



INFORMACION DEL PACIENTE			
NOMBRE (APELLIDO, PRIMER, Inicial)		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> NIÑO <input type="checkbox"/> NIÑA
DOMICILIO		CIUDAD, ESTADO, AREA POSTAL	
NUMERO DE TELEFONO	NUMERO ALTERNATIVO	LENGUAJE PRIMARIO	
INFORMACION DEL GUARDIANTE (PADRE O GUARDIAN QUIEN VIVE CON EL PACIENTE)			
NOMBRE (APELLIDO, PRIMER, Inicial)		SEGURO SOCIAL#	FECHA DE NACIMIENTO SEXO <input type="checkbox"/> NIÑO <input type="checkbox"/> NIÑA
DOMICILIO (si es diferente que el del paciente)		CIUDAD, ESTADO, AREA POSTAL	
NUMERO DE TELEFONO	NUMERO ALTERNATIVO	DIRECCION ELECTRONICA (EMAIL)	
EMPLEADO	NUMERO DE TRABAJO	RELACION DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> GUARDIAN	
INFORMACION DEL PADRE			
NOMBRE (APELLIDO, PRIMER, Inicial)		SEGURO SOCIAL#	FECHA DE NACIMIENTO SEXO <input type="checkbox"/> NIÑO <input type="checkbox"/> NIÑA
DOMICILIO (si es diferente que el del paciente)		CIUDAD, ESTADO, AREA POSTAL	
NUMERO DE TELEFONO	NUMERO ALTERNATIVO	DIRECCION ELECTRONICA (EMAIL)	
EMPLEADO	NUMERO DE TRABAJO	RELACION DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> GUARDIAN	
ASEGURANZA PRIMARIA			
NOMBRE DE LA ASEGURANZA		NUMERO DE LA TARJETA	NUMERO DE GRUPO
NOMBRE DEL DUEÑO DE LA ASEGURANZA		RELACION DE LA ASEGURANZA AL PACIENTE	
FECHA DE NACIMIENTO DEL DUEÑO DE LA ASEGURANZA	RELACION DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> GUARDIAN	DUEÑO DE LA ASEGURANZA DEL EMPLEADOR	
CANTIDAD DE COPAY			
ASEGURANZA SECONDARIA			
NOMBRE DE LA ASEGURANZA		NUMERO DE LA TARJETA	NUMERO DE GRUPO
NOMBRE DEL DUEÑO DE LA ASEGURANZA		RELACION DE LA ASEGURANZA AL PACIENTE	
FECHA DE NACIMIENTO DEL DUEÑO DE LA ASEGURANZA	RELACION DE PACIENTE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> GUARDIAN	DUEÑO DE LA ASEGURANZA DEL EMPLEADOR	
CANTIDAD DE COPAY			



LOS INDIVIDUOS AUTORIZADOS PARA ACOMPAÑAR AL NIÑO/A PARA LA ASISTENCIA MEDICA-
 Padres, porfavor tengan en mente, la emergencias ocurren y a menos que una persona sea mencionada en la carta de su hijo/a, por ley de HIPAA no podra ser su hijo/a tratado almenos que el individuo sea autorizado por los padres. Escriba porfavor cualquier persona que tiene autorizacion que puede traer a su hijo/a en caso que usted no pueda asistir a la cita con su hijo/a.

NOMBRE (APELLIDO, PRIMER, Inicial)	RELACION DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE TELEFONO
NOMBRE (APELLIDO, PRIMER, Inicial)	RELACION DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE TELEFONO
NOMBRE (APELLIDO, PRIMER, Inicial)	RELACION DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE TELEFONO
NOMBRE (APELLIDO, PRIMER, Inicial)	RELACION DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE TELEFONO
NOMBRE (APELLIDO, PRIMER, Inicial)	RELACION DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE TELEFONO

INFORMACION DE LA FARMACIA

NOMBRE DE FARMACIA _____

DIRECCION DE FARMACIA _____

OTRA INFORMACION

PRIMER LENGUAJE <input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO _____	COMO FUE REFERIDO A AZ PEDIATRIC CARE <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Doctor _____ <input type="checkbox"/> Paginas Amarilla <input type="checkbox"/> Informante _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
---	---

Convengo por este medio que esta información está correcta y entiendo que debo proporcionar en la escritura de cualquier cambio a la información ante dicha:

 Nombre Del Pacienta (Imprimir)

 Firma Del Padre O Guardian

 Nombre Del Paciente

 Fecha



HISTORIA MEDICA

TODAY'S DATE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTA LLENANDO ESTA FORMA: _____

SEXO DEL PACIENTE: M F SEGURO SOCIAL # _____ - _____ - _____

CUANTA GENTE VIVE CON EL PACIENTE? ADULTOS _____ NINOS _____

HISTORIA NATAL DEL PACIENTE: PESO AL NACER _____ ALTURA _____

DURANTE EL EMBARAZO TUVO LA MADRE DEL PACIENTE:

ALGUN PROBLEMA? SI (EXPLIQUE) NO

QUE PROBLEMA?: _____

FUMO TABACO? SI NO

CONSUMIO BEBIDAS ALCOHOLICAS? SI NO

TOMO ALGUNA DROGA O MEDICAMENTO? SI (EXPLIQUE) NO

QUE TOMO: _____

TUVO ALGUN PROBLEMA DURANTE EL PARTO? SI (EXPLIQUE) NO

QUE PROBLEMA _____

EL PARTO FUE: VAGINAL CESAREA

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

CONSIDERA LA SALUD DEL PACIENTE: EXCELENTE NORMAL MALA

ALERGIAS A MEDICAMENTOS? SI (EXPLIQUE) NO CUAL MEDICINA? _____

QUE OCURRE? _____

ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO? SI (EXPLIQUE) NO

QUE MEDICAMENTOS? _____

FUMA TABACO? SI NO

TOMA BEBIDAS ALCHOLICAS? SI NO

USA ALGUNA DROGA? SI (EXPLIQUE) NO CUAL?: _____

ALGUNA VEZ A TENIDO PROBLEMAS MEDICOS CON LO SIGUIENTE? CUANDO MARQUE SI, POR FAVOR EXPLIQUE.

- OJOS/VISION? SI NO _____
- OIDOS/NARIZ/GARGANTA SI NO _____
- DOLOR DE CABEZA SI NO _____
- ARTICULACIONES/HUESOS SI NO _____
- CONVULSIONES SI NO _____
- INFECCIONES FRECUENTAS SI NO _____
- CORAZON/PULMONES SI NO _____
- ESTOMAGO/HIGADO SI NO _____
- INTESTINOS SI NO _____
- RINONES/ORINA SI NO _____
- DIGESTION/NUTRICION SI NO _____
- ANEMIA/SANGRE SI NO _____

ESCRIBE TODAS LAS HOSPITALIZACIONES, CIRUGIAS, ENFERMEDADES O ACCIDENTED SERIOS:

_____ FECHA _____ FECHA _____

_____ FECHA _____ FECHA _____



"Noticia de Practicas Privadas" Forma de Consentimiento

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Mes dia año

He leído, y entendido, la póliza de AZ PEDIATRIC CARE. Estoy de acuerdo en atenerme a esa póliza. Entiendo y estoy de acuerdo en que los términos pueden cambiar por AZ PEDIATRIC CAREa como sean necesarios. _____ Iniciales

Por la presente, asigno a AZ PEIATRIC CARE todo pago por servicios médicos recibidos a mi niño/a. También, entiendo que soy responsable por todos los cargos que surjan en AZ PEDIATRIC CARE que no están cubiertos por mi seguro medico. Autorizo a AZ PEDIATRIC CAREa proveer información a las compañías de seguros concerniendo a la enfermedad y tratamiento de mi niño/a. _____ Iniciales

Autorizo a ARIZONA PEDIATRIC CARE a ofrecer tratamiento medico, tanto como rutinario o de emergencia, incluyendo examinación física y administración de vacunas. Esta autorización cubre hoy todas las visitas futuras o citas que haga con AZ PEDIATRIC CARE. Reconozco que no se han hecho garantías con respecto a la condición, examinación o tratamiento de mi niño/niños. _____ Iniciales

Certifico que he recibido una copia de la "Noticia de Practicas Privadas". Esta noticia describe como AZ PEDIATRIC CARE usara y proveerá la información de salud de mi niño y los derechos que tengo en referencia a la información de su salud. _____ Iniciales

Firma del Paciente o Representante

_____/_____/_____
Fecha: mes dia año

Relacion con el Paciente

Scan: Medinotes\Patient View\Multimedia\Authorization: (Type in: Prac. Pol. Consent)

Programa VFC Vaccines for Children Program

Este expediente se debe mantener en la oficina del proveedor de cuidado medico para reflejar el estado actual de todos los niños menores de 18 años de edad, que sean elegibles para recibir inmunizaciones a través del programa de VFC. El expediente puede ser llenado por el padre, guardián, la persona que va a recibir las vacunas o por el proveedor de cuidado medico. Este mismo expediente se puede utilizar para todas las visitas subsecuentes mientras el estatus de elegibilidad de VFC del niño no haya cambiado. No se requiere verificar las respuestas por el proveedor, pero es necesario conservar este expediente en el fichero por un mínimo de tres años.

(Por favor escriba a maquina o a mano)

Fecha: Mes _____ Dia: _____ Año _____

Niño: _____

Fecha de Nacimiento:	Apellido	Nombre	Inicial
	_____ / _____ / _____		
	Mes	Día	Año

Padre/ Guardian/
Persona en el Expediente: _____

Proveedor: AZ PEDIATRIC CARE

Este Niño califica para las vacunas a través del programa de VFC porque el/ella (Marque solamente uno):

- (0) [] Esta inscrito en KidsCare; o
- (1) [] Esta inscrito en AHCCCS; o
- (2) [] No tiene seguro medico; o
- (3) [] Es Indio Americano o Nativo de Alaska; o
- (4) [] Su seguro medico no paga por las vacunas

[] Marque aquí si el niño tiene servicio medico que pague por las vacunas.
Estos niños no califican para VFC.

Como un consejo, si su compañía de seguro medico no cubre inmunizaciones y usted no nos lo dice a la hora de su visita, es su responsabilidad pagar el costo implicado. No podemos hacer el Programa de Vacunas para Niños solamente a la hora de su visita. Si usted no esta seguro de que las vacunas y los chequeos sean cubiertos, por favor comuníquese con su compañía de seguro medico.

Gracias

Scan: Medinotes\Patient View\Multimedia\Authorizations: (Type in: VFC)

Firma: _____ Fecha: Mes _____ Dia: _____ Año _____



POLITICA FINANCIERA

Gracias por elegir el cuidado **AZ PEDIATRIC CARE** para el cuidado médico de su niño. Estamos confiados a proporcionar la asistencia médica de la calidad para sus niños. Para reducir malentendidos potenciales, nuestra oficina ha adoptado la política financiera siguiente. Requerimos que usted la lea y acordamos seguir ella el tratamiento anterior del principio

Aseguranza

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su régimen de seguros. No podemos mandar la cuenta eficientemente a su compañía de seguros a menos que usted provea de nosotros la información actual y válida del seguro. Archivaremos demandas a esos planes con los cuales tengamos un acuerdo contractual. Como cortesía, archivaremos demandas a esos planes con los cuales no tengamos un acuerdo contractual como no asignado y la compañía de seguros le enviará el pago directamente, por lo tanto el pago se espera por completo a la hora de servicio.

Todos los planes de la salud no son iguales y no cubren siempre los mismos servicios o instalaciones. En caso que su plan de la salud determine que un servicio "no está cubierto" usted será responsable de la carga entera. Esta oficina no es responsable de disputar las decisiones tomadas por su portador de seguro con respecto a cobertura. El pago para los servicios hechos es debido por el 1r día del mes después de que la carga haya impreso en su declaración.

Esperamos que usted se familiarice con las ventajas y las limitaciones de su póliza de seguro incluyendo, pero no limitado: el deducible y el co-pago ascienden tan bien como laboratorios, instalaciones de la radiología, y los hospitales aprobados contratantes con su plan. Es su responsabilidad notificar nuestra oficina cuando su régimen de seguros o las ventajas cambia. Cualquier coste contraído por esta oficina debido a la información incorrecta que usted nos proporcionó le será hacado pagar.

Si usted tiene cobertura de seguro con un plan con el cual el cuidado, **AZ PEDIATRIC CARE** no participe las cargas para el cuidado de su niño y el tratamiento es debido a la hora de servicio, a menos que sea anterior los arreglos financieros hayan sido fijados por nuestro administrador de oficinas.

NO Aseguranza

Si usted tiene ningun cuidado **AZ PEDIATRIC CARE** de la cobertura de seguro ha ejecutado un horario de honorario de la paga del uno mismo para esos servicios que son el medicamento necesario.



Reconocimiento del aviso de las prácticas del aislamiento y los derechos y responsabilidades del paciente

Me han presentado con una copia del aviso de las prácticas de la aislamiento para la oficina del cuidado **AZ Pediatric Care** que detallaba cómo mi información se puede utilizar y divulgar según lo permitido conforme a federal y a ley estatal. Entiendo que la copia presentada es una copia para mi lectura y visión mientras que en la oficina y si pido me darán una copia del aviso de las prácticas de la aislamiento.

Me han presentado con una copia de las derechas y de las responsabilidades pacientes y las formas de información del incumplimiento de la oficina del cuidado **AZ Pediatric Care** y entiendo el proceso para divulgar incidentes del incumplimiento. Entiendo que la copia presentada es una copia para mi lectura y visión mientras que en la oficina y si pido me darán una copia de las derechas y de las responsabilidades pacientes y las formas de información de incidentes del incumplimiento.

Nombre de Paciente

Firma

NOMBRE DEL PADRE

FECHA



Deductibles/Copays/Pagos

Nuestros contratos de seguro nos requieren recoger cantidades y copays deducibles a la hora de servicio. Estas cantidades serán recogidas antes del servicio que es rendido. Para su conveniencia aceptamos VISA y Mastercard además de cheques y de efectivo de los personales. Si su cheque se vuelve nosotros para los fondos escasos, determinaremos un precio de servicio igual a los honorarios de banco determinados a **Arizona Pediatric Care**.

Citas

Our goal is to provide the best possible care and physician availability to each of our patients. Our policy is to request you to call and cancel appointments 24 hours prior to scheduled appointment. Please call us, as early as possible, when you know you will need to reschedule and/or cancel an appointment..

Informacion

Convengo por este medio que la información de la inscripción está correcta y también convengo que cualquier cambio a la información de la inscripción será comunicado al cuidado **Arizona Pediatric Care** como sea necesario para satisfacer la obligación médica y financiera para los servicios hechos.

Autorizacion

Pido y consiento por este medio que mis informes médicos y expedientes no escritos estén enviados a mis médicos que se refieren, a esos médicos o a las instalaciones ancilares que el cuidado **Arizona Pediatric Care** me refiero y a mi compañía de seguros o a sus agentes que puedan autorizar el tratamiento. Entiendo más lejos que mis informes médicos pueden contener la información delicada y autorizar por este medio el lanzamiento de toda la información relacionada confidencial del VIH, enfermedades contagiosas información relacionada, abuso de la droga y de alcohol/información del tratamiento y diagnosis de la salud mental/información del tratamiento al antedicho.

Autorizo por este medio el pago directamente al médico de asistencia para las ventajas médicas y/o quirúrgicas, si cualquiera del portador de seguro al cuidado **Arizona Pediatric Care** si paga efectivo; Soy responsable pagar a la hora de servicio.

Nombre de paciente

Firma

Firma Del Padre