

Smart Start Pediatrics	Nombre del Paciente:
460 Alabama Hwy 75 N	Nombre de la Madre:
Albertville, AL 35951	Nombre del Padre:

ALERGIAS – Indique el medicamento, la comida, o otras alergias del **paciente**:

<input type="checkbox"/> Ninguna alergia a medicamentos conocidos <input type="checkbox"/> O, indique alergias a medicamentos:
<input type="checkbox"/> Ninguna alergia a comida o otras alergias <input type="checkbox"/> O, indique alergias a comida o otras alergias:

MEDICAMENTOS – Indique todos los medicamentos y suplementos del paciente:

Nombre del Medicamento	Dosis	Nombre del Medicamento	Dosis
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

HISTORIA MÉDICA PASADO – Indique las condiciones médicas del paciente:

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

HISTORIA QUIRÚRGICA PASADA – Indique las cirugías previas del paciente y las fechas aproximadas:

Operación	Fecha	Operación	Fecha
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

HISTORIA MÉDICO FAMILIAR - Por favor verifique y liste la relación con el paciente, incluya solo a un **familiar inmediato**:

- Enfermedad Pulmonar _____
- Problemas del Corazón _____
- Enfermedad de Riñón o Vejiga _____
- Diabetes _____
- Alta Presión Sanguínea _____
- Cáncer - Tipo de Cáncer y Miembro(s) de la Familia Afectado _____
- Otras Enfermedades Familiares _____

REGISTROS MÉDICOS DE NACIMIENTO

Hospital de Nacimiento: _____

Ciudad del Hospital: _____ Estado del Hospital: _____

La siguiente información DEBE coincidir con los registros de nacimiento:

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Nombre del Paciente (Primero Último): _____

Nombre de la Madre Biológica (Primero Último): _____

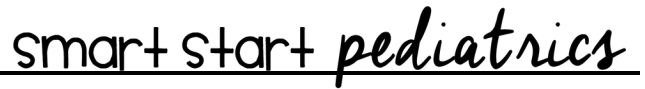
Número de Seguro Social de la Madre Biológica: _____

HISTORIA DE INMUNIZACIÓN

Adjunte un registro completo de vacunas..

Si no tiene un registro completo de vacunas, indique todas las instalaciones donde el paciente recibió inmunizaciones:

REGISTRO DE PACIENTE



Nombre legal del paciente: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Dirección: _____
Calle y # de Apartamento Ciudad Estado Código postal

Numero de Casa: (_____) _____ # de Celular: (_____) _____

Correo electrónico: _____

Nosotros estamos requeridos collector esta información de cada paciente. Por favor complete esta sección antes de entregar las formas.	
Preferencia en proveedora: _____	Sexo (Circulo): M F
Preferencia de idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Haitiano/Criollo Haitiano <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Raza de tu hijo(a): <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Caucasio <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Negarse a Contestar <input type="checkbox"/> Otro _____	
Etnicidad de tu hijo(a): <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Negarse a Contestar <input type="checkbox"/> Otro _____	

Nombre del Padre o Tutor Legal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Dirección (si diferente): _____

Numero de Casa: (_____) _____ # de Celular: (_____) _____

Nombre del Padre o Tutor Legal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Dirección (si diferente): _____

Numero de Casa: (_____) _____ # de Celular: (_____) _____

INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO

Nombre del seguro: _____ # de póliza: _____ # de Grupo: _____

Titular de Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Relación con el asegurado: _____ Copago: Si No Amount: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

Nombre del seguro: _____ # de póliza: _____ # de Grupo: _____

Titular de Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Relación con el asegurado: _____ Copago: Si No Amount: _____

Estoy de acuerdo que la información es correcta y verdadera. Autorizo a Smart Start Pediatrics LLC y su personal a tratar a mi hijo y doy mi consentimiento para toda la atención y atención médica que un proveedor de atención médica con licencia en el estado de Alabama considere necesaria y apropiada. Este consentimiento incluye, entre otros, tratamiento médico, intervención quirúrgica, procedimientos electivos y atención de emergencia. Esta delegación será válida hasta que retire mi delegación de consentimiento por escrito.

Nombre del padre o tutor legal

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Relación al Paciente

DELEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PARA LOS HIJOS MENORES

Enumere todos sus hijos que asisten a Smart Start Pediatrics a continuación:

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____

Yo, _____, autorizo las siguientes personas para que traigan a mis hijos(as) y den el
Nombre del padre o tutor legal
 el consentimiento a cualquier y toda la atención médica y la atención que se considera necesaria y apropiada por un profesional de la licencia de salud en el estado de Alabama. Este consentimiento incluye, pero no se limita, un tratamiento médico, intervención quirúrgica, procedimientos electivos, y la atención de emergencia. Esta delegación será válida hasta que se retire mi delegación de consentimiento.

Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación al niño: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación al niño: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación al niño: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación al niño: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación al niño: _____

Tengo en cuenta: Los individuos mencionados anteriormente son las únicas personas (que no sean los padres biológicos o tutores legales) autorizados a traer a sus niños para el médico.

Nombre del padre o tutor legal

Relación al niño

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Nombre del Testigo

Nombre de la intérprete



INFORMACION Y DIRECTIVAS DE OFICINA

Tenemos un horario regular de operación.

Estamos abiertos de lunes a viernes de 8 am a 5 pm. Estamos cerrados en los siguientes días festivos: Día de Año Nuevo, Día de los Caídos, 4 de julio, Día del Laboral, Día de Acción de Gracias y Día de Navidad y medio día en Nochebuena. Cualquier otro cierre se publicará en nuestra página de Facebook.

Estamos disponibles fuera de horario cuando nos necesite.

¡Entendemos que los niños se enferman por la noche, los fines de semana y los días festivos! Nuestra enfermera de triaje pediátrico siempre está disponible cuando la oficina está cerrada. Si la enfermera de triaje no puede ofrecer asesoramiento, uno de nuestros proveedores siempre está en una llamada de respaldo.

Somos una práctica de vacunación.

Las vacunas son uno de los servicios más importantes que ofrecemos como práctica pediátrica. Seguimos el cronograma aprobado por la Academia Americana de Pediatría y los Centros para el Control de Enfermedades. Entendemos que puede haber momentos en que tenga preguntas o dudas sobre ciertas vacunas y estamos aquí para ayudar. Con mucho gusto responderemos a todas sus preguntas sobre las vacunas. Si finalmente decide que las vacunas no son adecuadas para su familia, le pediremos que encuentre un médico pediátrico diferente.

Las visitas de niños sanos son una prioridad y una exigencia para nuestros pacientes.

¡No solo queremos verlo cuando su hijo esté enfermo! Las visitas de niños sanos son vitales para mantener la salud de los niños. En chequeo general estamos analizando el peso, la altura, exámenes de visión, audición y desarrollo, que son necesarios para garantizar un crecimiento adecuado. Se requieren visitas de niño sano a las siguientes edades: recién nacido, 2 semanas, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 2 años, 3 años y todos los años anualmente hasta los 18 años. La sala de espera es solo para chequeos de bebé sano y niño sano, y no debe ingresar a la sala si usted o alguien con usted muestra síntomas de enfermedad. El hecho de no mantener los exámenes regulares de niño sano puede resultar en el despido de la práctica.

Ofrecemos citas por enfermedad el mismo día.

Entendemos que cuando su hijo está enfermo, le gustaría que lo vieran de manera oportuna. No somos una clínica sin cita previa, pero ofrecemos citas de enfermos el mismo día durante nuestro horario regular de oficina. Llámenos para programar una cita el mismo día.

Zona libre de Fragancia.

Los productos químicos utilizados en los productos con fragancia pueden enfermar a algunas personas, especialmente aquellas con asma, alergias y otras sensibilidades a las fragancias. Por favor, no use perfume, lociones perfumadas o otras fragancias en los días que visite nuestra oficina.

smart start pediatrics - we give a hoot!



Nos esforzamos por llegar a tiempo.

Sabemos que la vida está ocupada y que todos tenemos muchas obligaciones todos los días. Entendemos la necesidad de llegar a tiempo, y nos esforzamos por hacerlo. En ocasiones surgen problemas inesperados que nos hacen correr detrás de tiempo. Por lo general, esto está relacionado con la atención al paciente. Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted si estamos significativamente atrasados para que nunca se quede con la duda que esta marcado presente.

Valoramos el respeto mutuo.

Le pedimos que se comunique con nosotros si va a llegar tarde o necesita cancelar una cita. Llegar más de 15 minutos tarde puede resultar en la necesidad de reprogramar su visita. Múltiples citas perdidas resultan en el despido de la práctica. Con pocas excepciones, no reprogramaremos a los pacientes que no se presenten a su primera cita con nuestra práctica.

No toleramos agresiones verbales o físicas hacia nuestro personal.

Todo nuestro personal está comprometido a proporcionar la mejor atención posible a sus hijos. Cualquier paciente, padre, cuidador, etc. quien grite, se vuelva verbal o físicamente agresivo, haga amenazas a nuestro personal o use blasfemias será despedido de la práctica sin excepción. Queremos que nuestra oficina sea un lugar seguro tanto para los pacientes como para los empleados.

Custodia de los hijos

Permitiremos que cualquiera de los padres acompañe a su hijo a una visita al consultorio y que tenga igual acceso a la información de salud de su hijo a menos que se nos dé un documento legal que indique lo contrario.

Información financiera

- Es su responsabilidad llevar su tarjeta de aseguranza a todas las citas y notificar a nuestra oficina de cualquier cambio de aseguranza, dirección, número de teléfono o el estado familiar en el momento del registro.
- Si no proporciona información completa y precisa la aseguranza en la fecha del servicio, será financieramente responsable de los servicios prestados ese día.
- Cuando no se pueda verificar la cobertura de seguro activo, se le considerará autopago y el pago se deberá realizar en el momento de la cita.
- Todos los copagos y deducibles vencen en el momento del servicio.
- Si no tiene seguro o busca atención (auto pago) para servicios que se programaron con 3 días de anticipación, tiene derecho a recibir una estimación de buena fe por el costo total esperado de cualquier artículo o servicio que no sea de emergencia.

He recibido una copia de las políticas de la oficina de Smart Start Pediatrics. He leído y subestimado las pólizas y entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios y tarifas no cubiertos por mi seguro. Autorizo la divulgación de la información necesaria para que Smart Start Pediatrics reciba el pago por lo servicios.

Firma _____

Fecha _____



RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Yo, _____, recibí o me han ofrecido una copia de **Smart Start Pediatrics'** *Notificación de Prácticas de Privacidad*.

Firma de Padre/Tutor Legal: _____

Relación al paciente: _____

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Como podemos usar y divulgar su informacion medica: Las siguientes categorias describen diferentes formas en que usamos y divulgamos su informacion medica. Para cada categoria de usos o divulgaciones, elaboraremos el significado y proporcionaremos ejemplos mas especificos, si lo solicita. No se numeran todos los usos o divulgaciones de una categoria. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar informacion se incluye en una de las categorias. Debemos obtener su autorizacion antes del uso y la divulgacion de notas de psicoterapia, usos y divulgaciones de PHI para fines de comercializacion y divulgaciones que constituyan una venta de PHI. Las notificaciones y divulgaciones no descritas en este Aviso de practicas de privacidad se realizaran unicamente con la autorizacion individual.

Para Pago: Podemos usar y divulgar su informacion medica para que el tratamiento y los servicios que reciba en Smart Start Pediatrics (en lo sucesivo, "SPP") puedan facturarse y el pago se pueda cobrar a usted, a una compania de seguros o a un tercero. Por ejemplo: podemos divulgar su registro a una compania de seguros, para que podamos recibir el pago por tratarlo.

Para Tratamiento: Podemos utilizar su informacion medica para proporcionarle tratamiento o servicios medicos. Podemos divulgar su informacion medica a medicos, enfermeras, tecnicos, medicos estudiantes, o otra persona quienes participan en su cuidado en SPP o en el hospital. Por ejemplo, podemos divulgar informacion medica sobre usted a personas fuera de SPP que puedan estar involucradas en su atencion medica, como miembros de la familia o otras personas que forman parte de su cuidado.

Para Proceso De Cuidado De La Salud: Podemos utilizar y divulgar informacion medica sobre usted para operaciones de atencion medica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para que SPP garantice que todos nuestros pacientes reciban atencion de calidad. Tambien podemos divulgar informacion a medicos, enfermeras, tecnicos, estudiantes de medicina y otros miembros del personal de SPP para fines de revision y aprendizaje. Por ejemplo, podemos revisar su registro para mejorar nuestros esfuerzos para mejorar calidad.

Quién Seguira Este aviso: Este aviso describe las polizas y procedimientos de SPP y de cualquier profesional de la salud autorizado para ingresar informacion en su historial medico, cualquier miembro de un grupo de voluntarios que permitamos ayudarlo, asi como todos los empleados, personal y otro personal de SPP.

Poliza Con Respecto A La Protección De Informacion Personal: Creamos un registro de la atencion y los servicios que recibe en SPP. Necesitamos este registro para brindarle atencion de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su cuidado generados por SPP, ya sea por el personal de SPP o por su doctor personal. La ley nos exige que: nos aseguremos de que la informacion medica que lo identifica se mantenga privada; deberes y practicas de privacidad con respecto a la informacion medica sobre usted, y para seguir los terminos de la notificacion que esta actualmente en vigencia. Otras formas en que podemos usar o divulgar su informacion de salud protegida incluyen: recordatorios de aprobacion, como lo exige la ley; beneficios y servicios relacionados a individuos involucrados en su cuidado o pago para su cuidado; investigacion para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad, y para alternativas de tratamiento. Otros usos y divulgaciones de su informacion personal podrían incluir la divulgación para: medicos forenses, examinadores medicos y directores de funerarias, actividades de supervisión de salud; demandas y disputas, militares y veteranos, actividades nacionales de seguridad o inteligencia, donación de órganos y tejidos, riesgos para la salud pública; y la compensación de trabajo.

AVISO DE DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la informacion medica que mantenemos sobre usted:

Derecho A Un Aviso De Copia En Papel: Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento.

Derecho a Inspeccionar Y Copiar: Tiene derecho a inspeccionar y copiar la informacion medica que puede usarse para tomar decisiones sobre su atencion. Puede obtener un formulario de solicitud en la recepcion. Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas.

Derecho a modificar: Si considera que la informacion medica que tenemos sobre usted es incorrecta o esta incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la informacion. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la informacion sea conservada por SPP o para SPP. Para solicitar una enmendada, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al funcionario de privacidad y debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud. Puede obtener un formulario de solicitud en la recepcion. Podemos denegar su solicitud de una enmienda.

Derecho a solicitar la eliminacion de las comunicaciones de recaudacion de fondos: Usted tiene el derecho de no recibir comunicaciones de recaudacion de fondos de la practica. Derecho a restringir la divulgacion del plan de salud: Usted tiene derecho a divulgar la PHI a un plan de salud de la divulgacion para el pago de las operaciones de atencion medica y se relaciona con un articulo o servicio de atencion médica por el que pago de su bolsillo por completo.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos medicos de cierta manera o en un lugar determinado. Debe hacer su solicitud por escrito y debe especificar como o donde desea que lo contactemos. Puede obtener un formulario de solicitud en la recepcion.

Derecho a un informe de divulgaciones: Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones" Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de su informacion médica. Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito para que la contactemos. Puede obtener un formulario de solicitud en la recepcion.

Cambios a este aviso: Nos merecemos el derecho de cambiar este aviso. Una copia actual estara disponible en la recepcion.

Quejas: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante SPP o con la secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante SPP, comuniquese con LaShea Dalton, (256) 891-0300 460 Alabama Highway 75 North, Albertville, AL 35951. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Un formulario de queja esta disponible bajo peticion. Usted no sera penalizado por presentar una queja.

Otros usos de la informacion medica: Otros usos y divulgaciones de informacion medica no cubiertos por este aviso o leyes que se aplican al uso se realizarán solo con su autorización por escrito. Si usted nos autoriza a usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento.

