



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	(Murmullo, 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: _____



Pediatric Orthopedics of Southwest Florida

Por favor, complete la siguiente información sobre el paciente y devuélvala al registro.

Nombre del garante: _____

Fecha de nacimiento del garante: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, provincia y código postal: _____

Número de teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Correo electrónico: _____

Seguridad Social# _____

¿Quién posee la custodia legal de este paciente?

___ el mismo que el garante (si es diferente, complete a continuación)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Número de contacto: _____

Autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI)

Este formulario se emplea para autorizar a Pediatric Orthopedics of Southwest Florida a divulgar información médica protegida a las personas designadas a continuación. Asimismo, esto permitirá que dichas personas acompañen a su hijo a las citas de seguimiento.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Número de contacto: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Número de contacto: _____

Reconocimiento de prácticas de privacidad

Reconozco haber recibido la notificación sobre las prácticas de privacidad y se me ha brindado la oportunidad de revisarla.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento del niño: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____



Aviso sobre prácticas de privacidad

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, le solicitamos que se comunique con nuestro Oficial de Privacidad*. Este aviso de prácticas de privacidad detalla cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, así como para otros fines permitidos y requeridos por la ley. También expone sus derechos de acceso y control sobre su información médica protegida. La información médica protegida se refiere a datos sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que está relacionada con su salud o condición física o mental, ya sea pasada, presente o futura, así como los servicios de atención médica asociados.

Estamos obligados a adherirnos a los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. Podemos modificar los términos de nuestro aviso en cualquier momento. El nuevo aviso será efectivo para toda la información médica protegida que poseamos en ese momento. Le proporcionaremos cualquier Aviso de prácticas de privacidad actualizado en nuestro sitio web, le enviaremos una copia revisada por correo o le entregaremos una copia en nuestra próxima cita.

Usos y divulgaciones de información médica confidencial

Su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, el personal de nuestra consulta y otras personas ajenas a nuestra consulta que participen en su atención y tratamiento con el propósito de proporcionarle servicios de atención médica. Además, su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada para el pago de sus facturas de atención médica y para apoyar el funcionamiento del consultorio del médico.

Tratamiento: Utilizaremos y compartiremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o gestionar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Asimismo, es posible que divulguemos su información médica protegida ocasionalmente a otro médico o proveedor de atención médica que, a solicitud de su médico, participe en su atención, asistiendo a su médico en el diagnóstico o tratamiento de su atención médica.

Pago: Su información médica confidencial se utilizará, según sea necesario, para gestionar el pago de sus servicios de atención médica.

Operaciones de atención médica: Podemos utilizar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida para respaldar las actividades comerciales del consultorio de su médico. Compartiremos su información médica protegida con "socios comerciales" externos que llevan a cabo diversas actividades (por ejemplo, facturación, servicios de transcripción) para el consultorio.

Sus derechos.

Tiene derecho a examinar y copiar su información médica protegida. Esto implica que puede revisar y obtener una copia de su información médica protegida que se encuentra en un conjunto de registros designados durante el tiempo que conservemos dicha información médica protegida. Un "conjunto de registros designados" incluye registros médicos y de facturación, así como cualquier otro documento que su médico y el consultorio utilicen para tomar decisiones sobre su atención.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción sobre su información médica protegida. Asimismo, puede pedir que no se comparta ninguna parte de su información médica protegida con familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación, tal como se detalla en este Aviso de prácticas de privacidad. Su médico no está obligado a aceptar la restricción que usted solicite. Si su médico considera que lo más adecuado es permitir el uso y la divulgación de su información médica protegida, esta no será restringida.

Tiene el derecho de solicitar recibir nuestras comunicaciones confidenciales a través de medios alternativos o en una ubicación diferente.

Es posible que tenga derecho a que su médico modifique su información médica protegida. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud de modificación. Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo, y podemos elaborar una refutación de su declaración, proporcionándole una copia de dicha refutación.

Usted tiene derecho a recibir un informe sobre ciertas divulgaciones que hayamos realizado, si las hubiera, de su información médica protegida.

Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso.

Preguntas o preocupaciones sobre nuestras políticas de privacidad

Puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad al 239-432-5100 para obtener información adicional sobre el proceso de queja. El Estatuto Federal prohíbe a todos los proveedores de atención médica tomar represalias en su contra si presenta una queja relacionada con prácticas de privacidad.

15821 Hollyfern Court
Fort Myers, FL 33908

3361 Pine Ridge Road
Ste #202
Naples, FL 34109

Phone 239-432-5100 • Fax 239-432-5135 • www.PedsOrtho.net