

Pediatric Associates of Brunswick

Stephen J. Thompson, M.D.

Amy Pavlou, M.D.

Helene Coyle, M.D.

Información del Paciente

La Fecha de Hoy _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Masculino _____ Femenino _____ Raza _____ Grupo Étnico: No Hispano _____ Hispano _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono de Casa _____ Número de Celular _____

Correo Electrónico _____ Idioma Preferido _____

Contacto de Emergencia (aparte del padre/guardián) _____ Teléfono _____

Madre/Guardián _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Empleador _____ Número de Teléfono _____

Padre/Guardián _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Empleador _____ Número de Teléfono _____

Paciente vive con: Madre Padre Ambos Guardián/Otro (Nombre): _____

Información de Seguro de Salud

Aseguranza Principal _____ Nombre del Asegurado _____

Numero de Póliza _____ Fecha de Nacimiento y Seguro Social del Asegurado ____/____/____

Aseguranza Secundaria _____ Nombre del Asegurado _____

Numero de Póliza _____ Fecha de Nacimiento y Seguro Social del Asegurado ____/____/____

Numero de Medicaid/Peachcare _____

Por este medio autorizo a Pediatric Associates of Brunswick a proveer tratamiento médico a mi hijo/a

Firma _____

Por este medio autorizo pago directo a Pediatric Associates of Brunswick por beneficios médicos y/o quirúrgicos por los cuales soy elegible, pero que no excedan los cargos hechos por dicho tratamiento. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos por mi seguro medico.

Firma _____

Por este medio autorizo a Pediatric Associates of Brunswick a comunicar a mi compañía de seguro cualquier información requerida, incluyendo el diagnostico y expedientes en el curso de mi exanimación o tratamiento.

Firma _____

Fecha Que Se Obtuvo el Historial _____ Quien Informa _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Historia Perinatal

Complicaciones Maternas _____

Nació A tiempo _____ Antes de Tiempo _____ (semanas) Pasado de Tiempo _____ (semanas)

Peso _____ Parto: vaginal _____ Cesárea (motivo) _____

Complicaciones Infantiles: Problemas respiratorios _____ Ictericia (piel amarilla) _____ Infección _____

Convulsiones _____ Otras _____

Desarrollo: Se sento _____ (meses) Gateo _____ (meses) Camino _____ (meses)

Primeras palabras (aparte de ma-ma, da-da) _____ (meses)

Historial Escolar _____

Historial Familiar (Indique la relación con el Paciente)

Enfermedades Cardiacas _____ Diabetes _____ Trastornos de la Sangre _____

Hipertension/presión alta _____ Convulsiones _____ Alergias/astma _____

Ataques al Corazon _____ Defectos de Nacimiento _____ Fibrosis Quistica _____

Colesterol Elevado _____ Anemia/Enfermedad de Célula Falciforme _____

Discapacidades de Aprendizaje _____ Enfermedades Mentales o Emocionales _____

Otras (abuso de sustancias, etc) _____

HERMANOS: Nombre Sexo Edad/Fecha de Nacimiento Salud

<u>Nombre</u>	<u>Sexo</u>	<u>Edad/Fecha de Nacimiento</u>	<u>Salud</u>

Historial Social

Padres: Casados _____ Divorciados _____ Separados _____ Soltero/a _____

¿Quién vive en el hogar? _____

Guardería: _____

Historia del Paciente

Alergias: _____

Enfermedades: _____

Historia de Varicela: _____

Hospitalizaciones/cirugías/lesiones graves: _____

Medicamentos actuales y dosis: _____

Registro de Elegibilidad del Paciente

Programa de Vacunas para Niños
(Vaccines for Children Program)

Fecha _____

Niño/a _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento _____

Padre/Guardián/
Individuo del Registro _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Proveedor _____

Un registro debe de ser guardado en la oficina del proveedor de la salud que refleje el estado de todos los niños de 18 años o menores, que reciban inmunizaciones con vacunas suplidas por programas del estado. El registro debe ser completado por el padre/madre, guardián o individuo del registro, o por el proveedor de la salud. Este mismo registro puede ser usado para todas las visitas posteriores mientras el estatus de elegibilidad del niño/a no haya cambiado. **Aunque la verificación de las respuestas no es requerida, es necesario mantener este u otro registro similar por cada niño/a que recibe vacunas.**

Este niño/a califica ser vacunado con vacunas suplidas por el estado porque él/ella:
(por favor circule uno)

- (a) Esta enrolado en Medicaid
- (b) Es Nativo Americano o Nativo de Alaska
- (c) no tiene seguro medico de salud
- (d) Tiene seguro medico de salud que no cubre vacunas
- (e) Esta enrolado en Peachcare for Kids

Pediatric Associates of Brunswick

Stephen J. Thompson M.D.

Amy Pavlou, M.D.

Helene Coyle, M.D.

Bajo cualquier circunstancia en la ausencia del padre/s, Yo _____
(Padre/Madre)

_____ doy mi permiso a las siguientes personas para autorizar atención medica para
mi/s niño/s _____.
(Niño/s)

1. _____
(Nombre) (Teléfono)

2. _____
(Nombre) (Teléfono)

Pediatric Associates of Brunswick

Stephen J. Thompson M.D.

Amy Pavlou, M.D.

Helene Coyle, M.D.

Recibo de Políticas de Privacidad

He recibido las Políticas de Privacidad y he tenido la oportunidad de revisarlas.

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento del Paciente _____

Firma de Padre/Guardián _____

Fecha de la Firma _____

ESCUELAS PÚBLICAS DE ALBUQUERQUE
AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA U OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

<hr/> Alumno	<hr/> Fecha de nacimiento	<hr/> Número de identificación del alumno
<hr/> Dirección	<hr/> Grado	<hr/> Escuela
<hr/>		<hr/> Número de historial médico (si lo hay)

Las siguientes personas o entidades pueden entregar la información médica:

Las siguientes personas o entidades pueden recibir la información médica:

Información médica. La información médica que puede ser entregada es cualquier tipo de información sobre el diagnóstico o los servicios para el alumno antes mencionado de _____ a _____ (fechas).
También puede entregarse la siguiente información:

De conformidad con las Normas de privacidad de la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico de 1996, entiendo que:

1. No estoy obligado a firmar esta autorización y puedo negarme a hacerlo.
2. En general, por el mero hecho de que me niegue a firmar esta autorización, el proveedor de servicios médicos mencionado anteriormente no puede rehusarse a ofrecer tratamiento médico al alumno.
3. La información médica entregada puede ser revelada a terceros. La información no puede ser revelada a terceros si la persona o entidad que reciba dicha información también está obligada a seguir las normas de privacidad.
4. La ley permite a APS utilizar y revelar información protegida de la salud (Private Health Information o PHI, por sus siglas en inglés) sin obtener el permiso del paciente o de sus padres para planes de tratamiento, pago por servicios u operaciones administrativas de la salud, tales como concertar citas.
5. Puedo ver o copiar la información médica solicitada mediante esta autorización.
6. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento. Deberé hacerlo por escrito y entregar el documento al proveedor de servicios médicos mencionado anteriormente. Si retiro esta autorización, la información revelada antes de que retire dicha autorización no se verá afectada.

Esta autorización vence en un plazo de un año salvo si yo la retiro antes.

Firma del paciente / alumno (o del representante del paciente / alumno) _____
Fecha

Nombre en mayúsculas del paciente / alumno (o del representante del paciente / alumno)

Si firma el representante del paciente / alumno, parentesco con el paciente / alumno

NO ESCRIBIR BAJO ESTA LÍNEA - Para uso de APS únicamente

Fecha de la solicitud _____ Persona que la envía _____

Expedientes recibidos _____ Fecha _____