

Padres o Información del Guardián

Nombre: Madre/Guardián _____

Dirección: _____

Número de Celular: _____

Lugar de Trabajo: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Email: _____

Nombre: Padre/Guardián _____

Dirección: _____

Número de Celular: _____

Lugar de Trabajo: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Email: _____

Información del Seguro

¿Quién es el titular de la póliza de seguro? **Madre / Padre** (favor circule)

Número de Póliza de Seguro: _____

Información en caso de Emergencias

Persona a Contactar: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Información de quien lo refirió

¿A quién debemos agradecerle por su visita?

Nombre: _____



Responsabilidad Económica del Paciente y Divulgación Médica del Paciente

Yo, firmo a continuación, y entiendo que soy responsable por cualquier tipo de balance que no sea cubierto por mi seguro médico. Starfish Pediatrics guardará todas las reclamaciones de pago hechas a los seguros médicos, pero yo entiendo que soy responsable por todo balance no pagado por el seguro en un plazo de 120 días, desde la visita médica. En caso de fallo de su obligación con la oficina, se le enviará a la oficina de colección de deudas o a un abogado. Yo seré responsable de todos los cargos que se puedan crear, así tanto como los honorarios de abogados, de la oficina de colección de deudas, del buró de Créditos, y cualquier gasto legal. Yo, por todo lo dicho anteriormente autorizo a facilitar cualquier información que esté vinculada a la visita o a mi día de examinación. Yo entiendo y firmo como constancia a continuación.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente, si firma otra persona: _____



Información del Paciente

FECHA: _____

Nombre del Niño / Niña: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de los padres: _____

Nombre de los Hermanos: _____

MASCULINO _____ FEMENINO _____ Si son mellizos circule: **Mellizo A / Mellizo B**

Historia Médica Familiar

Circule todas las enfermedades que hayan tenido miembros de su familia: hermanos, padres, tíos, abuelos y primos. Favor especifique cuáles y la relación con su hijo / hija, al lado de la enfermedad.

Asma	Hipertensión	Anemia
Alergias	Colesterol Alto	Trastornos de Coagulación
Eczema (dermatitis atópica)	Ataques del corazón / Infartos	Reacción a las Anestias
Fibrosis Cística	Diabetes	Depresión / Ansiedad
Defectos de nacimiento	Problemas del Riñón	Abuso de Substancias
Convulsiones	Problemas del Hígado	Cáncer (especificar tipo)

ADHD	Anemia	Otro (especifique)

Historial de Nacimiento (circule las opciones que apliquen)

¿Recibió cuidados prenatales? **No** **Sí**

¿Su bebé nació entre las 37-42 semanas? Si fue prematuro, ¿cuán temprano fue? _____

¿El parto fue vaginal o fue cesárea? Si fue cesárea, ¿por qué fue necesaria? _____

¿La madre tuvo algún problema durante el embarazo? **No** **Sí**

Herpes, gonorrea, clamidia, sífilis, VIH, infección urinaria, otro _____

¿La madre salió positiva a la prueba del grupo B de estreptococo (GBS) durante este o un previo embarazo? **No** **Sí**

* En caso de que la respuesta sea Sí, ¿recibió algún tipo de antibióticos durante el parto? **No** **Sí** **No sé**

¿Cuál fue el peso de su bebé al nacer? _____ Libras. Tipo de sangre de la madre _____

¿El bebé tuvo algún problema en la unidad de recién nacidos antes de que le dieran de alta? **No** **Sí**

Ictericia, baja azúcar en sangre, problemas de alimentación, problemas respiratorios, soplo en el corazón, sospecha de infección, septicemia, neumonía, otros _____

Nombre del Hospital _____ ¿Qué tiempo estuvo en el hospital? _____

¿El bebé tuvo que ir al NICU o cuidados intensivos de recién nacidos? **No** **Sí**

¿El bebé tenía menos de 48 horas de nacido cuando le hicieron el chequeo de Enfermedades Metabólicas (fenilcetonuria) de recién nacidos (PKU)? **No** **Sí**

¿El bebé pasó la prueba de audición? **No** **Sí**



Información de los Dependientes

Hijo # 1

Nombre: _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Masculino / Femenino (favor circule)

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Doctor Primario de su hijo: _____

Idioma preferido (favor circule): Inglés / Español

Raza (favor circule): Indio Americano o Alaska / Blanco / Asiático / Negro o Afroamericano

Etnicidad (favor circule): Hispano o Latino / No Hispano o Latino

Hijo # 2

Nombre: _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Masculino / Femenino (favor circule)

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Doctor Primario de su hijo: _____

Idioma preferido (favor circule): Inglés / Español

Raza (favor circule): Indio Americano o Alaska / Blanco / Asiático / Negro o Afroamericano

Etnicidad (favor circule): Hispano o Latino / No Hispano o Latino

Hijo # 3

Nombre: _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Masculino / Femenino (favor circule)

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Doctor Primario de su hijo: _____

Idioma preferido (favor circule): Inglés / Español

Raza (favor circule): Indio Americano o Alaska / Blanco / Asiático / Negro o Afroamericano

Etnicidad (favor circule): Hispano o Latino / No Hispano o Latino

Hijo # 4

Nombre: _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Masculino / Femenino (favor circule)

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Doctor Primario de su hijo: _____

Idioma preferido (favor circule): Inglés / Español

Raza (favor circule): Indio Americano o Alaska / Blanco / Asiático / Negro o Afroamericano

Etnicidad (favor circule): Hispano o Latino / No Hispano o Latino



Evaluación del Riesgo de Plomo

(Marque todo el que aplique)

- ☐ La casa o guardería fue construida antes de 1970 ☐ antes de 1950 ☐ tiene pintura astillada o descascarada.
- ☐ El niño come churres, tierra o pintura descascarada.
- ☐ Amiguitos del niño, compañeros de aula o vecinos con altos niveles de plomo.
- ☐ El trabajo de los padres está expuesto al plomo o cualquier semejante.

Evaluación de Riesgo de TB

(Marque si su hijo ha tenido contacto cercano con adultos que...)

- ☐ Sin hogar o en refugios.
- ☐ Viven o trabajan en prisión.
- ☐ Viven o trabajan en asilos de ancianos.
- ☐ Tiene TB, VIH, SIDA, o abusan de drogas.
- ☐ Inmigrantes de América Central o Sur América, Haití, Rusia, Europa, India, o el Sureste de Asia.
- ☐ Es trabajador del Sistema de Salud (en caso de SÍ, ¿son chequeados regularmente? _____).
- ☐ Ninguno de los mencionados anteriormente.

Autorización de los Padres

Yo _____ como padre o guardián legal del paciente, doy permiso a la siguiente persona para que traiga a mi hijo a ser tratado y a que lo vacunen en la oficina Starfish Pediatrics.

Nombre Completo: _____

Nombre Completo: _____

Por este medio autorizo a Starfish Pediatrics para que traten a mi hijo.

Fecha: _____ **Firma del Padre o Guardián:** _____



Recibo de Aviso de Normas de Privacidad

RECONOCIMIENTO DE FORMA ESCRITA

Nombre del Niño: _____

Yo, _____, recibí toda la información de la oficina, así como los derechos y obligaciones. Favor escriba su nombre en letra de molde.

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DE LA PRÁCTICA — STARFISH PEDIATRICS

Firma del Paciente, Padre o Guardián: _____ Fecha: _____



Política Financiera

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible y estamos disponibles para discutir nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Su comprensión de nuestra POLÍTICA FINANCIERA es importante para nuestra relación profesional.

Por favor lea este documento y firme su aceptación.

RESPECTO AL SEGURO MÉDICO: Como cortesía, facturaremos a su compañía de seguros. Es su responsabilidad proporcionarnos la información completa de su seguro médico y estar familiarizados con los términos de su póliza. El contrato y los requisitos se discuten entre usted y su compañía de seguros directamente. También es su responsabilidad estar familiarizado con los términos de su póliza. Nosotros no nos involucramos en disputas entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable de los pagos a tiempo de su visita.

PAGO COMPLETO ES REQUERIDO EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA: Copagos son colectados previo a su visita y cualquier cantidad aparte será calculada y debe pagarse a su salida de la consulta.

ACEPTAMOS EFECTIVO, VISA, MASTERCARD Y TARJETAS DE DÉBITO.

POLÍTICA DE FACTURACIÓN: Los estados de cuenta son enviados a la residencia primaria de los niños. Si tiene una emergencia o un problema con el pago, llame a nuestro departamento de facturación para analizar arreglos de pagos. Hay un cargo de \$30 por pago atrasado y nos reservamos el derecho de cargo de interés adicional.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: La persona que traiga al paciente será responsable de pagar a la hora de la consulta. No nos involucramos en acuerdos de divorcio.

MENORES QUE SE VEN EN NUESTRA OFICINA: Un adulto debe acompañar a los pacientes menores. Si sus niños tienen licencia de conducir y usted desea que le vean sin estar usted presente, por favor contacte a la oficina antes de llegar para previa aprobación. El pago aún debe realizarse en el momento del servicio.

CITAS PERDIDAS: Una tarifa por no presentarse de \$50 será aplicada para todas las citas perdidas y que no se cancelen con 24 horas de antelación. Tratamos de recordarle al paciente su tiempo y día de cita a través de notificaciones, pero aun si no podemos comunicarnos con usted, igual es su responsabilidad asistir a su cita.

CARGOS ATRASADOS: Si usted falla en pagar debidamente y a tiempo, su cuenta puede ser enviada a una agencia de colección de deudas. Usted será responsable de cualquier balance y cualquier costo de colección hasta un 50% del balance debido. Si es necesario enviar su cuenta a la agencia de colección de deudas, su niño / niña y hermanos serán dados de baja automáticamente de la oficina.

He leído toda la información y estoy de acuerdo con lo antes establecido. _____ **FECHA** _____

He recibido una copia de la Política de Privacidad de Starfish Pediatrics. _____ **FECHA** _____

Nombres de todos sus hijos: _____



Inmunizaciones / Vacunas

Queremos asegurarnos de que todos nuestros pacientes y familias estén lo más sanos posible y creemos firmemente que las vacunas juegan un papel fundamental en la salud de su hijo. Las investigaciones científicas han demostrado claramente que las vacunas son seguras y eficaces. No vacunar a un niño no solo lo pone en riesgo a él mismo, sino también a todos aquellos con quienes entra en contacto. Esto incluye a otros niños que son demasiado pequeños para ser vacunados o que no pueden ser vacunados debido a enfermedades graves.

Nuestra política es vacunar a los bebés, niños y adolescentes de acuerdo con el programa de vacunación recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y el Estado de Florida. Todos los pacientes del consultorio DEBEN recibir todas las dosis recomendadas de vacunas.

Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta, duda o inquietud sobre las vacunas. Si usted, como padre, no cree que las vacunas sean algo que desea para su hijo, lamentablemente le pediríamos amablemente que busque un consultorio pediátrico diferente que se adapte mejor a su filosofía.

Starfish Pediatrics — Cronograma de Vacunas desde 2024

INMUNIZACIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	2 AÑOS	4 AÑOS	11 AÑOS	12-18 AÑOS
Hepatitis B (Hep B)	#1	#2		#3								
Difteria, Tétanos, Tos ferina (DTaP)		#1	#2	#3				#4				
Haemophilus Influenzae (Hib)		#1	#2	#3		#4						
Polio Inactivada (IPV)		#1	#2	#3						#5		
Neumococo (PCV)		#1	#2	#3		#4						
Rotavirus (Rota)		#1	#2	#3								
Hepatitis A (Hep A)						#1		#2				
Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR)						#1				#2		
Varicela (VZV)						#1				#2		
Tétanos, Difteria, Tos ferina (TDaP)											#1	
Meningitis Meningocócica (Men A)											#1	#2 (16 años)
Meningitis B (Men B)												#1 (2 dosis, 16 años)

Acepto Inmunizaciones _____ Modificar Cronograma _____ Declino Inmunizaciones _____

FIRMA: _____ FECHA: _____



Permiso de Tratamiento

Consentimiento de Tratamiento

Yo reconozco que necesito de los servicios médicos de la oficina. Doy mi consentimiento para recibir atención en la oficina Starfish Pediatrics por parte de sus médicos y asistentes. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que el tratamiento y/o la medicación prescrita pueden implicar riesgos y efectos secundarios. Entiendo que será informado sobre la disponibilidad de modos alternativos de tratamiento o procedimientos y sus beneficios y riesgos, incluido ningún tipo de tratamiento, excepto en emergencias.

Uso de Información Médica

Entiendo que, de conformidad con las leyes federales y de Florida, Starfish Pediatrics compartirá toda la información médica según sea necesario para la continuación de la atención y con cualquier otra institución o persona según lo permita la ley. Como ejemplo, entiendo que Starfish Pediatrics no tiene un laboratorio interno y utiliza un laboratorio médico externo, y mi trabajo de laboratorio y mi información personal se comparten para realizar las pruebas que desee. Su privacidad y confidencialidad de la información de salud personal es importante en Starfish Pediatrics. Existen políticas establecidas para garantizar que su información personal de salud esté disponible solo para personas autorizadas que necesitan acceso a esta información para brindar atención médica. Ninguna información del paciente sale de esta oficina ya sea electrónicamente, por fax o registro en papel sin la autorización específica del paciente.

No realizamos exámenes físicos escolares o deportivos hasta la segunda consulta, una vez que el paciente ya está registrado en el sistema y se ha actualizado todo su historial médico.

He leído y entiendo a mi entera satisfacción, este documento completo que consiste en el consentimiento para el tratamiento del uso de mi información médica, personal y financiera. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas. También autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria de cualquier tipo a Starfish Pediatrics.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Escriba su nombre en letra de molde, por favor indique su relación con el paciente (si no es el paciente):

