



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

Poliza Financiera

Gracias por elegir a **Pediatric Orthopedics of Southwest Florida** como su proveedor de atención médica.

Estamos comprometidos a brindar el mejor tratamiento ortopédico pediátrico posible. La siguiente es una declaración de nuestra Política Financiera, que le pedimos que lea y firme antes del tratamiento.

Planes de seguro participantes

Participamos en muchos planes de seguro, sin embargo, si su plan de seguro no es aceptado por esta oficina, se espera el pago total al momento del servicio. Es su responsabilidad confirmar con su compañía de seguro si nuestros médicos son proveedores dentro de la red. Recuerde que una póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte en ese contrato.

Se requiere la siguiente información:

TARJETA(S) DE SEGURO y una LICENCIA DE CONDUCIR VÁLIDA u otra forma de identificación con foto emitida por el gobierno.

Nos reservamos el derecho de negar a presentar reclamos a seguros de fuera del estado. Si lo solicita, podemos proporcionarle una copia del recibo detallado, para que pueda presentar su propio reclamo.

Si su plan de seguro cambia, es su responsabilidad actualizar esa información con nuestra oficina, si no lo hace, el saldo del reclamo pasará a ser su responsabilidad. También es su responsabilidad actualizar el cambio de dirección y número de teléfono.

Planes de seguro no participantes

Los pacientes que están asegurados por una poliza que no participa con nuestra práctica, se consideran responsables de pago por cuenta propia.

Y se espera el pago completo, al momento del servicio. Si lo solicita, podemos proporcionarle un historial detallado de la(s) visita(s) de su hijo para que pueda enviarlo a su proveedor de seguros. Como cortesía, la compañía de seguros será facturada, por nosotros, como un reclamo no asignado. Si el seguro decide pagar por un reclamo no asignado, el paciente recibirá un reembolso.

La práctica procesa los cheques de reembolso una vez al mes. Si se le debe un reembolso será enviado en la fecha designada.

Hay una tarifa de \$5.00 para completar todos los formularios de reclamo por accidente, incluidos, entre otros, Aflac y Colonial Penn.

Referencias y Autorizaciones

Si su seguro ha designado un médico de atención primaria (PCP), debe tener autorización previa de su PCP antes de su visita al consultorio.

Si no se proporciona autorización, se le pedirá que re programe su cita o pague la visita, en su totalidad, al momento del servicio.

Como cortesía, le ayudaremos a obtener autorización para visitas posteriores.

Es imperativo que mantenga a nuestra oficina, así como a su proveedor de atención primaria, actualizados sobre cualquier cambio en la información del seguro médico.

Esta es su responsabilidad.

Responsabilidad financiera

Un padre o tutor legal con una identificación con fotografía válida debe acompañar a los pacientes menores de edad en la primera visita del paciente. Este adulto acompañante es responsable de todos los pagos de la cuenta. Si alguien que no sea el padre o tutor legal llevará al paciente a citas posteriores, debe figurar en el formulario demográfico del paciente.

Y deben estar preparados para pagar cualquier copago o saldo restante del responsable legal.

Padres divorciados de pacientes

Al firmar este acuerdo, el adulto que inscribe a un menor en nuestra práctica acepta toda la responsabilidad financiera. Esta oficina no comunica, envía declaraciones, registros médicos ni proporciona ningún estado de tratamiento al otro padre o tutor legal. Esa es su responsabilidad.

Pagos

Se espera el pago al momento del servicio. Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y Care Credit.

Los pagos y créditos se aplican sobre el cargo más antiguo primero, excepto el pago del seguro médico.

Cheques sin fondos Se aplicará un cargo de \$35.00 por cheques devueltos y deberá pagarse mediante otra forma de pago.

Los cheques de suspensión de pago constituyen un incumplimiento de contrato y se emitirá una tarifa de \$30.00 y se entregará a la Oficina del Fiscal del Estado.

También utilizaremos nuestro derecho a terminar la relación desde nuestra oficina.

Copagos

Los copagos y cargos de coseguro deben pagarse al momento del servicio. La falta de pago de estos cargos resultará en una posible reprogramación de su cita.

Cuentas responsables de pago

Se espera que los pacientes que pagan por cuenta propia paguen la totalidad de sus cargos en el momento de la visita; Las excepciones requieren acuerdos financieros previos con nuestra oficina de facturación. Los estados de cuenta de los saldos del guardian legal se enviarán por correo mensualmente y deberán pagarse al recibirlos.

Equipo médico duradero

Los cargos por equipos y suministros médicos duraderos (cobertura de yeso, yeso a prueba de agua, cabestrillo, zapatos de yeso, etc.) se deben pagar al momento del servicio. Las compañías de seguros no reembolsan a nuestra práctica por estos productos.

Acuerdos de pago extendidos

Para cargos superiores a \$300.00 requerimos un depósito de un mínimo del 50% del total de los cargos al momento del servicio. El saldo restante se pagará durante los próximos 90 días, en pagos mensuales iguales, antes del primero de cada mes. Pediatric Orthopedics of Southwest Florida se reserva el derecho de agregar un cargo por servicio o una tarifa de interés a cualquier pago extendido.

Los pacientes que no realicen un pago mensual serán enviados a una agencia de cobranza que incluirá la terminación de los servicios. Todas las cuentas que se entregan a cobranzas conllevan una tarifa del 30 % que se agregará a su saldo para cubrir el costo del servicio. Se deben acordar cronogramas de pago alternativos, por adelantado, con el Departamento de Facturación antes del tratamiento.

Reembolsos de pacientes

Requisitos previos para reembolsos a pacientes: (1) No haber reclamos de seguro pendientes en la(s) cuenta(s). (2) No hay saldos pendientes en la(s) cuenta(s). La(s) cuenta(s) muestran un saldo de 0.00.

Registros médicos

El cargo por registros médicos es de \$1.00 por página, por las primeras 25 páginas y 0.25 centavos en adelante, con un cargo mínimo de \$5.00.

Espere de 2 a 3 días para obtener los formularios escolares, de 1 a 2 días para renovación de recetas medicas y de 4 a 7 días para otras solicitudes.

Radiografías

Las copias de radiografías tienen un costo. Los CD que contienen películas cuestan \$10.00 cada uno.

Citas perdidas

Se cobrará una tarifa de \$20.00 por las citas perdidas. Esto incluye las ausencias.

Cambios y cancelaciones de citas

Los cambios y cancelaciones de citas deberán realizarse con 24 horas de antelación o se multará con una tarifa de \$20.00.

Al igual que con cualquier práctica ortopédica, nuestros médicos están de guardia en los hospitales cualquier día determinado.

Esto requiere que veamos las citas de emergencia en cualquier momento dado.

Esto también respaldará nuestro horario de oficina y los tiempos de espera pueden ser extensos.

Intentaremos mantenerlo informado sobre los tiempos de espera al momento del check-in.

AUTORIZACIÓN PARA ACUERDO DE PAGO

Autorizo la divulgación de toda la información médica necesaria para procesar reclamos de seguro, así como la divulgación de información a mi médico de atención primaria. También autorizo el pago de beneficios médicos a **PEDIATRIC ORTHOPEDICS OF SOUTHWEST FLORIDA** por los servicios prestados.

En caso de que mi expediente médico no pague los servicios prestados, acepto pagar **PEDIATRIC ORTHOPEDICS OF SOUTHWEST FLORIDA** por los servicios prestados, según los acuerdos establecidos anteriormente.



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