



Lansdowne Park Pediatrics

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la persona que completa el formulario: _____

Relación con el niño: _____

Médico Anterior: _____ Teléfono: (____) _____

Historia de nacimiento:

Término completo: Sí No Peso al nacer: _____ libras _____ oz _____

Entrega: Vaginal o Cesárea para: _____

Prematuro? En caso afirmativo, en qué semana nació el niño o cuál fue la fecha de parto.: _____

¿El bebé:

Pasar la prueba de audición: Sí No

Requieren fototerapia: Sí No

Problemas durante el embarazo: Sí No

Problemas durante la entrega: Sí No

Problemas en el primer mes: Sí No

Problemas médicos: _____

¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez?: Sí No En caso afirmativo, Por favor, enumere las edades y para qué: _____

¿Su hijo se ha sometido a una cirugía alguna vez?: Sí No En caso afirmativo, Por favor, enumere las edades y para qué: _____

¿Su hijo ha tenido algún accidente?? Sí No En caso afirmativo, Por favor, enumere las edades y describa: _____

Vacunación, alergias y medicamentos:

¿Están al día las vacunas?? Sí No

Alergia a los alimentos: Sí No En caso afirmativo, enumere: _____

Alergia a los medicamentos: Sí No En caso afirmativo, enumere: _____

Alergia al látex: Sí No

Medicamentos actuales: Por favor enumere _____



Lansdowne Park Pediatrics

Historia del desarrollo:

¿A qué edad su hijo?:

Siéntate: _____ Caminar: _____ Primera palabra: _____ Tren de aseos: _____

Historia Social:

¿Quién vive en la casa con su hijo? _____

¿Hay mascotas? Sí No En caso afirmativo, enumere: _____

¿Alguien que viva en la casa que fume? (dentro o fuera de la casa) Sí No

Si su hijo reside en varios hogares, ¿quién vive en otros hogares? _____

¿Hay mascotas en la otra casa? Sí No En caso afirmativo, haga una lista: _____

Cualquier persona que fume en la otra casa (dentro o fuera de la casa)? Sí No

¿Su hijo va a la guardería? Sí (horario: _____) No

Niñera? Sí (horario: _____) No

Historia de la escuela: (si corresponde)

¿En qué grado está su hijo? _____ ¿A qué escuela asiste su hijo? _____

¿Cómo es el rendimiento escolar de su hijo? Pobre Justo Promedio Excelente

¿Su hijo tiene un IEP? Sí No or 504 plan? Sí No

En caso afirmativo, detalle: _____

Marque en un círculo si hay antecedentes familiares de: (incluye abuelos, tías, tíos, primos...)

Asma	Problemas de tiroides	Rasgo o enfermedad de la talasemia	Problemas de aprendizaje	Artritis
Alergias	Presión arterial alta	Rasgo o enfermedad de células falciformes	ADHD	Convulsiones
Diabetes	Enfermedad cardíaca	Cáncer antes de los 60 años	Ansiedad	Ataque cardíaco temprano o muerte súbita
Obesidad	Nefropatía	Accidente cerebrovascular antes de los 60 años	Depresión	Otro:



Lansdowne Park Pediatrics

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (S):

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ sexo: M F

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ sexo: M F

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ sexo: M F

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ sexo: M F

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ sexo: M F

NOMBRE DEL SEGURO: _____

*** PRESENTE LA(S) TARJETA(S) DE SEGURO EN LA RECEPCIÓN PARA QUE SE PUEDA COLOCAR UNA COPIA EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL NIÑO.**

INFORMACIÓN DEL TUTOR: (PARTE RESPONSABLE)

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ GÉNERO: M F

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____ SEGURIDAD SOCIAL #: _____

DIRECCIÓN: _____ APT. #: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

TELÉFONO DE TRABAJO: _____

OTRO GUARDIÁN:

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ GÉNERO: M F

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____ SEGURIDAD SOCIAL #: _____

DIRECCIÓN: _____ APT. #: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

TELÉFONO DE TRABAJO: _____

DELEGACIÓN DE PODERES:

Doy mi consentimiento para permitir que la(s) persona(s) nombrada(s) a continuación acompañe y supervise a mi hijo(a) para las citas, para discutir y compartir información médica sobre mi hijo. Esta autorización le da permiso a la persona para autorizar el tratamiento, las vacunas, los medicamentos y tomar decisiones generales de salud. La persona debe ser mayor de 18 años y presentar una identificación con foto en el momento del servicio.

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA



Lansdowne Park Pediatrics

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS

Yo, el abajo firmante, autorizo la divulgación o solicito acceso a la información especificada a continuación de los registros médicos de los siguientes pacientes:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ DOB: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ DOB: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ DOB: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ DOB: _____

EL PROPÓSITO DE ESTE COMUNICADO ES: CONTINUAR CON LA ATENCIÓN MÉDICA

INFORMACIÓN QUE SE DARÁ A CONOCER: HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, INCLUIDA LA CARTILLA DE VACUNACIÓN

ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA A:

LANSDOWNE PARK PEDIATRICS
1503 LANSDOWNE AVE, SUITE 3002
DARBY, PA 19023
(P) 610-237-4995 (F) 610-735-8199

ESTA INFORMACIÓN DEBE SER DIVULGADA POR:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO #: _____ FAX #: _____

Entiendo que mis registros son confidenciales y no pueden ser divulgados sin mi autorización por escrito, excepto cuando la ley permita lo contrario. La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida. Entiendo que la información especificada que se divulgará puede incluir, entre otros, antecedentes, diagnósticos y/o tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o enfermedades transmisibles, incluido el VIH y el SIDA.

La autorización expirará un (1) año a partir de la fecha de mi firma, a menos que revoque la autorización antes de ese momento.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

RELACIÓN CON EL PACIENTE



Lansdowne Park Pediatrics

AUTORIZACIÓN DE MENSAJES DE TEXTO:

- Autorizo a Lansdowne Park Pediatrics a entregar los siguientes tipos de mensajes por mensaje de texto:
- Recordatorios de citas
 - Fecha límite de visita
 - Sugerencia de servicio estacional (vacuna contra la gripe)
 - Recordatorios de saldos adeudados
- No autorizo a Lansdowne Park Pediatrics a enviarme mensajes de texto de ningún tipo.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

SOLO PARA FINES ESTADÍSTICOS GUBERNAMENTALES

Por favor, indique la raza de su hijo. Seleccione una o más categorías de raza según corresponda a su hijo. Para el cumplimiento de los informes de estadísticas federales, las categorías se definen de la siguiente manera:

_____ **Indio americano o nativo de Alaska.** Una persona que tenga orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central), y que mantiene afiliación tribal o el apego a la comunidad.

_____ **Asiático.** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

_____ **Afroamericano.** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

_____ **Native Hawaiian or other Pacific Islander.** Una persona que tenga orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

_____ **Blanco.** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o el Norte África.

_____ **Prefiere no revelar.**

¿Qué término describe mejor a su hijo?

_____ **Latino o hispano.** Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, u otra cultura u origen español, independientemente de su raza. El término "origen español" se puede usar además de "hispano o latino".

_____ **No latinos o no hispanos**

_____ **Prefiere no revelar.**

Idioma preferido: _____

HIPAA INFORMATION AND CONSENT FORM:



Lansdowne Park Pediatrics

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) proporciona salvaguardas para proteger su privacidad. La implementación de los requisitos de HIPAA comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. Este formulario es una versión "amigable". Un texto más completo se publica en la oficina.

¿De qué se trata todo esto? Específicamente, existen reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de la información de identificación individual de un paciente, también conocida como Información de Salud Protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesario para proporcionarle servicios de oficina. La HIPAA proporciona ciertos derechos y protecciones al paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle servicios y atención profesional de calidad. Hay información adicional disponible en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. www.hhs.gov

UU. www.hhs.gov

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial, excepto cuando sea necesario para proporcionar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios y pagadores de seguros de salud según sea necesario y apropiado para su atención. Las historias clínicas de los pacientes se archivan internamente, en una sala de archivos segura. El curso normal de la atención significa que dichos registros serán visibles, al menos temporalmente, en las pantallas de las computadoras en áreas administrativas como la recepción, la sala de exámenes, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean el personal de la oficina. Usted acepta los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.

2. Es política de esta oficina recordarles a los pacientes sus citas. Podemos hacer esto por teléfono/contestador automático, correo postal de los EE. UU. o cualquier medio conveniente para la práctica y / o según lo solicite usted. Es posible que le enviemos otras comunicaciones para informarle de cambios en la política de la oficina y nueva tecnología que puedan resultarle valiosas o informativas.

3. La práctica utiliza varios proveedores en la realización de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a la PHI, pero deben aceptar cumplir con las reglas de confidencialidad de la HIPAA.

4. Usted comprende y acepta las inspecciones de la oficina y las revisiones de documentos que pueden incluir PHI por parte de agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones. Usted se compromete a llevar cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad a la atención del gerente de la oficina o del médico.

5. Su información confidencial no se utilizará con fines de marketing o publicidad de productos, bienes o servicios. Nos comprometemos a proporcionar a los pacientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.

6. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para satisfacer mejor las necesidades tanto de la práctica como del paciente.

7. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso de su PHI y a solicitar cambios en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las políticas internas para que se ajusten a sus solicitudes.

8. Al firmar y fechar este formulario a continuación, usted certifica que por la presente consiente y reconoce su acuerdo con los términos establecidos en este formulario publicado en la oficina, así como con cualquier cambio posterior en la política de la oficina. Usted entiende que este consentimiento permanecerá en vigor a partir de este momento.

9. **REGISTRO DE VACUNACIÓN:** Los registros de vacunación de los pacientes pueden divulgarse a cualquier escuela y programa de cuidado diurno, cualquier consultorio médico, cualquier clínica médica, cualquier hospital y oficinas gubernamentales.

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

POLÍTICAS FINANCIERAS:



Lansdowne Park Pediatrics

1. Todos los copagos, coseguros y otros pagos responsables del paciente vencen en el momento del servicio.
2. Un horario de nuestras tarifas está disponible en la recepción. Es posible que su compañía de seguros le reembolse o no estas tarifas. Si bien hacemos todo lo posible para conocer los planes de seguro, es su responsabilidad conocer la cobertura, las limitaciones y los beneficios específicos de su plan de seguro. La cobertura específica que debe tener en cuenta es el cuidado de niños sanos, la inmunización y los servicios de laboratorio.
3. Si no se asiste a una cita programada, se cobrará un **cargo de \$20 por falta de cita** y/o disponibilidad limitada de citas. Se espera un aviso de 24 horas si no puede asistir a una cita. Los cargos evaluados no se pueden facturar a su compañía de seguros y deben pagarse en su totalidad antes de programar citas futuras.
4. Atendemos a los pacientes solo con cita previa y haremos todo lo posible para proporcionar citas el mismo día cuando sea necesario. Si llega a la oficina sin una cita programada, es posible que no podamos atenderlo o que deba esperar mucho más de lo habitual antes de que lo atiendan. Además, llegar a la oficina sin una cita programada resultará en una **tarifa sin cita previa de \$10**.
5. Somos conscientes de que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si se produce un problema de este tipo, le recomendamos que se ponga en contacto con nosotros de inmediato para obtener ayuda en la administración de su cuenta. Si no se comunica con usted, la cuenta se congelará. Las cuentas congeladas no pueden programar citas de visitas de rutina, tienen formularios completados y pueden ser enviadas a cobranza. Una vez enviado a cobranza, un paciente puede ser dado de alta de nuestra práctica.
6. Las vacunas para niños suministradas por el estado están disponibles de forma gratuita para niños sin seguro o cobertura de inmunización hasta los 18 años. Si su seguro no proporciona cobertura de vacunación, debe informarnos en el momento de la visita. Por cada vacuna administrada hay una **tarifa de administración de \$10**. Esta tarifa se debe pagar en el momento del servicio.
7. No podemos estar involucrados en disputas de divorcio / separación. El padre/tutor que acompaña al paciente es responsable de pagar todas las tarifas adeudadas en la visita, así como cualquier dinero adeudado en la cuenta.
8. Nuestros proveedores no son expertos en seguros y no conocen el estado financiero de las cuentas. Por favor, discuta todos los arreglos financieros con el personal de la oficina, no con el proveedor.
9. Cualquier cheque devuelto a nosotros por nuestro banco, por cualquier motivo, incurrirá en un **cargo de \$30** además del monto del cheque devuelto. Un cheque devuelto también puede prohibirnos aceptar cheques en el futuro en cualquier cuenta familiar.

POLÍTICAS DE VACUNACIÓN:

Inmunizamos a niños y adolescentes de acuerdo con el calendario de vacunación actual de los Estados Unidos. Este horario es publicado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Se actualiza cada año y es aprobado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización, la Academia Estadounidense de Pediatría y la Academia Estadounidense de Médicos de Familia. Podemos proporcionarle una copia del calendario de vacunación si lo solicita. También puedes encontrarlo en línea en <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html>

La mayoría de los seguros cubren las vacunas. Consulte con su seguro y si no tiene cobertura de vacunación, avísenos en el momento del check-in. El estado de Pensilvania proporciona vacunas gratuitas para niños de hasta 18 años de edad que no tienen cobertura de inmunización o seguro. Es posible que aún sea responsable de una tarifa de administración nominal. Por favor, consulte con nuestro personal si tiene alguna pregunta.

Mantendremos un registro de las vacunas de su hijo y le proporcionaremos una copia gratuita si la solicita. Si su hijo ha recibido vacunas en otro lugar, necesitamos una copia de su registro de vacunación para actualizar nuestro archivo. Puede obtener una copia del registro de vacunación de su hijo de su médico, escuela o guardería anterior.

Antes de administrar las vacunas, las discutiremos con usted o con una persona mayor de 18 años que acompañe a su hijo. Si su hijo tiene 18 años o más, hablaremos sobre las vacunas directamente con él o ella. Responderemos cualquier pregunta o inquietud que pueda tener. Sin embargo, ya no requeriremos la firma de los padres antes de cada inmunización.

Entiendo y acepto las políticas mencionadas anteriormente.

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA