

Bienvenido a Stanley H. Schwartz, MD INC.!

Gracias por elegir a Stanley H. Schwartz, MD INC como médico de cabecera de su hijo. Nos complace que usted nos confía con las necesidades de salud de su hijo/a.

Por favor llene los siguientes formularios para ayudarnos mejor servirle. Cuanto más específico sea en sus respuestas nos permite entender mejor sus necesidades de salud. Si usted tiene preguntas sobre cualquier elemento en el formulario, por favor pregunte a uno de nuestros miembros del equipo para ayudarle.

REGISTRO DE PACIENTE PEDIÁTRICO			
NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido,Nombre, Segundo Nombre)			FECHA DE HOY
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
DOMICILIO			APT #/COMPLEJO #
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NUMERO DE TELEFONO
NOMBRE DE ESCUELA/GUARDERIA			TELEFONO DE ESCUELA
DOMICILIO DE ESCUELA /GUARDERIA			
CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
INFORMACION DE PADRES			
NOMBRE DE MADRE		NUMERO DE LICENCIA	FECHA DE NACIMIENTO
ESTADO CIVIL	NUMERO DE SEGURO SOCIAL		OCUPACION
EMPLEADOR			DURACION DE EMPLEO
DOMICILIO			TELEFONO
CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
DOMICILIO (SI ES DIFERENTE DEL PACIENTE)			APT #/COMPLEJO #
CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
TELEFONO	NUMERO DE CELULAR		FAX
NOMBRE DE PADRE		NUMERO DE LICENCIA	FECHA DE NACIMIENTO
ESTADO CIVIL	NUMERO SEGURO SOCIAL		OCUPACION
NOMBRE DE EMPLEADOR			DURACION DE EMPLEO
DOMICILIO			TELEFONO
CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
DOMICILIO(SI ES DIFERENTE DEL PACIENTE)			APT #/COMPLEJO #
CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
TELEFONO	NUMERO DE CELULAR		FAX

NOMBRE DE PACIENTE (Apellido, Primer Nombre)		FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE HOY
INFORMACION DE GUARDIAN			
GUARDIAN LEGAL: <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> PADRES ADOPTIVO <input type="checkbox"/> OTRO:			
NOMBRE DE TUTOR LEGAL (SI ES DIFERENT EL DE ARRIBA)		TELEFONO DE CASA	NUMERO CELULAR
DOMICILIO			
CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
PERSONA ASEGURADA/SUSCRIPTOR			
NOMBRE DE SUSCRIPTOR PRIMARIO		TELEFONO	
DOMICILIO		CIUDAD / ESTADO/ CODIGO POSTAL	
RELACION AL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	
INFORMACION DE ASEGURANZA MEDICA			
NOMBRE DE ASEGURANZA PRIMARIA		NOMBRE DE ASEGURANZA SECUNDARIA	
ID NO.	GRP. NO.	ID NO.	GRP. NO.
DOMICILIO		DOMICILIO	
CIUDAD / ESTADO/ CODIGO POSTAL		TELEFONO	CIUDAD / ESTADO/ CODIGO POSTAL TELEFONO
NOTIFICACION DE EMERGENCIA (Lista Un Familiar Mas Cercano Que NO Viva con Paciente)			
NOMBRE		RELACION AL PACIENTE	
TELEFONO DE TRABAJO	NUMERO DE CELULAR	TELEFONO DE CASA	
DOMICILIO		APT #/COMPLEJO #	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
LO SIGUIENTE ES NECESARIO PARA MANTENER EL CUMPLIMIENTO CON REGULACIONES FEDERALES			
IDIOMA PREFERIDO <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	PACIENTE RAZA <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Prefiere no mencionar	ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Prefiere no mencionar <input type="checkbox"/> Desconocido
FARMACIA DE PREFERENCIA			
Nombre de Farmacia	Calle/Intersección	Ciudad	Telefono (Si se conoce)

NOMBRE DE PACIENTE (Apellido, Primer Nombre)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE HOY
--	---------------------	--------------

Consentimiento para Tratamiento Terapeutico y Diagnostico de Menores

Yo, Nosotros, _____ / _____
 (Por favor escribir Nombres)

Padre(s) de _____ un menor, doy consentimiento y autorizo a el
 (Por favor escribir nombre del menor)

doctor Stanley H. Schwartz, MD para que administre cualquier tratamiento terapeutico y diagnostico aconsejable o considerado necesario en su criterio en la oficina en la direccion mencionada o hospital.

Iniciales

Proveedor de Divulgación Para el Paciente O Padre / Tutor En El Intercambio De Registro de Vacunas

Este proveedor de cuidado medico compartira datos sobre las vacunas de su niño y otra informacion medica con el sistema de Registro de vacunas de California administrado por el Departamento de Salud Publica de San Bernardino y Riverside al menos que usted no lo permita. La informacion sera usada para indicar las vacunas que su niño necesita o para avisarle cuando su niño necesite las proximas vacunas. Esta informacion tambien puede ser usada para proveer o facilitar la disponibilidad del pago de terceras personas por las vacunas; o para proveer datos estadisticos sobre vacunas sin identificar al paciente. Dicha informacion puede ser compartida con el Servicio de Salud del Departamento de California ha no ser que usted no desea compartila.

El programa de California de registro de Vacunas compartira esta informacion con doctores, clinicas, u hospitales donde usted lleva a su niño para cuidado medico y quien lo solicite. El Departamento de Salud Publica del condado de Riverside, el condado de San Bernardino, y los proveedores medicos matendran esta informacion en forma confidencial.

La unica informacion que se compartira es la siguiente:

- Nombre, fecha y lugar de nacimiento de su niño
- Telefono y direccion actual de su niño
- Sexo de su niño/a (genero)
- Su nombre, direccion actual, y numero de telefono
- Fecha y tipo de vacunas que su niño ha recibido
- Fabricante y numero de serie de cada vacuna recibida
- Cualquier reaccion seria que su niño haya tenido debido a las vacunas
- Otra informacion no medica que nos ayude a asegurarnos de que este es el registro de su niño

El programa de California de Registro de Vacunas tambien puede compartir esta informacion sin revelar su direccion o numero telefonico con escuelas, agencias publicas, agencias de servicio social, agencias de salud u otras entidades si es que la revelacion es autorizada por la ley.

Usted tiene los siguiente derechos:

- De rehusar dar permiso de compartir esta informacion con California Immunization Registry Program en cualquier momento
- De rehusar aceptar tarjetas recordatorias que dan fechas de cuando su niño necesita recibir las proximas vacunas
- De revisar la cartilla de vacunas de su niño y reportar cualquier error
- De solicitar los nombres y direcciones de los departamentos de salud, doctores, clinicas, u hospitals con quienes esta informacion ha sido compartida.

Si usted desea ejercer cualquiera de estos derechos, a menos que no desea compartir esta informacion, por favor informenos. Usted tambien tiene derecho de ponerse en contacto con:

Si es usted es residente del condado de Riverside o de San Bernardino:

Riverside County Community Health Agency
 Immunization Registry Program
 P.O. Box 7600
 Riverside CA 92513 — 9959

Iniciales

Notificacion de Practicas de Privacidad de Esta Oficina

Yo, _____, Paciente (o representante del paciente) de Stanley H. Schwartz, MD,, Inc. (de aqui en adelante conocido como el "proveedor"), se me ha dado una copia de la Notificacion de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices - NOPP). Yo entiendo que el proveedor puede amender el NOPP en cualquier momento, y de que yo podria obtener una copia de la acta revisada (NOPP) al momento que yo la pida. Yo entiendo que las leyes de HIPAA gratifican al proveedor autorizacion para usar y revelar mi archivo medico para tratamiento, pagos, y operaciones del cuidado de la salud, como esta deliniado en el NOPP.

Rechazo de Poliza de Privacidad por el paciente /guardian. Razon: _____

Iniciales

NOMBRE DE PACIENTE (Apellido, Primer Nombre)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE HOY
--	---------------------	--------------

Autorizacion de Comunicacion

El proveedor medico puede contactarme acerca de mi diagnostico, resultados, tratamiento y cuidado, o pagos por correo o por los siguientes medios de comunicacion:

(Incluya el codigo de Area para todos los numeros)

Puede dejar mensaje?

Numero de mi hogar::

Si No

Mi trabajo:

Si No

Celular:

Si No

Correo electronico:

Yo entiendo que los metodos de comunicacion escritos **NO** son considerados privados o seguros metodos de comunicacion.

Yo entiendo que puedo autorizar a mi Proveedor ha compartir informacion medica/facturas sobre mi cuidado medico con parientes, personal encargada, amigos sercanos, etc., y los debo de enlistar abajo:

Nombre(s)

Parentesco(s)

Numero de telefono(s)

La autorizacion de comunicacion sera cancelada por los siguientes circunstancias:

1. Despues de una peticion por escrito para obtener una transferencia de cuidado.
2. Despues de una peticion por escrito por el paciente o la persona responsable legal.
3. En caso de un menor que llege a la edad de 18 años.

Iniciales

Consentimiento para Servicios por un Asistente de Medico or Enfermero(a) Profesional

El paciente y/o persona responsable certifica que el/ella ha sido informado que el Asistente Medico (PA) o Enfermero(a) Profesional puede proveer servicios bajo la direccion y supervision de un Medico.

El abajo firmado consiente que autoriza al dicho Asistente Medico (PA) o Enfermero(a) Profesional (NP) que administre y que haga cualquier y todo examen, tratamiento, procedimientos de diagnostico, y vacunas en contra de enfermedades en el curso del tratamiento medico del paciente que sean considerados por el Medico que superviza.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por favor, recuerde que el seguro se considera un método de reembolso al paciente para los honorarios pagados al médico y no es un sustituto para el pago. Algunas empresas pueden pagar indemnización a tanto alzado para determinados procedimientos y otros pagan un porcentaje de los cargos. **ES SU RESPONSABILIDAD DE PAGAR CUALQUIER CANTIDAD DEDUCIBLE, COASEGURO, CO-PAGO, O CUALQUIER BALANCE NO PAGADO POR EL SEGURO. PARA CONTROLAR SU COSTO DE BILLINGS, SOLICITAMOS QUE NUESTROS DERECHOS POR VISITA DE OFICINA ser pagado en el final de la visita.** Si esta cuenta se le asigna a un abogado para la recolección y / o adaptarse a la parte ganadora tendrá derecho a los honorarios razonables de abogados y los costos de recolección.

En la medida necesaria para determinar la responsabilidad por el pago y obtener el reembolso, autorizo la divulgación de partes de los registros del paciente. Por la presente, asignar todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos a los que tengo derecho, incluyendo Medical / Medicaid; los seguros privados y otros planes de salud de Stanley H. Schwartz, MD, Inc.

Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos si no pagados por mi dicho seguro. Por la presente, autorizar dicho cesionario para liberar a mi seguro de toda la información necesaria para asegurar el pago de los servicios médicos.

NOMBRE DE PACIENTE (Apellido, Primer Nombre)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE HOY
--	---------------------	--------------

POLÍTICA FISCAL

La siguiente es nuestra Política Financiera. Es nuestra meta y el objetivo de que usted reciba la continuidad óptima y de la atención para mantener su salud y bienestar. Por lo tanto, por favor no dude en hacer preguntas a cualquiera de nuestro personal y nuestros proveedores de atención médica.

Pedimos a todos nuestros pacientes que lean y firmen nuestra Política Financiera y completar un formulario de información del paciente antes de ver al médico. Todo o las firmas requeridas deberá pegarse en todas las formas que precisen firma o inicial antes del tratamiento se puede representar. Su firma da a nuestro personal y proveedores de atención de la salud de consentimiento para el tratamiento y la prestación de servicios de salud para que nos de nuestro paciente.

Aceptamos efectivo, cheques y transacciones de tarjetas de crédito como forma de pago por los servicios prestados. Como una cortesía a usted, le ayudará en la tramitación de su reclamación de seguro de reembolso. Sin embargo, usted debe entender que:

1. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros de salud. No somos parte en ese contrato. Nuestra relación es con usted y no CON SU SEGURO DE SALUD.
2. Todos los gastos incurridos son su responsabilidad si su seguro de salud paga o no. No todos los servicios son un beneficio cubierto en algunos planes de salud.
3. Las cuotas por estos servicios, junto con los deducibles no remunerados y los co-pagos son debidos en el momento del servicio.

FIRMA DE PACIENTE/ PADRE/ GUARDIAN

RELACIÓN AL PACIENTE(PADRES/ESPOSA/GUARDIAN,...ETC.)

FECHA

NOMBRE DE PACIENTE (Apellido, Primer Nombre)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE HOY
--	---------------------	--------------

PARA USO DE LA OFICINA:

Was copy of immunization record given? YES NO/PROMISED TO BRING AT NEXT APPOINTMENT

HISTORIAL MEDICO DEL MENOR

HISTORIAL DE EMBARAZO

Durante cual mes de embarazo la madre miro un medico? _ mes

GESTACIÓN

TERMINO COMPLETO PREMATURO por _____ meses

PARTO

NORMAL/VAGINAL CESAREA

Si el bebe nacio en casa, se le hicieron pruebas de recién nacido ?

SI NO

Mama tenia algun enfermedad o problema?(incluyendo enfermedad de transmisión sexual o enfermedad contagiosas)	SI	NO	La madre utilizo algun medicamento durante embarazo?(Tabaco, alcohol, *Drogas*, medicamentos sobre mostrador, remedios caseros)	SI	NO
Mama tomo algun medicamento recetado por su medico?	SI	NO	El bebe se fue a casa con la mama despues del hospital?	SI	NO
El bebe tuvo algun problema durante la primer semana de vida?	SI	NO	Nacio mas de un hijo?	SI	NO
			El bebe recivio algun vacuna para Hepatitis B?	SI	NO

HISTORIAL

MASCULINO FEMENINO

El niño es adoptado SI NO

NOMBRE DE HOSPITAL DONDE NACIO

DOMICILIO

CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
--------	--------	---------------

PESO AL NASER (lbs, ozs)	LONGITUD (pulgadas)
--------------------------	---------------------

ALIMENTACIÓN <input type="checkbox"/> AMAMANTAR <input type="checkbox"/> BIBERÓN	NOMBRE DE FORMULA (si aplicable)
--	----------------------------------

EDAD QUE DESTATO DEL PECHO	EDAD QUE DESTATO EL BIBERÓN
----------------------------	-----------------------------

EDAD QUE ENSEÑO USAR BAÑO	EL PACIENTE SE CHUPA EL DEDO?
---------------------------	-------------------------------

Niño esta inscrito en WIC? SI NO

INFORMACION DE VACUNAS

Vacunas estan actuales para edad del paciente ? SI NO

Favor de dar una copia de tarjeta de vacunación para archivar en el expediente. _____ (iniciales)

HISTORIAL DE ENFERMEDADES

HA TENIDO SU HIJO/HIJA ?

Sarampion, Varicela, Paperas, Rubeola	SI	NO	Vomito despues de comer, negarse a comer	SI	NO
Tuberculosis o , prueba de TB positivo	SI	NO	Problemas de hueso musculo	SI	NO
Dolor de garganta	SI	NO	Problemas de la piel	SI	NO
Problemas con los ojos o la visión	SI	NO	Dolores de Cabeza o mareos	SI	NO
Problemas con los oidos o audición	SI	NO	Convulsión, epilepsia	SI	NO
Dificultad para respirar o ronca por la noche	SI	NO	Diabetes	SI	NO
Problemas del corazón	SI	NO	Problemas de la tiroides	SI	NO
Asma, broquitis, neumonia	SI	NO	Alergias	SI	NO
Anemia, problemas de sangrado, transfusion de sangre	SI	NO	Problemas con desarrollo o rendimiento escolar	SI	NO
Dolores de estomagó	SI	NO	Enfermedad o accidente grave	SI	NO
Diarrea	SI	NO	Cirugia o hospitalización	SI	NO
Problemas renales o vejiga, orinarse en la cama	SI	NO	(NIÑAS) Ha comenzado su menstruacion?	SI	NO
Estreñimiento	SI	NO	(NIÑAS) Hay problemas con menstruacion?	SI	NO

NOMBRE DE PACIENTE (Apellido, Primer Nombre)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE HOY
--	---------------------	--------------

HISTORIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS/ RECURRENTE

ALERGIAS (Incluir comida, medicamento, materiales)

SINTOMAS DE ALERGIAS (Incluir irupcion, problemas con estomago, respiratoria)

ENFERMEDAD CRONICAS/ RECURRENTES (si ocurre mas de 4 veces al año marque)

<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> ALERGIAS/ PIEL	<input type="checkbox"/> ALERGIAS SECRECION NASAL
<input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="checkbox"/> DIARREA
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> INFECCION DE OIDO	<input type="checkbox"/> INFECCION DE ORINA
<input type="checkbox"/> VOMITO	<input type="checkbox"/> DOLOR DE GARGANTA	<input type="checkbox"/> ERUPCION
<input type="checkbox"/> OTRO _____		

A SIDO HOSPITALIZADO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS? SI NO

QUAL ERA EL DIAGNOSTICO?

CIRUGIAS (Incluyendo los del pasado y año)

HISTORIAL DE FAMILIA

NUMERO DE HERMANOS _____ HERMANOS _____ HERMANAS _____

PACIENTE ES NUMERO _____ DE HERMANO MAYOR

PACIENTE VIVE CON PADRES PADRES ADOPTIVOS OTRO _____

INFORMACION DE PADRES		INFORMACION DEL HOGAR	Numero de personas viviendo en casa: _____
	MADRE	PADRE	Madre y padre, dos viven en casa ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
EDAD			Alguien en casa fuma, usa drogas, o alcohol? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ESTATURA			Que idioma se habla en el hogar? <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
OCUPACION			Vive en <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa Movible <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin Hogar

HISTORIAL DE SALUD: madre (M), padre (P), Hermano (HO), Hermana (HA), Tios (T), abuelos (AB) tienen las siguientes?:

		Cual miembro de familia?				Cual miembro de familia?	
SI	NO			SI	NO		
		Diabetes				Pression arterial alta	
		Epilepsia o convulsiones				Trastorno coagulacion	
		Retraso Mental				Tuberculosis	
		Enfermedades del Corazon				Alergias	
		Cancer				Problemas pulmonares o respiratorios	
		Enfermedad renal o urinario				Problemas del ojo	
		Problemas de hueso				Problemas del oido	