



Pediatric Orthopedics of Southwest Florida

Historial Medico

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Es su hijo un nuevo paciente? Si No....es esto un problema nuevo? No Si

Razon de la Visita: _____

Historial Medico del Paciente: Ninguno Si...Por favor escriba cualquier enfermedad/lesiones anteriores o presentes: _____

Cirugias o Hospitalizaciones Anteriores: Ninguna Si...Por favor escriba los procedimientos y sus fechas respectivas: _____

Medicamentos Actuales: Ninguno Si...Por favor escriba los nombres: _____

Nombre de su Farmacia: _____ Telefono: _____

Alergias a Medicamentos, Comidas, Latex, etc.: No Si...Cuales? : _____

Historial Medico Familiar (edad y condicion de salud actual) Padres: _____

Hermanos: _____

Repaso de Sistemas (Por favor indique si su hijo tiene un problema de salud en alguna de estas areas)

No	Si	Sistema	Circule condiciones (si aplican) o Escriba otras condiciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos	(Glaucoma, espejuelos) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oidos/Nariz/Garganta	(Sordo, otitis, sinusitis) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corazon	(Murmulo, defecto de valvula) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	(Asthma, bronquitis, tuberculosis) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	(Hepatitis, colitis) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rinones/Vejiga	(Reflujo, incontinencia, infeccion) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Musculos/Huesos	(Fracturas, problemas de articulacion) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel	(Erupciones, eczema, marcas de nacimiento inusuales) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologico	(Convulsiones, dolor de cabeza, retraso, paralisis cerebral) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psicologico	(ADHD, depresion, ansiedad) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endocrino	(Diabetes, enfermedad de tiroides, obesidad) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematologico	(Anemia, drepanocitos, leukemia, linfoma) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecioso/Inflamatorio	(VIH, infecciones recurrentes) _____

Historial Medico de Nacimiento:

Nacio a tiempo? Si No...con cuantas semanas de gestacion nacio el paciente? _____ semanas

Cual fue el peso al nacer? _____ Libras _____ Onzas

Nacio por cesarea? No Si... porque? _____

El bebe se presento en posicion de pies primero? No Si

Hubo alguna complicacion con el embarazo/parto? No Si... cual/porque? _____

Historial de Desarrollo:

Edad cuando primero: Se sento solo/a _____

Gateo _____

Camino _____

Hablo _____

(Hembras) Edad de primera menstruacion: _____

En que grado esta el paciente? _____

Con que mano escribe? Derecha Izquierda

Juega algun deporte? No Si... cuales? _____

Mas reciente **estatura** [_____ pies _____ pulgadas] y **peso** [_____] libras

Su hijo fuma? No Si

Pediatric Orthopedics of Southwest Florida

Política Financiera

Gracias por elegir Pediatric Orthopedics of Southwest Florida como su proveedor de servicios de salud. Estamos comprometidos en brindar el mejor tratamiento ortopédico posible. La siguiente información es una declaración de nuestra política financiera, la cual requerimos que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento.

Planes de Seguros Participantes

Participamos en muchos planes de seguros, sin embargo si no aceptamos su plan de seguro debe rendir el pago en su totalidad al momento del servicio. Es su responsabilidad confirmar con su seguro si nuestros doctores están en su lista de proveedores. Por favor recuerde que una Póliza de Seguros es un contrato entre usted y la compañía de seguros. Nosotros no somos parte de ese contrato.

La siguiente información es requerida:

Tarjeta(s) de Seguro y Licencia de Conducir Vigentes o cualquier otra forma de identificación provista por el gobierno con su foto. Nosotros nos reservamos el derecho a negar reclamaciones de seguros fuera del estado. Si usted lo requiere, nosotros podemos darle una copia detallada del recibo con el cual usted puede llenar su reclamación.

Si su plan de seguro sufre cambios, es su responsabilidad de actualizar esa información con nuestra oficina, si no lo hace resultara en que el balance del reclamo se convertirán en su responsabilidad. También es su responsabilidad de actualizar cualquier cambio a su dirección postal o a su número de teléfono.

Planes de Seguro no Participantes

Pacientes asegurados por compañías no participantes son considerados auto-pago. El pago para los servicios debe ser pagado por completo al momento del servicio. Si usted lo solicita, podemos proveerle un detallado historial de la visita(s) de su hijo para que pueda someter la información a su proveedor de seguro. Como una cortesía, someteremos el reclamo a la compañía de seguro como un reclamo no-asignado. Si su proveedor decide pagarnos por este reclamo no-asignado el paciente recibirá un reembolso. Nuestro consultorio remite los cheques de reembolso una vez por mes. Si a usted se le debe un reembolso será enviada por correo en ese entonces.

Hay un cargo de \$5.00 para completar todo formulario para reclamos a seguros accidentales- incluyendo pero no limitado a Aflac y Colonial Penn.

Referidos y Autorizaciones

Si su seguro le ha designado un doctor primario, se requiere una previa autorización de dicho doctor antes de su visita. Si no nos provee esa autorización, se le pedirá reprogramar la cita o pagar por la totalidad de la misma al momento del servicio. Como cortesía, nosotros le ayudaremos a obtener autorización para subsecuentes visitas. Es muy importante que usted nos mantenga informados, al igual que a sus Proveedores Primarios de Salud, acerca de cualquier cambio en su información de seguro. Esto es su responsabilidad.

Responsabilidad Financiera

Uno de los padres o el custodio legal, con su identificación con foto, debe acompañar al paciente(s) menor de edad a la primera visita. Este adulto acompañante es responsable por todo el pago de

la(s) cuenta(s). Si alguien diferente a uno de los padres o al custodio legal seguirá trayendo al paciente a las citas subsecuentes, debemos tener un consentimiento por escrito firmado por el padre o custodio legal del paciente para el tratamiento en el formulario demográfico. Y este debe venir preparado para pagar cualquier co-pago o balance en la cuenta.

Padres Divorciados del Paciente

Al firmar este acuerdo, el adulto que firme los documentos para un paciente menor de edad a nuestro consultorio, acepta toda responsabilidad financiera. Esta oficina no se comunica, no envía estados de cuenta, archivos médicos, o da el estado del tratamiento al otro padre o custodio legal. Esa es su responsabilidad.

Pagos

El pago se espera al momento del servicio. Nosotros aceptamos Visa, MasterCard, Discover and CareCredit.

Los pagos y créditos serán aplicados a los cargos más antiguos primero, excepto para los pagos del seguro.

Cheques sin fondos: una penalidad de \$35.00 será impuesta por cheques devueltos y deben ser pagados por otro medio de pago.

Paros de Pagos: cheques parados constituyen una rotura del contrato y una penalidad de \$30.00 será impuesta y será sometido a la Oficina del Abogado del Estado.

También utilizaremos nuestro derecho de terminar la relación con nuestra oficina.

Co-Pagos

Cargos de co-pagos y co-seguros deben hacerse al momento del servicio. Si no se pagan estos cargos, puede resultar en tener que reprogramar su cita. Cargos no pagados por 60 días o más, sin arreglos previos pueden resultar en ser despedidos de nuestro consultorio. Empezando Septiembre 1, 2005 habrá una penalidad por los tramites de no pagar de \$7.00 aplicados a la cuenta por pagos no hecho al tiempo de servicio.

Cuentas de Auto-pago

Se espera que los pacientes de auto-pago paguen la totalidad de los servicios al momento del servicio, a menos que haya un arreglo financiero previo con nuestra oficina de finanzas. Los estados de cuenta serán enviados por correo mensualmente, y es debido al tiempo de recibo.

Equipo Médico Duradero

El pago por equipo médico duradero y costos de suministros (protectores de yesos, yesos impermeables, cabestrillo, zapatos ortopédicos, etc.) se deben hacer al momento del servicio. Las compañías de seguros no nos reembolsan por estos productos.

Arreglos para Pagos Extendidos

Para cargos superiores a \$300.00 requerimos un depósito del 50% del total de los cargos al tiempo de servicio. El balance restante debe ser pagado en los siguientes 90 días en pagos mensuales iguales y dichos pagos se deben hacer el primer día de cada mes. Pediatric Orthopedics of Southwest Florida se reserva el derecho de adicionar cargos por servicios o intereses por cualquier pago extendido. Pacientes que fallen en hacer el pago mensual serán enviados a Oficinas de Cobros y pueden ser suspendidos del consultorio. Si su cuenta ha sido enviada a Oficinas de Cobro una penalidad de 30% será adicionado a su balance para cubrir el costo del servicio. Alternativas en las formas de pago pueden ser acordadas con nuestro departamento de finanzas anterior al tratamiento.

Reembolsos al Paciente

Los siguientes criterios deben conocerse antes de que Pediatric Orthopedics of Southwest Florida emita un reembolso a un paciente: (1) Que no hayan reclamos al seguro pendientes en la cuenta(s) del paciente. (2) Que no hayan balances pendientes en la cuenta(s) del paciente. La cuenta debe tener un balance de \$0.00.

Archivos Médicos

Los cargos para los archivos médicos son de \$1.00 por página, las primera 25 páginas y \$0.25 centavos por cada página posterior con un cargo mínimo de \$5.00. Por favor permita entre 2-3 días para obtener formularios de escuela, 1-2 días para re-entrega de recetas médicas y 4-7 días para cualquier otra solicitud.

Rayos X/ Radiografías

Hay cargos por las copias de Rayos X. Discos compactos con las imagines son a \$10.00 cada uno.

Citas Faltada

Una penalidad de \$20.00 será impuesta por citas faltada. Esto incluye no llegar a su cita.

Cambios de Citas y Cancelaciones

Reprogramaciones o cancelaciones de citas deben ser hechas con 24 horas de anticipación sino una penalidad de \$20.00 será impuesta.

Como un consultorio ortopédico, nosotros permanecemos en servicio con los hospitales cualquier día.

Esto requiere que atendamos citas de emergencias a cualquier día u hora.

Esto puede retrasar nuestro servicio de oficina y el tiempo de espera puede extenderse.

Nosotros trataremos de mantenerlo informado de los tiempos de espera al momento de su registro.

Autorización de Pagos

Yo autorizo la publicación de cualquier información médica necesaria para procesar los reclamos de seguro y la publicación de la información de vuelta a mi doctor primario. Yo también autorizo el pago de los beneficios médicos a **PEDIATRIC ORTHOPEDICS OF SOUTHWEST FLORIDA** por los servicios prestados. En tal caso que mi seguro médico no pague por servicios prestados, yo estoy de acuerdo en pagarle a **PEDIATRIC ORTHOPEDICS OF SOUTHWEST FLORIDA** por estos servicios como anteriormente expuestos en este acuerdo.

Imprima su Nombre y Apellido (Padre/ Custodio Legal)

Firma: _____ Fecha: _____

The purpose of Meaningful Use is to improve patient care by providing practitioners with access to accurate and complete information about their patients. For the patient, this means improved care and greater to make informed decisions about their health care.

Please complete the following information regarding the patient and return it to Check-In

Quién tiene la custodia legal del paciente? Madre _____ Padre _____ Orto Partentesco? _____

Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono Celular: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección de casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono Celular: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección de casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Correo electrónico: _____

Alguien más está autorizado para traer al paciente a rebicir tratamiento medico?

Usted desea tener acceso a su información médica pro medio del portal al paciente en nuestra página web? Si _____ No _____ Correo electrónico: _____



Pediatric Orthopedics of SWFL

RECONOCIMIENTO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

FORMA DE RECONOCIMIENTO

Yo he recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad y he tenido la oportunidad de revisario.

Nombre del hijo _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del padre/Custodio Legal X _____

Fecha _____