



Luisa Carrasquero, MD, FAAP

NEW PATIENT INFORMATION SHEET

Name: (Nombre) : _____

Birth Date: _____ Sex: ___M___F
(Fecha de Nacimiento)

Address: _____
(Dirección)

City/State: _____ ZIP: _____
(Ciudad/Estado) (Código Postal)

SS# _____ - _____ - _____

Home Phone#: (____) _____ Cell Phone#: (____) _____
(Tel. Casa) (Tel. Celular)

Contact Preference: ___Home Phone (Casa) ___Cell Phone (Celular) ___Home Address (Direccion)
(Contacto De Preferencia)

Email address: _____
(Correo Electrónico)

Parent's information:

Mother's Name: _____
(Nombre de Madre)

Birth Date: _____ SS#: _____ - _____ - _____
(Fecha de Nacimiento)

Address: _____
(Dirección)

Phone #: (____) _____
(Teléfono)

Father's Name: _____
(Nombre Del Padre)

Birth Date: _____ SS#: _____ - _____ - _____
(Fecha de Nacimiento)

Address: _____
(Dirección)

Phone #: (____) _____
(Teléfono)

Información de Suscriptor del Seguro Médico (diferente al paciente)

Nombre de Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ___M___F

Relación al Paciente: _____

Dirección: _____



Luisa Carrasquero, MD, FAAP

CONSENTIMIENTO DEL TERCERO

Autorizo a la Pediatría de Wekiva Springs Pediatrics a comunicarse con mi compañía de seguros para coordinar el tratamiento, facilitar la calidad del tratamiento y obtener el reembolso. Si no firmo el consentimiento, estoy de acuerdo con el pago total en el momento del servicio. **Inicial:** _____

****Entiendo y estoy de acuerdo que, sin tener en cuenta el estado de seguros, soy responsable del balance en esta cuenta para cualquier servicio profesional dado. Certifico que la información proporcionada es verdad y es correcta. Notificaré la Pediatría de Primavera Wekiva de cualquier cambio de la susodicha información, incluso la cobertura de seguros, en una manera oportuna.****

Inicial: _____

PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Reconozco que me han provisto acceso al Aviso de la Wekiva Springs Pediatrics de Intimidad (NPP). **Inicial:** _____

He leído y entiendo todas las políticas de Wekiva Springs Pediatrics incluso, pero no limitado con: política/autorización de la política/oficina financiera para consentimiento y responsabilidad de Seguros

Reconozco que puedo obtener una copia de NPP lleno de la oficina central y/o sitio web de la Pediatría de Primavera Wekiva (Wekivaspringspediatrics.com). Si tengo alguna pregunta en cuanto al NPP, pediré hablar con el jefe de oficina. **Inicial:** _____

Imprimen el nombre: _____

Firma: _____

Fecha de la firma: _____



Luisa Carrasquero, MD, FAAP

Patient Family History (Historia de familia)

Does any immediate family suffer from any of the following medical conditions? (ex: **Father, mother, siblings, ect..**)

¿Alguna familia inmediata sufre de alguna de las siguientes condiciones médicas? (ejemplo...mamá, papá, tía, tío)

Asthma(asma) _____

Diabetes(diabetis) _____

Heart Disease(enfermedad del Corazón) _____

Epilepsy(epilepsia) _____

Mental Illness(enfermedad mental) _____

High Cholesterol (cholesterol alta) _____

Allergies(alergias) _____

Other (please specify) _____

Patient Social history (historia social) Circle yes or no where indicated, circula si(yes) o no

Who lives at home?(quien vive en la casa?) _____

Does anybody smoke in the house? (fuman en la casa) YES OR NO

Do you have pets? (animales?) _____

Do you have any guns at home? (armas en la casa) YES OR NO

Do you have a pool at home? (piscina en la casa?) YES OR NO

If yes, does the pool have a childproof fence? (piscina con reja protectora) YES OR NO

Are there any problems with mold/mildew at home (hongo en la casa)? YES OR NO

Please list any siblings (brothers/sisters) below (nombre y fecha de nacimiento de hermanos)

Name: _____ DOB ____/____/____

Name: _____ DOB ____/____/____

Usted prefiere algun médico o proveedor de salud para las citas de rutina? _____



Luisa Carrasquero, MD, FAAP

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES

(I)(Nosotros), los abajo firmantes, padres de _____ un menor, Autorizar Wekiva Springs Pediatrics como agente para el abajo firmante den su consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico o tratamiento que se considere aconsejable por y para ser prestados bajo la supervisión general o especial de, cualquier médico que trabaja allí, si tal diagnóstico o tratamiento se procesa en la oficina del médico dijo. Se entiende que esta autorización se da por adelantado cualquier cuidado específico de diagnóstico, tratamiento o hospital siendo necesaria pero se de para proporcionar la autoridad y el poder por parte de nuestros agentes mencionados para dar su consentimiento específico para toda tal diagnóstico médico o quirúrgico o tratamiento que el médico mencionado en el ejercicio de su mejor juicio estime conveniente.

Esta autorización es efectiva, _____ 20____, y seguirán siendo efectivo indefinidamente a menos que antes revocada por escrito entregado a dicho agente (s)

Date: _____

Parent (Print/emprimir) _____

Parent (Sign/firma) _____

Legal Guardian (el tutor legal)

Witness (Testigo/oficina) _____



Luisa Carrasquero, MD, FAAP

Authorization (autorización)- for records release/request (alta médica)of confidential information

- This is to request and authorize you to release to Wekiva Springs Pediatrics
- I hereby authorize Wekiva Springs Pediatrics to release to:

Physician (médico previo)

Address (dirección)

Phone

Fax

Entiendo que esta autorización sigue siendo efectiva durante 365 días o hasta que la revoque por escrito. Por la presente libero a Wekiva Springs Pediatrics y a sus empleados de cualquier responsabilidad que pueda derivarse de la divulgación de esta información como he dirigido.

PROHIBITION ON REDISCLOSURE: This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by law. Any further re-disclosure is strictly prohibited.

**** PLEASE RELEASE MY MEDICAL RECORDS****

Initial by the item you want to have release

State period of time: From _____ to _____.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. All Medical records (includes#2-#9) | <input type="checkbox"/> 5. Laboratory results |
| <input type="checkbox"/> 2. Immunization Records | <input type="checkbox"/> 6. X-ray Report |
| <input type="checkbox"/> 3. Consultation | <input type="checkbox"/> 7. ER records |
| <input type="checkbox"/> 4. Surgical reports | <input type="checkbox"/> 8. Newborn/birth records |
| <input type="checkbox"/> 9. Medically Sensitive: HIV, Mental Health, Substance abuse, STD,
Pregnancy if under 18 yrs | |

Patient Name/Date of Birth

Date of authorization

Parent signature /relationship

Witness (Office)

Phone Number: 407-790-7998 Fax:877-830-8517



Luisa Carrasquero, MD, FAAP

ETHNICITY / RACE / LANGUAGE

ETHNICITY:

(Etnicidad)

- Hispanic or Latino
- Caucasian
- African American
- Other: _____

RACE:

(Raza)

- American Indian or Alaska Native
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- White
- Other Race

LANGUAGE

(Idioma)

- | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> English (Inglés) | Primary <input type="checkbox"/> | Secondary <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Spanish (Español) | Primary <input type="checkbox"/> | Secondary <input type="checkbox"/> |

Other language: _____

Nombre de Farmacia: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____



Luisa Carrasquero, MD, FAAP

Política de Vacunas

Wekiva Springs Pediatrics

Wekiva Springs Pediatría es una organización privada; firmemente creemos en la importancia de vacunar a su hijo y no aceptamos familias que no estén dispuestas a vacunar a sus hijos. Esto es contra nuestra filosofía de medicina preventiva de alta calidad. Apoyamos plenamente el calendario de vacunación actual, sin embargo estaremos dispuestos a trabajar un horario especial y discutir inquietudes de inmunización con nuestros padres. Si usted no está de acuerdo con nuestra política de vacunación estaremos encantados de ver a su hijo para las visitas de enfermos y emergencias hasta que pueda encontrar a otro pediatra dentro de un período razonable de tiempo de 30 días desde el momento de su primera visita.

He leído y acepto la política de Wekiva Springs Pediatría sobre vacunas.

Firma de Padre/Madre _____

Fecha _____

Testigo _____



Luisa Carrasquero, MD, FAAP

Políticas Financieras y de Seguros

Por favor inicial por debajo de lo que indica que ha leído, entiende y acepta todas las políticas contenidas en esta página.

_____ Autorizo pago directo de prestaciones médicas a Wekiva Springs Pediatría por los servicios prestados por los médicos u organización. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar información correcta del seguro y asegurar que Wekiva Springs Pediatría y/o sus proveedores están catalogados como mi médico de atención primaria, en su caso. También entiendo que soy responsable por cualquier saldo no cubierto por mi seguro.

_____ Pago para todos co-pays, deducibles, no cubiertos y servicios de pago, así como cualquier saldo adeudado se espera en el momento del servicio y debe ser pagada completo al check in si el pago puede ser efectuado, el nombramiento será reprogramado. Si necesitas hacer arreglos de pago, debes contactar la oficina al menos 24 horas antes de la cita. Aceptamos efectivo, tarjetas de crédito o débito. Se aceptan cheques si usted recibe una declaración y correo en un pago. Hay una cuota de \$35 cheque devuelto para todos los cheques devueltos sin fondos.

_____ Formas azules y amarillas son proporcionadas, previa solicitud, durante el examen anual de bienestar. Si usted no solicita estas formas un el tiempo de servicio pero necesita copias en una fecha posterior, a \$5. cuota por formulario será evaluada

_____ Se evaluarán una cuota de \$15 para todos los deportes físicos o campamento de formas

_____ Si usted es incapaz de mantener su cita, debe comunicarse con la oficina al menos 1 hora antes de la cita de reprogramar o cancelar. Si no lo hace sera resultados en un \$15 ninguna cuota de mostrar

Los pacientes que no llegan a tres citas sin cancelar serán descargados de la oficina.

_____ Usted es responsable de solicitar cualquier referencias necesarias antes de ver al especialista y antes de que los ensayos o procedimientos realizados. Cuando sea posible, estas solicitudes deben realizarse dos días antes de la fecha de la cita del especialista. depende de la discreción del proveedor Wekiva Springs Pediatría o no a emitir una recomendación solicitada después de la fecha de nombramiento o procedimiento

_____ Las referencias no son una garantía de beneficios de seguro o de pago. Preocupaciones con respecto a la negación del pago ordenados exámenes, procedimientos o visitas a terceros proveedores deben dirigirse a su aseguradora.

_____ Por la presente autorizo Wekiva Springs Pediatría para liberar cualquier información médica o incidental que pueda ser necesario para cualquier atención médica o en el procesamiento de beneficios financieros

_____ Yo certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo título XVII de la ley de seguridad social es correcta. Autorizo a cualquier titular de médica u otra información sobre mí mismo para liberar a la administración de la seguridad social o los intermediarios de la información del transportista necesitan para esto o un hipervínculo Medicare/Medicaid u otro reclamo de seguro. Por la presente asignar, transferir y fijó encima a los médicos o mobiliario los servicios todos mis derechos, títulos e intereses de mi beneficio de reembolso médico bajo mi póliza de seguro con cualquier título y el interés de mi beneficio de reembolso médico bajo mi póliza de seguros con las compañías aseguradoras de todas organización. Permito una copia de esta autorización para ser utilizada en lugar del original.

Firma/Tutor Legal

Fecha

Escribe su nombre /Tutor Legal

Nombre del Paciente