

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicamentos: _____

Alergias (medicamentos, alimentos, etc.): _____

¿Están las vacunas del niño al día? sí no

HISTORIA DE NACIMIENTO (sólo necesita completar si el niño es menor de 5 años)

Hospital donde nació el niño: _____

Peso de nacimiento: _____ Peso al alta: _____ vaginal cesárea

Edad gestacional (semanas de edad al nacer): _____ Razón por cesárea (si procede): _____

¿Vacuna contra Hepatitis B? sí no ¿Pasó prueba de audición? sí no

Salud de madre durante el embarazo: _____

Complicaciones con el bebé: _____

¿Unidad de cuidado intensivo neonatal? sí no _____

HISTORIA MEDICA PASADA

Hospitalizaciones: _____

Cirugías: _____

ADHD/ADD	<input type="checkbox"/>	Cancer (enumerar el tipo)	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/>	Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Eczema	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>	Infecciones de oído frec.	<input type="checkbox"/>	Enf. de célula falciforme	<input type="checkbox"/>
Bronquiolitis	<input type="checkbox"/>	Defecto del corazón	<input type="checkbox"/>	Inf. del tracto urinario	<input type="checkbox"/>

Otro: _____

HISTORIAL MÉDICO

HISTORIA FAMILIAR (nota F - padre, M - madre, S - hermano, GF - abuelo, GM - abuela)

ADHD/ADD _____	Depresión _____	Migrañas _____
Alergias _____	Diabetes _____	Convulsiones _____
Anemia _____ (no de hierro)	Ataque al corazón _____ (edad de incidencia)	Enf. de célula falciforme _____
Asma _____	Alta presión sanguínea _____	Rasgo de células falc. _____
Autismo _____	Colesterol alto _____	Embolia cerebral _____ (edad de incidencia)
Trastorno hemorrágico _____	Enfermedad renal _____	Muerte cardíaca repentina _____ (edad de incidencia)
Cáncer (enumerar el tipo) _____	Enfermedad mental _____	Enfermedad tiroidea _____
Otro: _____		

HISTORIA SOCIAL

Miembros del hogar: _____

¿Quién es el cuidador principal o tiene la custodia del niño?: _____

Custodia: Asiste escuela/preescolar

Asiste la guardería

Se queda en casa

Mascotas Sí No

Fumador Sí No
(incluso fuera de casa)

Comentarios: _____

¿COMO SE ENTERO DE COBB PEDIATRIC ASSOCIATES?

De un amigo (boca a boca) <input type="checkbox"/>	Google <input type="checkbox"/>
Compañía de seguros <input type="checkbox"/>	Otro doctor (OB/GYN) <input type="checkbox"/>
Facebook <input type="checkbox"/>	Otro _____

Formulario para el Registro de Pacientes

COBB PEDIATRIC ASSOCIATES, P.C.

Nombre del paciente: _____

<i>(Padres)</i>	<i>Madre/Padre 1</i>	<i>Padre/Padre 2</i>
Nombre completo		
Fecha de nacimiento		
Estado civil		
Señas o dirección		
Ciudad, Estado, Código postal		
Teléfono de su casa o principal		
Teléfono móvil		
Teléfono del trabajo		
E-mail		
Nombre del empleador o patrono		
Señas del empleador		
Ciudad, Estado, Código postal		
Familiar más cercano (nombre, su teléfono y su móvil)		

Información del niño

Información de la farmacia

Fecha de nacimiento		Nombre	
Género		Dirección	
Raza		Ciudad, Estado, Código postal	
Origen étnico		Teléfono	
Idioma preferente			
Nombres de todos los niños a quienes proveemos asistencia médica			

<i>SEGURO</i>	<i>Primario</i>	<i>Secundario</i>
Suscriptor principal		
Compañía		
Dirección Ciudad, Estado, Código postal		
Número de póliza		
Número de grupo		

****Por favor, déjenos saber quien lo refirió a nuestra oficina para dar las gracias.** _____

Yo, _____, he recibido una copia de la Práctica de Confidencialidad en Cobb Pediatric Associates, PC, la Política de Servicios Financieros, y la Política de Cancelación de Citas. **Entiendo que tengo el derecho de negarme a completar y firmar este formulario; sin embargo, al firmarlo, estoy obligado a pagar los servicios a Cobb Pediatric Associates, PC, en su totalidad, en el momento del servicio.**

*Firma: _____ Fecha: _____

(Garante)



Denise Nakos, MD • Beatrice Wilder, MD • Charles C. Richards, MD

Noureen Husain, MD • Kunal Mitra, MD

AUTORIZACION PARA TRATAR A MENORES

Yo, _____,
(escriba con letras mayúsculas su nombre, primer apellido y segundo apellido)

Padre/Madre legal o Guardián legal del niño _____,
(escriba con letras mayúsculas su nombre, primer apellido y segundo apellido)

doy mi autorización a la siguiente persona para que pida tratamiento médico para mi hijo/a.

(escriba con letras mayúsculas el nombre, primer apellido y segundo apellido del sustituto)

Certifico que el sustituto nombrado anteriormente que pide atención médica para mi hijo/a es un adulto de dieciocho (18) años.

Esta autorización estará en vigor hasta que anule por escrito este permiso.

Padre/ Madre o Guardián Legal

Fecha _____

Firma del Sustituto

Fecha _____



POLITICA DE SERVICIOS FINANCIEROS

En los últimos años, muchos cambios han ocurrido en la asistencia sanitaria, lo que ha hecho más difícil para nosotros recibir pago por los servicios prestados. Por lo tanto, a continuación hay una lista de las directrices que necesitamos imponer para continuar el proveer cuidados de alta calidad y hacer su visita tan agradable como sea posible. **POR FAVOR, LEA TODA LA INFORMACION Y FIRME LA ADMISION DE HABER LEIDO ESTA POLITICA EN LAS AREAS INDICADAS EN LA PAGINA SIGUIENTE.**

1. Cobraremos su copago, la cantidad deducible, los servicios no cubiertos o el porcentaje de su responsabilidad, en el momento de su visita. Se le cobrará un cargo de \$25.00 por servicios si no paga usted su copago en el momento del servicio.
2. Por favor, sea muy meticuloso cuando nos dé la información de su seguro si desea usted que nosotros hagamos las reclamaciones al seguro en su nombre. Siempre traiga la tarjeta actual del seguro y cualquier autorización necesaria que pueda necesitar. Usted será responsable de las cantidades pendientes de pago por falta de información.
3. Nosotros presentaremos sus reclamaciones al seguro. Es su responsabilidad asegurarse que recibamos los pagos puntualmente (dentro de 30 ó 45 días es lo habitual). Es conveniente mantener contacto frecuente con el seguro para asegurarse que paguen, como es debido.
4. Su compañía de seguros le enviará una Explicación de Beneficios (EOB) que explica lo que han pagado a nuestra oficina. Esto es un documento que debe usted conservar en sus archivos. Si usted no está de acuerdo con el pago, por favor, póngase en contacto con la compañía de seguros.
5. Durante una de sus visitas, el médico puede descubrir una condición médica o enfermedad que requiera diagnóstico, tratamiento o visitas sucesivas. El coste por esto estará cubierto por su seguro como si fuera una visita por enfermedad, que puede requerir que usted haga un copago, coaseguro, o cantidad deducible. La decisión de cualquier responsabilidad del paciente proviene de la compañía de seguros de acuerdo con los beneficios de su póliza.
6. Si su seguro niega el pago por cualquier razón, se le pedirá a usted que pague con cheque personal, dinero efectivo, giro postal, Visa, MasterCard, Discover o American Express. Si no paga usted a su debido tiempo, su cuenta pasará a ser coleccionada por nuestra agencia de cobros, Diversified Accounts Systems (Sistema de Cuentas Diversificadas) en Morrow, Georgia.
7. **PACIENTES QUE PAGAN DIRECTAMENTE:** Esta categoría incluye aquellas personas que no tienen seguro y los pacientes que tienen un plan de indemnización en el que se aseguran a si mismos. Para ayudar a los pacientes sin seguro, nuestra oficina les dará un 10% (diez por ciento) de descuento hacia el cargo de la visita al médico, excluyendo las cuotas de laboratorio, inyecciones, etc. Para tener derecho a este descuento, el pago

total debe hacerse en la fecha del servicio. Debido a los gastos de mantenimiento y facturación de su cuenta, no podemos aplicar este descuento una vez que se haya marchado de la oficina.

El pago por servicios médicos se espera antes de que se presten estos servicios. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, giros postales, Visa, Master Card, Discover y American Express. Si no puede usted pagar en su totalidad los servicios en esa fecha, debe usted hacer un plan de pagos antes de ver al proveedor de los servicios. Si no tiene usted un acuerdo previo con nuestra oficina, esperamos el pago completo por adelantado. Si el pago no es posible, podemos volver a planear otra visita.

8. Si su seguro está en otro estado (excepto el seguro PPO), debe usted pagar en el momento de la visita. La mayoría de los planes estatales pagan al paciente y no directamente a nosotros (aún cuando le digan a usted que lo hacen). El pago se colectará por adelantado en su totalidad y se le proporcionará toda la información necesaria para presentar la reclamación usted mismo.

9. Es su responsabilidad lo que su seguro vaya a pagar o no pagar. Tiene usted que informar al médico o asistente sanitario si su seguro pagaría por visitas rutinarias, visitas de bienestar, pruebas de laboratorio, inyecciones, etc. Nuestros proveedores harán todo lo posible para colaborar con los requisitos de su seguro; sin embargo, codificaremos su reclamación o reclamaciones de acuerdo con la diagnosis determinada por el proveedor.

10. Debido a la naturaleza de nuestra especialidad, tratamos de regular el tránsito de nuestros pacientes planeando las visitas. En caso de que no pudiera usted venir a su cita, debe usted llamar por teléfono a nuestra oficina dentro de 24 horas antes de la hora de su cita. Por favor, lea el folleto con la información detallada sobre este servicio.

PARA SU INFORMACION:

La política de nuestra clínica es presentar las reclamaciones por via electrónica a las compañías de seguros la mañana del primer día laboral siguiente a la fecha de nuestros servicios.

Recuerde que usted y/o su empleador pagan las primas mensuales de su póliza del seguro. Su compañía de seguros es responsable ante usted y no ante nuestra oficina. Por favor, no dude en ponerse en contacto con ellos, si no está de acuerdo con sus pagos o para averiguar el estado de nuestras reclamaciones.

Si tiene usted alguna pregunta acerca de nuestra política de servicios financieros, por favor, explíquenos sus preguntas antes de venir a vernos a la oficina. Puede usted llamar al (770)-941-7709, para hablar de nuestras normas financieras.

Firma del Padre/Madre o Guardián Legal

Fecha

Nota: Nuestra participación con su seguro no garantiza el pago de su factura.

Acuerdo de Comunicación con el Paciente

Yo (*escriba su nombre*) _____, comprendo que como parte de la atención médica de mi hijo/hijos nombrados a continuación

Cobb Pediatric Associates, PC necesitará, de vez en cuando, ponerse en contacto conmigo con el fin de recordarme una cita, darme los resultados de una prueba, aconsejarme de ciertas precauciones y medidas que necesite seguir, etc. Yo, por la presente, autorizo a *Cobb Pediatric Associates, PC* ponerse en contacto conmigo de las siguientes maneras:

(*Marque todo lo que aplique y provea números y señas de e-mail*)

___ Teléfono de su casa: _____ ¿Le dejamos correo de voz? ___ sí ___ no
___ Teléfono móvil: _____ ¿Le dejamos correo de voz? ___ sí ___ no
___ Teléfono del trabajo: _____ ¿Le dejamos correo de voz? ___ sí ___ no
___ Señas de E-mail: _____
___ Fax: _____

La condición de mi hijo y la información médica pueden discutirse con la siguiente persona o personas en mi nombre:

1. Nombre y parentesco _____
2. Nombre y parentesco _____
3. Nombre y parentesco _____

Comprendo que *Cobb Pediatric Associates, PC* usará la mínima información necesaria cuando comuniquen información indirectamente. Comprendo que tengo derecho a anular o cambiar este acuerdo en cualquier momento. Cualquier anulación o cambio no aplicará a las comunicaciones ya finalizadas. Comprendo que *Cobb Pediatric Associates, PC* no compartirá esta información con ninguna otra tercera o terceras personas en ningún momento.

Firma del Padre/Madre o Guardian legal

Fecha



Denise Nakos, MD • Beatrice Wilder, MD • Charles C. Richards, MD
Noureen Husain, MD • Kunal Mitra, MD

Estimado Padre/Tutor,

Cobb Pediatric Associates retiene el uso de Enfermeras Practicantes en nuestra oficina para los niveles de servicio que han sido aprobados por la Junta de Examinadores Médicos del Estado de Georgia.

Los reglamentos requieren que los servicios de atención médica prestados por una enfermera profesional estén dentro del alcance de la educación y experiencia profesional de la Enfermera Practicante.

Nuestra política es que si un padre/tutor elige, el paciente puede ver a una Enfermera Practicante por tres (3) visitas consecutivas. Después de estas visitas, se le pedirá al paciente que programe una cita con uno de los médicos. En esta visita, el proveedor médico revisará la tabla del paciente para asegurarse de que no haya otros problemas o inquietudes.

Firma del Padre/Tutor

Fecha