

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

ANTECEDENTES PEDIÁTRICOS DE SALUD 2021

Nombre legal del niño: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre de la madre: _____ **Nombre del padre:** _____

Estado civil del padre/de la madre: [] soltero/a [] casado/a [] divorciado/a [] separado/a [] viudo/a

Sexo del niño: Masculino Femenino

Nombre del tutor legal: _____ **Hijo adoptivo:** [] Sí [] No

Alergias (a medicamentos o alimentos): _____

Mencione todas las cirugías/hospitalizaciones/accidentes/enfermedades graves que el niño ha tenido. Incluya la fecha.

Cirugía/Estadía en hospital/accidente/lesión	Fecha	Médico/Cirujano tratante

Mencione las afecciones médicas crónicas (diabetes, presión arterial alta, etc.). Incluya la fecha.

Enfermedad	Fecha o año de inicio	Afección actual

¿Acude su hijo a otro médico para recibir tratamiento por una afección médica? [] Sí [] No

En caso afirmativo, menciónelo: _____

Médico especialista: _____ N.º de teléfono: _____ Especialidad: _____

Médico especialista: _____ N.º de teléfono: _____ Especialidad: _____

¿Están las vacunas al día? [] Sí [] No **¿Tiene su certificado de vacunas?** [] Sí [] No

Antecedentes del niño y familiares

Peso del niño al nacer: _____ **¿Fue parto prematuro?** [] Sí [] No **Fue parto:** [] Vaginal [] Cesárea

Última visita odontológica: _____ **¿Tiene sellador en los molares?** [] Sí [] No

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Coloque una "X" en cualquier casilla que aplique a su hijo, la madre o el padre (M=madre, P=padre)

	Niño	M	P		Niño	M	P		Niño	M	P
Diabetes				Fiebre reumática				Hemorragia/Hemofilia			
Glaucoma				Asma				Leucemia			
Nefropatías				Enfisema				VIH/SIDA			
Hipertensión arterial				Tuberculosis				Alcohol/Abuso de sustancias			
Infarto de miocardio				Lupus sistémico				Hepatopatía			
Arteriopatía coronaria				Rasgo drepanocítico				Hepatitis A/B/C			
Soplo cardíaco				Enfermedad de la tiroides				Trastorno alimenticio			
Prolapso de la válvula mitral				Artritis				Enfermedad mental			
Prótesis valvular				Apoplejía				Trastorno por déficit de atención (TDA)/ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (marque una con un círculo)			
Endoprótesis vasculares				Trastorno neurológico				Virus respiratorio sincial			
Marcapasos				Cáncer Tipo:				<input type="checkbox"/> Sin antecedentes familiares			
Otra: (especifique)											

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Información de farmacia

Nombre de la farmacia local: _____ Teléfono: _____

Nombre de pedidos por correo: _____

Mencione todos los medicamentos con receta, medicamentos de venta libre o suplementos que su hijo toma regularmente en la actualidad.

Nombre del medicamento	Posología	Frecuencia (cuántas veces por día)

Mi hijo no toma medicamentos, medicamentos de venta libre ni suplementos regularmente.

Complete esta sección para niños MAYORES DE 12 AÑOS

Tabaco: Mi hijo

- Nunca ha consumido tabaco.
- Fuma cigarrillos, cigarros o pipa.
- Mastica tabaco.

Tabaco indicado arriba:

- Cantidad por día: _____
- Edad de inicio: _____

Dejó de consumir tabaco.

- Fecha: _____

Alcohol: Mi hijo

- nunca consume alcohol.
- bebe alcohol de 3 a 4 veces al año.
- bebe alcohol una vez por semana.
- bebe alcohol de 2 a 3 veces por semana.
- bebe alcohol todos los días Cantidad _____
- Cerveza Vino Licor

ha dejado de beber.

- Fecha en la que dejó de beber _____

Consumo de cafeína: Mi hijo

- No consume bebidas con cafeína.
- Consume bebidas con cafeína.
- Cantidad por día: _____

Hija:

- ¿Su hija está embarazada?
- ¿Cree ella que podría estar embarazada?
- ¿Usa métodos anticonceptivos?
(orales, implantes, inyecciones)
- ¿Está amamantando?

Consumo de drogas: Mi hijo

- Nunca ha consumido drogas ilegales.
- Consumió drogas ilegales en el pasado.
- Actualmente consume drogas ilegales.
- Drogas que ha consumido: _____
- Fecha en que dejó de consumir: _____

Firma del padre o de la madre/del tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE MENOR

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a las personas que se mencionan a continuación a llevar a mi hijo al consultorio y firmar para que se lleve a cabo la evaluación y el tratamiento de mi hijo en caso de que yo no pueda llevarlo.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Descripción de la información que se debe divulgar – Autorizo al consultorio a divulgar la siguiente información médica protegida acerca de mi hijo a las personas identificadas arriba:

- Toda la historia clínica del paciente: **o** marque **solo** aquellos puntos de la historia clínica que se deben divulgar:
 - notas del consultorio
 - resultados de laboratorio
 - radiografías
 - Historia clínica de VIH e historia clínica de enfermedades contagiosas
- Historias clínicas de hospital/residencia de ancianos/atención domiciliaria/cuidados paliativos o de otros médicos
 - Historias clínicas de tratamientos de salud mental o abuso de sustancias
 - Otro (especifique): _____

Autorización limitada del paciente para divulgar información médica protegida

Expiración o terminación de la autorización: Esta autorización expirará al final del año calendario de su última firma a continuación, a menos que especifique una terminación anticipada. Debe renovar o presentar una nueva autorización luego de la fecha de expiración para que la autorización continúe vigente. Tiene el derecho de terminar esta autorización en cualquier momento. Debe notificar a nuestro gerente de privacidad, por escrito, si decide terminar la autorización antes de la fecha de expiración habitual.

Indique la fecha de expiración si es una fecha anterior al final del año calendario:

Derecho de revocación o terminación: como se establece en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, usted tiene el derecho de revocar o terminar esta autorización mediante la presentación de una solicitud escrita a nuestro Gerente de privacidad. Es posible revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su proveedor de atención médica o el consultorio haya tomado una acción conforme al uso o la divulgación indicada en la autorización.

Declaración sin condición: El consultorio no pide como condición firmar esta autorización para brindar atención médica o tratamiento.

Redivulgación: No tenemos control sobre la(s) persona(s) que haya enumerado para recibir su información médica protegida. Por lo tanto, su información médica protegida divulgada en virtud de esta autorización no estará protegida por los requisitos de la Norma de privacidad y ya no será responsabilidad del consultorio.

Firma del padre o de la madre/del tutor legal: _____

Fecha: _____

(se debe firmar y colocar la fecha cada año) Tiene derecho a recibir una copia de la autorización firmada previa solicitud.

Nombre del paciente: _____**Fecha de nacimiento:** _____**HIPAA****Autorización limitada del paciente para divulgar información médica protegida**

(Permita que la clínica comente su información médica con las personas que se indican a continuación)

Objetivo de la solicitud (quién está autorizado a recibir información médica) - Autorizo la divulgación o provisión de mi información médica a la(s) persona(s) enumerada(s) a continuación. (Enumere cada miembro de su familia, amigo u otra persona que desee que reciba la Información médica protegida).

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación: _____

Descripción de la información que se debe divulgar – Autorizo la divulgación de la siguiente Información médica protegida a la persona o las personas identificadas más arriba.

Historia clínica completa del paciente, **o** marque con un círculo **solo** aquellas secciones de la historia clínica que se deben divulgar

[] notas del consultorio resultados de laboratorio resultados de radiografías

Historia clínica de VIH e historia clínica de enfermedades contagiosas

Historias clínicas de hospital/residencia de ancianos/atención domiciliaria/cuidados paliativos o de otros médicos

Historias clínicas de tratamientos de salud mental o abuso de sustancias

Otro (especifique): _____

Objetivo de la divulgación (registre el objetivo de la divulgación o verifique la solicitud del paciente):

Solicitud del paciente

Otro (especifique): _____

Nombre del paciente: _____**Fecha de nacimiento:** _____

HIPAA

Autorización limitada del paciente para divulgar información médica protegida

Expiración o terminación de la autorización: Esta autorización expirará al final del año calendario de su última firma a continuación, a menos que especifique una terminación anticipada. Debe renovar o presentar una nueva autorización luego de la fecha de expiración para que la autorización continúe vigente. Tiene el derecho de terminar esta autorización en cualquier momento. Debe notificar a nuestro gerente de privacidad, por escrito, si decide terminar la autorización antes de la fecha de expiración habitual.

Indique la fecha de expiración si es una fecha anterior al final del año calendario:

Derecho de revocación o terminación: como se establece en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, usted tiene el derecho de revocar o terminar esta autorización mediante la presentación de una solicitud escrita a nuestro Gerente de privacidad. Es posible revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su proveedor de atención médica o el consultorio haya tomado una acción conforme al uso o la divulgación indicada en la autorización.

Declaración sin condición: El consultorio no pide como condición firmar esta autorización para brindar atención médica o tratamiento.

Redivulgación: No tenemos control sobre la(s) persona(s) que haya enumerado para recibir su información médica protegida. Por lo tanto, su información médica protegida divulgada en virtud de esta autorización no estará protegida por los requisitos de la Norma de privacidad y ya no será responsabilidad del consultorio.

Firma del padre o de la madre/del tutor legal: _____ Fecha: _____

(se debe firmar y colocar la fecha en cada año)

*Tiene derecho a recibir una copia de la autorización firmada previa solicitud.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿A TRAVÉS DE QUÉ MEDIO DEBERÍA LA CLÍNICA COMUNICARSE CON USTED?

Deseo que se comunique de la siguiente manera:

(MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)

TELÉFONO FIJO: Número de teléfono: _____

Dejar un mensaje con información detallada.

Dejar un mensaje solo con un número de teléfono para devolver la llamada.

No dejar ningún mensaje.

TELÉFONO CELULAR: Número de teléfono: _____

Dejar un mensaje con información detallada.

Dejar un mensaje solo con un número de teléfono para devolver la llamada.

No dejar ningún mensaje.

TELÉFONO LABORAL: Número de teléfono: _____

Dejar un mensaje con información detallada.

Dejar un mensaje solo con un número de teléfono para devolver la llamada.

No dejar ningún mensaje.

POR CORREO POSTAL: Dirección: _____

Firma del padre o de la madre/del tutor legal: _____

Fecha: _____

Me ofrecieron una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Lifecare FHDC.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

FORMULARIO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE

Nombre: _____ **Inicial del segundo nombre:** _____ **Apellido:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Dirección de correo electrónico:** _____

Estado civil: soltero/a casado/a divorciado/a viudo/a separado/a

Situación laboral: tiempo completo tiempo parcial desempleado/a trabajador/a independiente
 jubilado/a

Ocupación: _____ **Educación (grado más alto/título):** _____

Raza: <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Pronombre preferido: <input type="checkbox"/> él <input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> elle <input type="checkbox"/> Otro: _____	Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Verifique si alguno de estos aplica a su persona: <input type="checkbox"/> Indigente <input type="checkbox"/> Vive en una vivienda pública Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Transgénero masculino a femenino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino a masculino <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

Lifecare recibe financiamiento para compensar los costos de tratamiento de pacientes sin seguro o con infraseguro. Debemos informar algunos datos demográficos sobre todos nuestros pacientes, incluida la raza, la cantidad de integrantes de la familia y los ingresos. Informar estos puntos nos ayuda a recibir financiamiento para continuar brindando atención a todos nuestros pacientes. La información reportada **no** incluye su nombre, dirección o información de seguridad social.

Marque con un círculo la cantidad de integrantes del hogar y marque el casillero de ingresos correcto en la misma línea:

Miembros del hogar	Ingresos inferiores a:	Ingresos entre:	Ingresos entre:	Ingresos superiores a:
1	<input type="checkbox"/> \$12,140	<input type="checkbox"/> \$12,141 - \$18,210	<input type="checkbox"/> \$18,211 - \$24,280	<input type="checkbox"/> \$24,281
2	<input type="checkbox"/> \$16,460	<input type="checkbox"/> \$16,461 - \$24,690	<input type="checkbox"/> \$24,691 - \$32,920	<input type="checkbox"/> \$32,921
3	<input type="checkbox"/> \$20,780	<input type="checkbox"/> \$20,781 - \$31,170	<input type="checkbox"/> \$31,171 - \$41,560	<input type="checkbox"/> \$41,561
4	<input type="checkbox"/> \$25,100	<input type="checkbox"/> \$25,101 - \$37,650	<input type="checkbox"/> \$37,651 - \$50,200	<input type="checkbox"/> \$50,201
5	<input type="checkbox"/> \$29,420	<input type="checkbox"/> \$29,421 - \$44,130	<input type="checkbox"/> \$44,131 - \$58,840	<input type="checkbox"/> \$58,841
6	<input type="checkbox"/> \$33,740	<input type="checkbox"/> \$33,741 - \$50,610	<input type="checkbox"/> \$50,511 - \$67,380	<input type="checkbox"/> \$67,481
7	<input type="checkbox"/> \$38,060	<input type="checkbox"/> \$38,061 - \$57,090	<input type="checkbox"/> \$57,091 - \$76,120	<input type="checkbox"/> \$76,121
8	<input type="checkbox"/> \$42,380	<input type="checkbox"/> \$42,381 - \$63,570	<input type="checkbox"/> \$63,571 - \$84,760	<input type="checkbox"/> \$84,761

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

FORMULARIO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE

Nombre: _____ **Inicial del segundo nombre:** _____ **Apellido:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Número de seguridad social:** _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ **Condado:** _____

Número de teléfono principal: _____ **Número de teléfono adicional:** _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: _____ **Relación:** _____

Número(s) de teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro principal: _____ **N.º de identificación:** _____ **N.º de grupo:** _____

Nombre del titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento del titular de la póliza:** _____

Parentesco con el paciente: _____

Seguro secundario: _____ **N.º de identificación:** _____ **N.º de grupo:** _____

Nombre del titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento del titular de la póliza:** _____

Parentesco con el paciente: _____

PROGRAMA DE PRECIO REDUCIDO

Lifecare ofrece un Programa de precio reducido como forma de ofrecer servicios a un costo menor a familias que cumplan con determinados requisitos. Los precios reducidos se dividen en diferentes categorías en función de la cantidad de integrantes del hogar y los ingresos brutos. Los pacientes que califican para el programa pagarán por los servicios de acuerdo con la categoría financiera en la que se encuentren.

¿Le interesa presentar una solicitud para nuestro programa de precio reducido? SÍ NO

TUTOR LEGAL – SE DEBE COMPLETAR SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS

Nombre del paciente/del tutor legal: _____

Número de seguridad social: _____ **Relación con el paciente:** _____

Dirección si es diferente a la indicada arriba: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ **Condado:** _____

Firma del paciente/del padre o de la madre/del tutor legal: _____

Relación si no es el paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente: _____**Fecha de nacimiento:** _____

**ACUERDO DE EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO Y RESPONSABILIDADES
DEL HOGAR MÉDICO**

El presente es un acuerdo entre dos partes: el centro de salud y el paciente.

El presente documento tiene fines positivos. Pretende clarificar los derechos y las responsabilidades de ambas partes. Establece lo que *cada parte debe hacer*.

Un hogar médico es un equipo de atención que trabaja para brindarle la mejor atención posible. Queremos incluirlo en la toma de decisiones sobre la atención médica. Le ayudaremos a coordinar su atención con proveedores fuera de Lifecare cuando sea necesario. Ofrecemos asesoramiento médico durante las citas y después de hora junto con citas temprano en la mañana.

Nos comprometemos a tratarlo de la mejor manera posible, de acuerdo con las normas asistenciales de nuestra comunidad. A su vez, usted se compromete a comportarse de la manera más comprensible, cooperativa y responsable posible.

Este centro de salud tiene tolerancia cero a la violencia o amenaza de violencia de cualquier tipo. Por lo tanto, no existirá ningún intento o amenaza de patear, golpear o de otro modo lastimar a cualquier miembro del personal, paciente o visitante. Además, ninguna parte gritará o dirá obscenidades cuando se dirija a cualquier miembro del personal, paciente o visitante.

**He leído (o me han leído) el “Acuerdo de expectativas de tratamiento” y
comprendo el contenido en su totalidad. He tenido la oportunidad de
realizar preguntas. Cualquier violación de este acuerdo puede resultar en
un despido permanente del consultorio.**

Nombre del paciente: _____**Fecha:** _____**Si no es el paciente, parentesco con el paciente:** _____**Testigo de atención médica:** _____

Nombre del paciente: _____**Fecha de nacimiento:** _____

ACUERDO FINANCIERO

Por medio del presente doy mi consentimiento para recibir todos los tratamientos que el personal de Lifecare Family Health & Dental Center, Inc. considere necesarios. Autorizo a Lifecare Family Health & Dental Center, Inc. (LIFECARE FHDC) a usar, divulgar y/o recibir cualquier o toda la información relacionada con mi tratamiento. Mi proveedor puede contactar a cualquier otra entidad cubierta que me haya prestado servicios con el fin de obtener otro diagnóstico.

LIFECARE FHDC ha realizado arreglos previos con muchos planes de salud para aceptar pagos directos. LIFECARE FHDC facturará esos planes por lo que ha realizado un arreglo previo y solo le solicitará a usted pagar el copago autorizado al momento de solicitar el servicio. Acepto que soy responsable de cualquier copago, deducible y tarifa por servicios no cubiertos.

Por medio del presente autorizo la divulgación de información necesaria para presentar un reclamo ante mi compañía de seguro y ceder los beneficios, que de otro modo debiera pagar, al médico o grupo indicado en el reclamo. Soy responsable de cualquier derivación y/o autorización solicitada por mi compañía de seguro. Comprendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Mi póliza de seguro, si corresponde, es un contrato entre mi compañía de seguro y yo. LIFECARE FHDC no es responsable de recibir pagos de un reclamo de seguro o negociar un acuerdo en un siniestro impugnado.

Como cortesía para el paciente, LIFECARE FHDC presentará reclamos ante cualquier compañía de seguro. Si la cobertura del paciente está incluida en un plan en el que LIFECARE FHDC no realizó ningún arreglo, los cargos por la atención y el tratamiento del paciente son responsabilidad del paciente y se deben pagar en su totalidad al momento de solicitar el servicio.

Comprendo que a menos que mi proveedor de cobertura médica o yo haya realizado otros arreglos con anticipación, el pago se debe realizar al momento de solicitar el servicio. Para todos los servicios brindados a menores de edad, el padre/la madre que tiene la custodia o el tutor legal será responsable de todos los cargos.

Para conveniencia del paciente, LIFECARE FHDC aceptará Visa, MasterCard, efectivo y cheque personal. Se cobrará una tarifa de \$10.00 a los pacientes que presenten cheques sin fondos suficientes, y el paciente deberá pagar en efectivo todas las visitas futuras.

También declaro que, a la fecha de mi firma, las fuentes de ingresos enumeradas constituyen la totalidad de los ingresos de mi hogar, y que todos los miembros de la familia indicados dependen de esos ingresos. Verifico que mi nivel de ingresos es verdadero. Comprendo que LIFECARE FHDC no está incluida en el negocio de extensión de créditos y acepto pagar al consultorio mencionado anteriormente en el momento en que reciba su factura. Si no se realiza el pago en tiempo y forma, LIFECARE FHDC puede tomar acciones para cobrar los cargos.

ENTIENDO QUE PUEDE HABER CARGOS ADICIONALES A MI COPAGO EN FUNCIÓN DE LA ESCALA MÓVIL DE TARIFAS DE LA CLÍNICA. ACEPTO PAGAR DICHOS CARGOS.

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre o de la madre/del tutor legal: _____ **Fecha:** _____