



HOJA DE INFORMACIÓN PARA PACIENTE NUEVO

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Sex:** ____ M ____ F

Dirección: _____ **Apt** _____

Ciudad/Estado: _____ **ZIP:** _____

SS # ____ - ____ - _____

Teléfono casa #: (____) _____ **Celular #:** (____) _____

Preferencia de Contacto: ____ Teléfono Casa ____ Celular ____ Dirección casa

Correo electrónico: _____

(____) Yo autorizo a **Wekiva Springs Pediatrics** a enviarme vía email cualquier tipo de información.

INFORMACION DE LOS PADRES:

Nombre de la madre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **SS#:** ____ - ____ - _____

Dirección: _____ **Apt** _____

Numero de teléfono: (____) _____

Nombre del Padre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **SS#:** ____ - ____ - _____

Dirección: _____ **Apt** _____

Número de teléfono: (____) _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO:

Compañía de seguros: _____

Numero ID # _____ **Cuenta/ Grupo#** _____



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.

Iniciales: _____

******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. Iniciales: _____***

PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Reconozco que me han provisto acceso al aviso de práctica de privacidad de **Wekiva Springs Pediatrics (NPP)** **Iniciales:** _____

He leído y entiendo todas las políticas de **Wekiva Springs Pediatrics**, incluidas, entre otras: política financiera/política de la oficina/autorización de consentimiento y responsabilidad del seguro. **Iniciales:** _____

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

Nombre del padre o madre legible: _____

Firma: _____

Fecha de la firma: _____



Historia de familia

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

Asma _____

Diabetis _____

Enfermedades del Corazón _____

Epilepsia _____

Enfermedad mental _____

Colesterol alto _____

Alergias _____

Otras (Por favor especificar) _____

Historia social del paciente - Circula si o no

¿Quien vive en la casa con el/la paciente? _____

¿Alguien fuma dentro de la casa? SI o NO

¿Tienen mascotas? SI o NO ¿Cual? _____

¿Tienen armas en la casa? SI o NO

¿Tienen piscina en la casa? SI o NO

Si la respues es SI, ¿la piscina tiene cerca a prueba de niños? SI o NO

¿Hay algún problema con moho/hongos en casa? SI o NO

Nombre y fecha de nacimiento de hermanos

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____



AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES

(Yo)(Nosotros), los abajo firmantes, padres de _____ un menor, Autorizo a **Wekiva Springs Pediatrics** como agente(s) 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 trabaje allí. Si tal diagnóstico o tratamiento se procesa en la oficina del médico dicho.

Se entiende que esta autorización se otorga antes de que se requiera cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específica, pero tambien se da para otorgar autoridad y poder por parte de nuestro(s) agente(s) antes mencionado(s) y asi otorgar consentimiento específico a todos y cada uno de dichos servicios médicos o diagnóstico o tratamiento quirúrgico que el médico antes mencionado en ejercicio de su mejor juicio considere conveniente.

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

Padre / Madre (Legible) _____

Padre / Madre (Firma) _____

Nombre de tutor legal: _____

Testigo de la oficina _____ **Fecha:** _____



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

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

Phone

Fax

I understand and direct that this authorization remain effective for 365 days or until I revoke it in writing. I hereby release **Wekiva Springs Pediatrics** its employees from any and all liability that may arise from the release of this information as I have directed.

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 _____

- | | |
|---|------------------------------|
| ___ 1. All Medical records (includes #2-#9) | ___ 5. Laboratory results |
| ___ 2. Immunization Records | ___ 6. X-ray Report |
| ___ 3. Consultation | ___ 7. ER records |
| ___ 4. Surgical reports | ___ 8. Newborn/birth records |
| ___ 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)



ETNIA / RAZA / IDIOMA

ETNIA:

(Etnicidad)

- ☐ Hispano/a o Latino/a
- ☐ Caucásico/a
- ☐ Afroamericano/a
- ☐ Otro: _____

RAZA:

- ☐ Indio/a americano o nativo/a de Alaska
- ☐ Hispano/a o Latino/a
- ☐ Afroamericano/a
- ☐ Blanco/a
- ☐ Otra Raza: _____

LENGUAJE

(Idioma)

- | | | |
|---|----------------|------------------|
| ☐ Ingles | Primario _____ | Secundario _____ |
| ☐ Español | Primario _____ | Secundario _____ |

Otro Idioma: _____

Nombre de Farmacia: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____



POR FAVOR, LEA Y FIRME

POLÍTICA DE VACUNACIÓN DE WEKIVA SPRINGS PEDIATRICS

Wekiva Springs Pediatrics es una organización privada; creemos firmemente en la importancia de vacunar a su hijo. Apoyamos plenamente el calendario de vacunación actual; sin embargo, estamos dispuestos a establecer un calendario especial y a hablar sobre cualquier inquietud relacionada con la vacunación con los padres. Nos esforzamos por mantener una relación de colaboración y sin juicios con las familias para garantizar que el niño continúe recibiendo los exámenes de bienestar y las evaluaciones de desarrollo esenciales. No damos de baja a pacientes pediátricos de nuestra consulta simplemente porque sus padres rechacen o retrasen las vacunas. Nuestro equipo médico seguirá recomendando el calendario de vacunación de los CDC y la AAP en cada visita de rutina, ya que, es la forma más segura de proteger a los niños. Reconozco que he leído esta política de vacunación en su totalidad. Entiendo que, al optar por no vacunar a mi hijo, lo expongo a él, a mi familia y a mi comunidad a riesgos potencialmente mortales que se pueden prevenir.

Firma del padre/madre o tutor _____

Nombre del paciente _____

Testigo _____

Fecha ____/____/____



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 **\$35.00** 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 **\$5.00** cuota por formulario será evaluada

_____ Se evaluarán una cuota de **\$15.00** 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 **\$25.00** 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 referencia necesaria 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 toda la organización. Permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original.



Firma/Tutor Legal

Fecha

Escribe su nombre /Tutor Legal

Nombre del Paciente