Problemas del hígado	Sarampión	
Problemas de la vista	Sangramiento fácil	Infecciones del oído	Mononucleosis	
Lombrices	Cáncer	Epilepsia	Pulmonía, neumonía	

LIBERACION DE INFORMACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

La información que he dado es correcta de acuerdo a mi conocimiento. Yo entiendo que la información será mantenida en estricta confidencialidad, y es mi responsabilidad notificar a esta oficina de cualquier cambio en el estado Medico de mi hijo(a). Yo certifico que mi hijo(a) tiene seguro medico con _____

(Nombre del seguro Medico)

Yo autorizo pagos de beneficios médicos directamente a los Drs. por los servicios prestados por el/ella personalmente o bajo supervisión. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por la compañía de seguros. Por este medio autorizo al Doctor de liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios y autorizo el uso de esta firma en todas las comunicaciones con la compañía de seguros, ya sean manuales o electrónicas.

(Firma del Padre/Madre/Guardián)

(Fecha)

POLÍZAS DE WEE TOTS PEDIATRICS

Estamos comprometidos en proveer a nuestros pacientes el mayor cuidado medico. Su clara comprensión de nuestras pólizas es importante para nuestra relación profesional.

FAVOR DE INITIAL:



- _____ Se requiere que **TODOS** los pacientes/padres **LLENEN** nuestro **FORMULARIO DE INFORMACION COMPLETAMENTE** antes de su visita con los Proveedores/Doctores.
- _____ **MENORES DE EDAD**- Los Padres **DEBEN** de estar presente en la **PRIMERA VISITA** también como **TODAS** las siguientes visitas futuras. Si los padres no están presentes, se le dará otra cita al paciente, a menos que los padres legales ya hayan llenado una declaración **FIRMADA** dándole permiso a otra persona (después de la primera visita) para que los servicios sean rendidos al paciente por otra persona que no sean los padres legales. También se requiere que la persona que se haya asignado para traer al niño traiga con el/ella su identificación **LEGAL** en el día de la visita.
- _____ Los **PADRES ADOPTIVOS** deben presentar el papeleo legal apropiado, y una copia se debe mantener en el expediente del paciente.
- _____ Pacientes **TARDES**-si el paciente llega **5 minutos** tarde para su cita, la cita será cambiada para la mas próxima fecha disponible.
- _____ Pacientes **SIN CITAS**-Los pacientes que tienen citas se atenderán **PRIMERO**. Los pacientes que vengan **SIN CITA** se atenderán en cuanto haya un lugar/tiempo disponible. Favor de notar: El personal de oficina notificara a los Doctores (después de ser evaluado por una asistente medico) de cualquier situación de **EMERGENCIA** y el Doctor determinara el caso y decidirá a si el niño necesita ser visto en este consultorio o necesita ser enviado al **CUARTO de EMERGENCIA** de un **HOSPITAL**.
- _____ Los **NUEVOS PACIENTES** TAL como **TODOS** los pacientes **DEBEN** presentar su tarjeta actual del Seguro Medico o si el niño tiene Medicaid la "HOJA" mensual **ACTUAL** de Medicaid será **requerida** **ANTES** de rendir cualquier servicio. Si la hoja corriente del mes no es presentada en la hora de la cita; la cita se cambiara para otra fecha mas próxima; o se le dará la opción de pagar por completo por la visita por los servicios rendidos.
- _____ **Cualquier PAGO** sea co-pago de su seguro medico, o pacientes que pagan por no tener seguro medico; **EL PAGO ES COBRADO ANTES DE QUE SE RINDA CUALQUIER SERVICIO**; tal como cualquier pago adicional- ejemplo: tratamientos de aire, inyecciones, etc. también serán cobrados el mismo día y antes de estos servicios.
- _____ Los **COBROS** a los Seguros Médicos son procesados de nuestra parte como cortesía al paciente. El consultorio no se implicara en ningún conflicto que los padres puedan tener con su portador de seguro.
- _____ Las **PETICIONES** de tarjetas de **INMUNIZACION** tienen un cobro de \$10.00 o para llenar de Nuevo una tarjeta vacía (todos los expedientes tienen cobro, así como cualquier hojas que se tengan que llenar). Se hará una nota en el expediente cada vez que solicite una tarjeta. Favor de traer la tarjeta de inmunización cada vez que tenga una cita de Chequeo General. **Favor de Notar: Todos las peticiones de Expedientes Médicos/formas/cartas tienen un COBRO.**
- _____ **CONFLICTOS**-cualquier problema o conflictos entre el personal y los padres deben ser traídos a la atención del administrador de oficinas. Favor de notar que los Proveedores/Doctores siguen todas estas pólizas y **NO** se implican en conflictos de la oficina.
- _____ **CANCELACION DE CITAS** debe ser hecha 1 o 2 horas antes de la hora de la cita, de lo contrario será considerado como que el paciente no se presento a la cita. Después de 3 **NO SHOWS** se le mandara una carta y **NO** será podrá ver de nuevo al paciente.
- _____ **CUARTOS DE EXAMINACION** –Debido a los Reglamentos de **HIPPA** todos los padres y los pacientes deben permanecer **DENTRO** del cuarto de examinacion, en cuyo caso esta regla no se siga, su cita será cancelada o se le pedirá que se retire del consultorio.
- _____ **CITAS**-Solo la madre y/o padre o tutor del paciente con una cita será permitido en el cuarto de examinacion/**Back Office**. Cualquier otro adulto(s) que acompañen a los Padres/Guardianes se les pedirá que esperen en la "Sala de Espera de Enfrente"
- _____ **CHEQUES SIN FONDO**-Todos los cheques se procesan electrónicamente con Merchant Connect. Los cheques no pueden ser aceptados si se declinan electrónicamente. Cualquier honorario para los cheques **SIN** fondo será manejado directamente por usted y Merchant Connect.
- _____ **BASURA EN EL ESTACIONAMIENTO**-Favor de no tirar basura/panales en el estacionamiento.
- _____ **POLIZA DE MAL CLIMA** –Wee Tots Pediatrics sigue las reglas del Distrito escolar **AISD** (en los días de escuela) ejemplo: Si el distrito escolar de **AISD** esta cerrado o abren tarde entonces el consultorio estará cerrado o abrirá tarde.
- _____ **HACER CITA DESPUES DE HORAS DE OFICINA O RENOVACION DE SU MEDICAMENTO**-Después de horas de oficina el Doctor de guardia esta contratado para proveer a los padres **con consejos** para los pacientes que están enfermos mientras que el paciente se pueda atender en la oficina al día siguiente o para aconsejarles a los padres que se dirija a la sala de Emergencia de un Hospital de niños; y **NO para hacer/cancelar** citas **NI** para llenar de nuevo su medicamento. Los Proveedores no están obligados a llamar ningún medicamento después de horas de oficina; estos pedidos deben de ser hechos de **Lunes a Viernes de 8:00am a 5:00pm** (No Sábados o Domingos).

FAVOR DE INITIAL:



_____ **COMIDA O BEBIDAS – No se permite de tener comida o bebidas en el edificio.**

_____ **DESPIDO DE LA OFICINA – Puede ser despedido de esta oficina por las siguientes razones:**

- **COMPORTAMIENTO GROSERO**
- **LENGUAJE GROSERO/USO DE MALAS PALABRAS**
- **DESCORTES/COMPORTAMIENTO VIOLENTO**
- **INCUMPLIMIENTO DE LAS ORDENES DEL MEDICO/MEDICO ASISTENTE/ENFERMERA ESPECIALISTA**
- **CAMBIO DE MEDICO A OTRA OFICINA QUE NO SEA WEE TOTS PEDIATRICS**
- **DESACUERDO DE PHYLOSOFIA CON EL DOCTOR/ENFERMERA ESPECIALISTA/MEDICO ASISTENTE**
- **INCUMPLIMIENTO DE LAS POLIZAS DE LA OFICINA**
- **FALTA DE CONFIANZA EN EL DOCTOR/MEDICO ASISTENTE/ENFERMERA ESPECIALISTA**
- **CUANDO EL PACIENTE CUMPLA LOS 12 AÑOS**
- **DAR FALSA INFORMACION AL EMPLEADO O MODIFICAR EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE CUANDO HACE CITAS**
- **TENER COMIDA Ó BEBIDAS EN EL EDIFICIO DESPUÉS DE SER ADVERTIDO EN OTRA OCASIÓN DE NO TRAERLOS**

*****EN UN DADO CASO SU NIÑO/NIÑA SEA DESPEDIDO EL ARCHIVO MEDICO SE LE MANDARA A SU NUEVO DOCTOR, DESPUES QUE LA HOJA CORRESPONDIENTE PARA MANDAR LOS ARCHIVOS SE HAYA ENTREGADO FIRMADO.**

La persona responsable de firmar a leído y expresa el entendimiento también entiende y seguirá las políticas antedichas de la oficina.

(Firma del Padre/Madre/Guardián)

(Fecha)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Wee Tots Pediatrics, P.A., provee cuidado primario de salud incluyendo el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones. Los servicios en esta clínica son proveídos por medio de un Médico, y/o Asistente Médico, y/o Enfermera Particular. El Asistente y/o Enfermera Particular no es un Médico, pero funciona bajo la supervisión de un Médico de modo directo o por medio de las reglas establecidas por el Médico. Usted como paciente tiene el derecho de requerir ser visto solamente por un Médico. La persona responsable de firmar a leído y expresa el entendimiento de este documento por medio de su firma (abajo) esta de acuerdo de ser tratado y atendido por Los Asociados de Wee Tots Pediatrics Associates, P.A.

(Firma del Padre/Madre/Guardián)

(Fecha)

NOTICIA IMPORTANTE DEL REGISTRO DE VACUNA(S)

RECONOZCO QUE SI **NO** TRIAGO EL **REGISTRO DE VACUNA(S)** EL DIA DE MI VISITA DEL CHEQUEO MEDICO O PARA SOLAMENTE VISITA DE VACUNA(S), **MI CITA SERA CANCELADA** Y ME DARAN OTRA CITA **EL PROXIMO** DIA QUE LA OFICINA TENGA DISPONIBLE. LA PERSONA RESPONSABLE DE FIRMAR A LEIDO Y EXPRESA EL ENTENDIMIENTO DE ESTE DOCUMENTO.

(Firma del Padre/Madre/Guardián)

(Fecha)

CERTIFICADO DE RECIBO DE NOTICIA DE LAS PRACTICAS PRIVADAS

Wee Tots Pediatrics, P.A. se reserva el motivo de cambiar o de modificar las practicas privadas como están escritas. Yo certifico que he recibido la noticia de las prácticas privadas de la clínica Wee Tots Pediatrics. P.A.

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del representante
de el paciente: _____

Relación hacia el paciente: _____

PARENT ACKNOWLEDGMENT

I _____ understand that a Licensed Practitioner from Wee Tots Pediatrics, P.A. has ordered SERVICES (Labs, Xrays, Referrals, etc.) to be performed on my child. These Services **may or may NOT be a covered** service under my Insurance/Medicaid Coverage. **I understand that I AM responsible for payment for the items/services requested from the Physicians/Practitioners/P.A's.**

I also understand that I AM responsible to make the payment directly to the company where the services are/will be rendered. I understand that those services/items are/will be provided from a different entity/company NOT affiliated to WEE TOTS PEDIATRICS, P.A.

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____

WITNESS: _____

RECONOCIMIENTO DE LOS PADRES

Yo _____ entiendo que uno de los Médicos/Asistentes Médico/Enfermera Especialista ha ordenado Servicios (Laboratorios, Rayos X, Referencias, etc.) Estos Servicios puede ser que Mi Seguro Medico/Medicaid cubra o **NO cubra los servicios o las provisiones suso dichas.**

Yo comprendo que YO SOY la persona responsable por los servicios/ordenes que han sido solicitados por parte de Los Doctores/Asistentes Médicos/Enfermera Especialista.

También comprendo que YO SOY la persona responsable de hacer ese pago directamente a la compañía donde los servicios serán/son proporcionados. Comprendo que los servicios son proporcionados por otra compañía que NO está afiliada a WEE TOTS PEDIATRICS, P.A.

Firma del Padre/Madre _____ Fecha: _____

TESTIGO: _____

Patient:

D/O/B:

MM#

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Wee Tots Pediatrics, P.A., provee cuidado primario de salud incluyendo el diagnostico y tratamiento de enfermedades y condiciones. Los servicios en esta clinica son proveídos por medio de un Medico, y/o Asistente Medico, y/o Enfermera Particular. El Asistente y/o Enfermera Particular no es un Medico, pero funciona bajo la supervisión de un Medico de modo directo o por medio de las reglas establecidas por el Medico. Usted como paciente tiene el derecho de requerir ser visto solamente por un Medico. La persona responsable de firmar a leído y expresa el entendimiento de este documento por medio de su firma (abajo) esta de acuerdo de ser tratado y atendido por Los Asociados de Wee Tots Pediatrics Associates, P.A.

(Firma del Padre/Madre/Guardián)

(Fecha)

PERSONA ASIGNADA RESPONSABLE

(Para pacientes menor de 18 años)

Yo, _____ asigno a las personas siguientes como mi agente legal y representante para el

(Nombre del Padre, Madre o Guardián)

propósito de autorización y consentimiento para el cuidado medico y tratamiento de _____

(Nombre del Paciente)

para cualquier enfermedad o condición que pueda ocurrir en el cuidado del agente por mientras que yo este de vacaciones o no pueda estar disponible para dar tal consentimiento.

Liste todos los nombres de las personas asignadas:

1.Nombre _____ Relación hacia el paciente _____

2.Nombre _____ Relación hacia el paciente _____

3.Nombre _____ Relación hacia el paciente _____

4.Nombre _____ Relación hacia el paciente _____

5.Nombre _____ Relación hacia el paciente _____