

FORMA DE CONSENTIMIENTO GENERAL Y INFORMACIÓN DEMOGRAFICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información de los padres:

Información sobre la madre: Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Apellido de soltera: _____ <input type="radio"/> Teléfono celular: _____ <input type="radio"/> Teléfono de casa: _____ <input type="radio"/> Teléfono del trabajo: _____ <input type="radio"/> Correo electrónico: _____	Información sobre el padre: Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ <input type="radio"/> Teléfono celular: _____ <input type="radio"/> Teléfono de casa: _____ <input type="radio"/> Teléfono del trabajo: _____ <input type="radio"/> Correo electrónico: _____
---	---

Cuidador primario (s): Madre Padre Ambos Otro(s): _____
Guardián legal: Madre Padre Ambos Otro(s): _____

Consentimiento de método preferido de contacto: Escoja abajo como prefiere ser contactado con resultados y recordatorios. **Escoja mas de un metodo de comunicacion para que podamos alcanzarle sin retraso:**

Teléfono: _____ Mensaje de texto: _____
 Correo electrónico: _____ Correo a la dirección en el expediente

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento para que otra persona(s) traigan a su hijo(a)

Por favor de nombrar abajo la persona(s) a quien usted permite a que acompañe a su hijo(a) al consultorio para visitas de enfermo o de control de salud y quien usted tambien autoriza para dar consentimiento para proveerle cualquier tratamiento, vacunas, evaluacion clinica y analisis:

Nombre	Relación con el menor
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento de prescripciones

Yo doy no doy autorización a Brentwood Pediatric & Adolescent Associates, P.C. para obtener el historial completo de prescripciones/recetas de medicamento de cualquiera de las farmacias que se han usado.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Selección de proveedor de cuidado primario:

Por favor seleccione su proveedor de preferencia para que sea el proveedor de salud primario de su hijo(a)*

Juan Espinoza, MD Mayra Nadal, MD Michael Lee, MD Elizabeth Sill, CPNP

*** Tenga en cuenta que no podemos garantizar que su hijo será visto por el proveedor de su elección en cada visita. Haremos nuestro mejor esfuerzo para cumplir con su elección de proveedor basado en la disponibilidad de citas.**

BRENTWOOD PEDIATRIC & ADOLESCENT ASSOCIATES, P.C.

RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. ACUERDO FINANCIERO Y INFORMACIÓN DE SEGURO

Por este medio comprometo a pagar todos los cargos debidos o que se convierten debido a la práctica por el cuidado y el tratamiento proporcionado a mí (el paciente) por la Práctica. Entiendo los beneficios, si los hubiere, pagadas por un tercero en mi nombre (del paciente) se acreditarán a mi cuenta (del paciente) y que seré responsable por cualquier saldo restante incluyendo cualquier co-pagos, co-seguros sumas (deducibles, etc.) u otros derechos requeridos por la aseguradora, HMO u otro plan de beneficios de salud. Entiendo que si no he proporcionado a la práctica con información precisa y actualizada con respecto a mi compañía de seguros, el plan (del paciente) HMO u otro beneficio para la salud (por ejemplo, Medicare de Medicaid), lo que me (el paciente) proporciona cobertura de salud, yo será personalmente responsable por el costo de toda la atención prestada a mí (el paciente) por la Práctica.

ASIGNACIÓN DE SEGURO

Por la presente, ceder, transferir y que se distribuyen en la Práctica de todo el dinero y / o beneficios a los que (el paciente) pueden tener derecho de las agencias gubernamentales, incluyendo los programas de Medicare y Medicaid, compañías de seguros, HMO u otras personas que son financieramente responsables por mí (del paciente) la hospitalización del paciente y / o atención médica para cubrir los costos de la atención y el tratamiento prestado.

2. USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Autorizo a la Práctica, mis médicos tratantes y sus respectivos designados, a usar y divulgar información sobre mi salud (del paciente) a todos los efectos necesarios para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, incluyendo pero no limitado a: la liberación de la información solicitada por mi compañía de seguros (del paciente) (o portador) y toda la información necesaria para la planificación del alta.

3. LA COMPRENSIÓN DE ESTE FORMULARIO

Confirmando que he leído y entendido esta forma, y que todas las preguntas han sido contestadas completamente y para mi satisfacción.

Firma del paciente (o la persona responsable)

(Relación con el paciente)

Fecha

Firma del intérprete (si es necesario)

Escriba el nombre del intérprete

HISTORIAL DE FAMILIA Y SOCIAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Para seguir ofreciendo la mejor atención médica posible, tenemos que mantener nuestros registros con la información más actualizada. Por favor, conteste las siguientes preguntas lo mejor que pueda:

Sobre la familia

¿Qué problemas médicos existen en la familia? marque todo lo que corresponda: Para cualquier entrada marcada con "sí" indicar relación con el paciente (Ejemplo: hermana, abuela, tío, etc.)							
Asma	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No		Problemas de riñón	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Diabetes	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No		Enfermedad de tiroides	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Hipertensión	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No		Salud mental o depresión	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Colesterol alto	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No		Abuso de sustancias	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Problemas del corazón	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No		Cancer	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Otro: _____							

Sobre la casa

1.) ¿Hay alguien en casa que tenga: impedimento de audición impedimento de vision impedimento mental ninguno
Si contestó sí, ¿quién? _____

2.) Factores ambientales a los cuales esta expuesto el paciente con regularidad:

humo de tabaco productos quimicos tóxicos/humos mascotas: _____ moho ninguno

3.) ¿Participa el paciente/familia en cualquiera de las siguientes (marque todo lo que corresponda)

Iglesia/organización religiosa organizaciones comunitarias deportes/actividades recreativas ninguno

4.) ¿ Existe alguno de los siguientes en o alrededor de la casa (marque todo lo que corresponda):

Violencia domestica abuso verbal abuso físico abuso de drogas preocupaciones de seguridad ninguno

5.) Vivimos en: apartamento planta baja o departamento en segundo piso apartamento en el sótano casa compartida

propia casa albergue/"shelter" otro: _____

6.) ¿ Quien vive con el paciente?: madre padre hermano hermana otro(s): _____

7.) ¿Quien le ayuda con apoyo emocional/financiera?: familia amigos los programas del gobierno ninguno

8.) Alguna preocupacion acerca de: transporte seguro medico ayuda de nutricion necesidades de cuidado de día necesidades de comunicación

9.) ¿Cuáles son las personas que cuidan a este paciente?: madre padre niñera guardería infantil

otra familia (abuelo, tía, etc.) otro: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sobre el paciente

Para Pacientes Nuevos:

¿El paciente toma algún medicamento regularmente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Si afirmativo, que medicamento(s): _____		
¿Es el niño alérgico a algunos alimentos, medicamentos o factores ambientales?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Si afirmativo, enumere cualquier alergia: _____		
¿Tiene el niño algún problema médico?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
<input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> convulsiones <input type="radio"/> problemas del corazón <input type="radio"/> Otro: _____		
¿Alguna vez el niño ha visto a un especialista o ha tenido una prueba especial?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
En caso afirmativo. Por favor especifica: _____		
¿Alguna vez ha sido hospitalizado el niño?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
En caso afirmativo, indique la fecha aproximada y la razón: _____		
¿El niño ha tenido alguna cirugía u operación?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
En caso afirmativo, indique la fecha aproximada y la razón: _____		

Para los pacientes establecidos:

Desde la última visita del paciente aquí:

¿Ha visto el paciente algún especialista u otro médico?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
(por favor marque a continuación todo lo que corresponda)		
<input type="radio"/> sala de emergencias <input type="radio"/> centro de urgencia <input type="radio"/> especialista <input type="radio"/> fue hospitalizado <input type="radio"/> Sometido a una cirugía		
<input type="radio"/> Otro: _____		
¿Al paciente se le ha recetado algún medicamento o tratamiento por otro médico fuera de la oficina?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
(En caso afirmativo, asegúrese de informar al personal médico para que el expediente del niño puede ser actualizado)		

Nombre de la persona que proporciona la información en este formulario: _____

Relacion hacía el niño: madre padre guardián legal padre adoptivo Otro: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nota de HIPAA de Prácticas de Intimidad

BRENTWOOD PEDIATRIC AND ADOLESCENT ASSOCIATES, P.C.

1464 FIFTH AVE., BAY SHORE, NY 11706 Tel: (631) 231-5070 Fax: (631) 435-3288

Juan C. Espinoza, M.D., F.A.A.P.

Mayra E. Nadal, M.D., F.A.A.P.

Michael Lee, M.D., F.A.A.P.

Elizabeth A. Sill, C.P.N.P.

ESTA NOTA DESCRIBE INFORMACION CUAN MEDICA ACERCA DE USTED se PUEDE USAR Y PUEDE SER REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER el ACCESO A ESTA INFORMACION. REVISELO POR FAVOR DETENIDAMENTE.

Esta Nota de Prácticas de Intimidad describe cómo podemos usar y poder revelar que su ha información (PI) protegida de salud para llevarse a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones (TPO) del cuidado de la salud y para otros propósitos que se permiten o son requerido por la ley. Describe también sus derechos de conseguir acceso a y para controlar su información protegida de la salud. "Información protegida de salud" es información acerca de usted, inclusive información demográfica, eso lo puede identificar y eso relaciona a su pasado, presenta o la salud o la condición futura física o mental y los servicios relacionados del cuidado de la salud.

1. Los usos y las Revelaciones de Información Protegida de Salud

Los usos y las Revelaciones de Información Protegida de Salud

Su ha información protegida de salud se puede usar y puede ser revelada por su médico, nuestro personal de la oficina y el exterior de otros de nuestra oficina que se implican en su cuidado y el tratamiento para el propósito de proporcionar la salud los servicios del cuidado a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para sostener la operación del médico'la práctica de s, y cualquier otro uso requerido por la ley.

El tratamiento: usaremos y revelaremos que su ha información protegida de salud para proporcionar, coordinar, o para manejar su cuidado de la salud y algún servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la administración de su cuidado de la salud con un terceros. Por ejemplo, nosotros revelaríamos que su ha información protegida de salud, como sea necesario, a una agencia buscadora de la salud que proporciona el cuidado a usted. Por ejemplo, su ha información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria diagnosticar o tratarlo.

El pago: Su ha información protegida de salud se usará, cuando necesitado, para obtener el pago para sus servicios del cuidado de la salud. Por ejemplo, la aprobación que obtiene para un hospital permanece puede requerir que su información protegida pertinente de la salud sea revelada al plan de la salud para obtener la aprobación para la admisión del hospital.

Las Operaciones de la asistencia sanitaria: podemos usar o podemos revelar, como necesitado, su ha información protegida de salud para sostener las actividades económicas de su médico'la práctica de s. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a, las actividades de la evaluación de la calidad, las actividades de la revisión de empleado, instrucción de estudiantes médicos, de licenciar, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, nosotros podemos revelar que su ha información protegida de salud a estudiantes médicos de escuela que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar un signo en la hoja en el escritorio de matrícula donde usted se pedirá para se firmar su nombre e indicar a su médico. Nosotros también lo podemos llamar por nombre en la habitación que espera cuando su médico está lista para verlo. Podemos usar o podemos revelar que su ha información protegida de salud, como sea necesario, para avisarlo recordarlo de su cita.

Podemos usar o podemos revelar que su ha información protegida de salud en las situaciones siguientes sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como Requerido Por Ley, Salud Pública publica como requerido por ley, estas Enfermedades Communicable: Descuido publica Salud: Abuso o Descuido: Alimento y requisitos Administración Droga: Legal Procede: Aplicación Ley: Pesquisidores, Directores Funeral, y Donativo Organo: Investigación: Actividad Criminal: Actividad Militar y Seguridad Nacional: Trabajadores' Compensación: Presos: Usos Funeral por estas Y el Humano Atiende a investigar o determinar nuestra conformidad con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros Usos y las Revelaciones Permitidos y Requeridos se Harán Sólo Con Su Consentimiento, la Autorización o la Oportunidad de Oponerse a menos que requerido por la ley.

Usted puede revocar esta autorización, en cualquier vez, a escribir, menos hasta el punto que su médico o el médico'la práctica de s ha tomado una acción en la dependencia en el uso o la revelación indicados en la autorización.

Sus Derechos que Siguen son una declaración de sus derechos con respecto a su información protegida de la salud.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su ha información protegida de salud. El precio para copias de su record medico es \$0.75 centavos por pagina. Tambien podemos mandar copias de su record medico a otro doctor, con un permiso firmado por usted para mandar información al nuevo doctor sin ningun costo. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar ni puede copiar los registros siguientes; notas de psicoterapia; información compilada en la anticipación razonable de, ni del uso en, en una acción ni proceder civiles criminales ni administrativos, y en información protegida de salud que es la ley con sujeción a que prohíbe el acceso a la información protegida de la salud.

Usted tiene el derecho de solicitar que una restricción de su ha información protegida de salud. Esto significa que usted nos puede preguntar no usar ni revelar en cualquier parte de su ha información protegida de salud para los propósitos del tratamiento, las operaciones del pago ni la asistencia sanitaria. Usted puede solicitar también que en cualquier parte de su ha información protegida de salud no sea revelada a miembros de familia ni amigos que pueden ser implicados en su cuidado ni para propósitos de notificación como descrito en esta Nota de Prácticas de Intimidad. Su pedido debe expresar la restricción específica solicitada y a quien usted quiere que la restricción aplique.

Su médico no es requerido a concordar a una restricción que usted puede solicitar. Si médico cree está en su mejor interés de permitir el uso y la revelación de su información protegida de la salud, su información protegida de la salud no será restringida. Usted entonces tiene el derecho de usar a otro Profesional de Asistencia sanitaria.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia de papel de esta nota de nosotros, sobre el pedido, aunque usted haya concordado en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

Usted puede tener el derecho de tener a su médico enmienda su información protegida de la salud. Si negamos su pedido para la enmienda, usted tiene el derecho de archivar una declaración del desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y lo proporcionará con una copia de cualquiera tal refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si cualquiera, Usted su ha información protegida de salud.

Reservamos el derecho de cambiar los términos de esta nota y lo informará por correo de cualquiera cambia. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

Las Quejas

Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Servicios de Salud y Humano si usted cree que sus derechos de la intimidad han sido violados por nosotros. Usted puede archivar una queja con nosotros notificando nuestro contacto de la intimidad de su queja. **Nosotros no vengaremos contra usted para archivar una queja.** La persona que puede contactar en Brentwood Pediatrics & Adolescent Associates, P.C. es Lisa Espinoza al (631) 231-5070.

Esta nota se publicó y entra en vigencia en/o antes de el 14 de abril de 2003.

Somos requeridos por la ley a mantener la intimidad de, y proporcionar los individuos con, esta nota de nuestras prácticas legales de deberes e intimidad con respecto a información protegida de salud. Si usted tiene cualquier objeción a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de la Conformidad de HIPAA en la persona o por teléfono en nuestro Número Principal de Teléfono.

La firma debajo de es sólo reconocimiento que usted ha recibido esta Nota de nuestras Prácticas de la Intimidad:

Imprima el Nombre: _____ Firma: _____
Fecha: _____