



**Ormond Pediatrics**

Dr. Lozano, Dr. D'Souza, Dr. Luke, Jennifer Sibley ARNP

Para pacientes nuevos, gracias por elegir Ormond Pediatrics. ¡Estamos emocionados de cuidar a su hijo o hijos! Adjunto, multará un nuevo paquete de paciente y un formulario de liberación de registros. Requerimos que todos los registros estén en nuestra oficina para que se programen las visitas de mantenimiento o las renovaciones de recetas. No queremos duplicar las vacunas. Nos gusta repasar el historial de salud, las tablas de crecimiento y cualquier problema crónico que puedan tener sus hijos. Queremos asegurarnos de que todos los pacientes que se inscriben en Ormond Pediatrics sepan que somos un consultorio profesional de vacunas. Nuestros médicos utilizan las recomendaciones de los CDC y la Academia Estadounidense de Pediatría. Por esta razón, no podemos aceptar pacientes que elijan no vacunar. Si tiene alguna pregunta, por favor, contacte con nuestra oficina. Esperamos poder cuidar de su hijo / hijos. Gracias nuevamente por elegir Ormond Pediatrics.

# ORMOND PEDIATRICS

## Registro del paciente

### Información del paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hombre /Mujer  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hombre /Mujer  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hombre /Mujer  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hombre /Mujer  
Raza \_\_\_\_\_ Etnicidad \_\_\_\_\_ Idioma preferido \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Forma de contacto preferida (encierra en un círculo) Casa,  
Celular, Texto, Correo Electrónico

### Información para padres / tutores:

Relación (un círculo) Madre / Padre / Padrastro / Abuelo / Guardián  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Seguridad Social: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Dirección si es diferente a la anterior: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Relación (un círculo) Madre / Padre / Padrastro / Abuelo / Guardián  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Seguridad Social: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Dirección si es diferente a la anterior: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Información del seguro:

Seguro primario: \_\_\_\_\_ Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de  
nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Identificación de miembro: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_  
Nombre del adulto (mayor de 18 años de edad) autorizado para llevar al paciente a las citas  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Farmacia

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Me doy cuenta de que soy responsable de pagar los servicios y procedimientos no cubiertos. Por este medio, autorizo la  
divulgación de información médica pertinente a las compañías de seguros.

Firma \_\_\_\_\_ Nombre impreso \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\*\* POR FAVOR CONTINÚE A LA SIGUIENTE PÁGINA \*\*

**HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL**

¿Hay alguien en la familia (padres e hijos, abuelos, tías, tíos, primos) con enfermedades importantes (por ejemplo, cáncer, diabetes, enfermedad cardíaca, etc.)?

Problemas de salud conocidos      Madre   Padre   Hermanos   Abuela   Abuelo   Tía   Tío   Cousins

- Abuso de alcohol y / o drogas
- Alergias
- Asma
- Cáncer
- Depresión
- Diabetes
- Enfermedad del corazón
- Alta presión sanguínea
- Colesterol alto
- Enfermedad mental
- Ataque al corazón
- Otro

---

¿Alguien en el hogar fuma, consume alcohol o usa otras drogas? de ser así, enumere a un miembro de la familia a continuación.

---

---

---

¿Alguna vez el paciente ha sido hospitalizado o ha tenido alguna cirugía? de ser así, enumere la razón y las fechas a continuación.

---

---

---



# Ormond Pediatrics

Dr. Lozano, Dr. D'souza, Dr. Khorsandian, Jennifer Sibley ARNP

## Formulario de consentimiento del paciente de conformidad con HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted se asegura de que, mediante su firma, haya revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

El término del aviso puede cambiar, si es así, usted será notificado en su próxima visita para actualizar su firma / fecha.

Tiene derecho a restringir la forma en que se utiliza y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de responsabilidad y portabilidad de seguros de salud de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta el uso y la divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permitido por la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos telefonar, enviar un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar la cita? **SI/NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? **SI/NO**

¿Podemos discutir su condición médica con algún miembro de su familia? **SI/NO**

Si es así, por favor nombre a los miembros permitidos \_\_\_\_\_

Este consentimiento fue firmado por: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE IMPRIMIR POR FAVOR)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor coloque sus iniciales y firme las políticas de seguir la oficina**

Por favor llegue 10 minutos antes de la hora de su cita. Esto permitirá que nuestra oficina central arregle el seguro / o actualice su tabla.

Nuestra política de la oficina es que cualquier paciente que llegue 15 minutos después de su cita puede necesitar una reprogramación. Iniciales aquí \_\_\_\_\_

Si no puede programar su cita, llame a nuestra oficina para que podamos atender a otro paciente que necesite una cita.

Somos una oficina **PRO VACUNA**. Si elige no vacunar, busque un nuevo pediatra.

Iniciales aquí \_\_\_\_\_

La definición de una cita **NO PRESENTARÁN** es cualquier cita programada en la que el paciente:

- No llega a la cita según lo programado.
- Llega más de 15 minutos tarde y, por consiguiente, no se puede ver.
- \*\* Tenga en cuenta que tres (3) citas **NO PRESENTARÁN** le darán de baja de la práctica.

Iniciales aquí \_\_\_\_\_

El despido del paciente queda a discreción del proveedor médico. Si lo retiran de la práctica, se cancelarán todas las citas restantes.

Como cortesía, cuando el tiempo lo permite, hacemos recordatorios de citas. Si no recibe una llamada o un mensaje de recordatorio, la política anterior permanecerá en vigencia. Es su responsabilidad asegurarse de que tengamos su número de teléfono actual.

Iniciales aquí \_\_\_\_\_

El uso del teléfono celular en las habitaciones de los pacientes está estrictamente prohibido. El doctor requiere tu atención completa.

Tenga en cuenta que el video y la fotografía en las habitaciones de los pacientes están prohibidos. Iniciales aquí \_\_\_\_\_

He leído y entiendo las políticas descritas anteriormente y estoy de acuerdo con sus términos

\_\_\_\_\_  
Firma (paciente / tutor legal)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha