

# AUSTIN PEDIATRIC SURGERY

## INFORMACION de PACIENTE NUEVO

NOMBRE de PACIENTE \_\_\_\_\_ APODO: \_\_\_\_\_  
PRIMERO INICIAL APELLIDO

DIRECCION de DOMICILIO: \_\_\_\_\_ FECHA de NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO: \_\_\_\_\_ CONDADO: \_\_\_\_\_ SEXO: M H

TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL #: \_\_\_\_\_

DIRECCION de ENVIO (si es DIFERENTE de DOMICILIO): \_\_\_\_\_

El MEDICO que lo REFIRIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

MEDICO PRIMARIO de CUIDADO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### PARTIDO RESPONSABLE

El NOMBRE del PADRE/GUARDIAN que ACOMPAÑA al PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: _____ CIUDAD _____ ESTADO: ___ CODIGO: _____ CONDADO: _____	SEGURO SOCIAL#: _____ LA RELACION al PACIENTE: _____ FECHA de NACIMIENTO: ___/___/___ SEXO: M H
NUMERO de CASA: (____) _____ - _____ TELEFONO de TRABAJO: (____) _____ - _____ CELULAR: (____) _____ - _____ CORREO ELECTRONICO: _____	OCUPACION: _____ EMPLEADOR: _____

OTRO PADRE/GUARDIAN \_\_\_\_\_

DIRECCION: _____ CIUDAD _____ ESTADO: ___ CODIGO: _____ CONDADO: _____	SEGURO SOCIAL#: _____ LA RELACION al PACIENTE: _____ FECHA de NACIMIENTO: ___/___/___ SEXO: M H
NUMERO de CASA: (____) _____ - _____ TELEFONO de TRABAJO: (____) _____ - _____ CELULAR: (____) _____ - _____ CORREO ELECTRONICO: _____	OCUPACION: _____ EMPLEADOR: _____

### INFORMACION PRIMARIA de SEGURO

NOMBRE de SEGURO: \_\_\_\_\_ NOMBRE del SUBSCRIPTOR: \_\_\_\_\_

FECHA de NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ RELACION al PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDENTIFICACION del SUBSCRIPTOR #: \_\_\_\_\_

GRUPO #: \_\_\_\_\_ NOMBRE del GRUPO/EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

DIRECCION del SUBSCRIPTOR: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO/CODIGO: \_\_\_\_\_

### INFORMACION SECUNDARIA de SEGURO

NOMBRE de SEGURO: \_\_\_\_\_ NOMBRE del SUBSCRIPTOR: \_\_\_\_\_

FECHA de NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ RELACION al PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDENTIFICACION del SUBSCRIPTOR#: \_\_\_\_\_

GRUPO #: \_\_\_\_\_ NOMBRE del GRUPO/EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

DIRECCION del SUBSCRIPTOR: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO/CODIGO: \_\_\_\_\_

### PERSONA PARA NOTIFICAR EN CASO de EMERGENCIA (QUE NO SEAN LOS PADRES)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

RELACION al PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE/DIRECCION de FARMACIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### EL CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Yo, \_\_\_\_\_, POR LO PRESENTE AUTORIZO QUE MI NIÑO/NINA, \_\_\_\_\_ SEA EVALUADO Y/O TRATADO POR LOS PROVEEDORES de AUSTIN PEDIATRIC SURGERY.

IMPRIMA el PADRE/GUARDIAN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FIRME el PADRE/GUARDIAN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## HISTORIA DEL PACIENTE

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Madre/Guardian		Cuantos hermanos y hermanas tiene?	
Padre/Guardian		Con quien vive el paciente?	
Pediatra		Otros doctores envueltos en el cuidado del paciente:	

**Ha tenido el paciente alguno de los siguientes sintomas? Para respuesta "SI" explique detalladamente en el espacio abajo. Sabe el pediatra la enfermedad/ sintomas que tiene?    NO            SI**

SISTEMAS	NO	SI	SISTEMAS	NO	SI	SISTEMAS	NO	SI	SISTEMAS	NO	SI
<b>Historia de nacimiento</b>			<b>Cardiaco</b>			<b>Neurologico</b>			<b>Oido, Nariz y Garganta</b>		
Normal			Dolor del pecho			Convulsiones			Perdida de dientes		
Prematuro			Latido del Corazon Irregular			Debilidad			Sangre por la nariz		
Por cesarea			<b>Respiratorio</b>			Migranas			Dolor de garganta/dolor de oido		
Fiebre			Asma			<b>Musculoeskeletal</b>			<b>Psicologico/social</b>		
Perdida de peso			Pulmonia			Dolor de espalda			Depresion		
			Bronquitis						ADHD		
<b>Gastrointestinal</b>			Tos cronica			<b>Hematologico</b>			<b>Seno</b>		
Diarrea			Respira con dificultad			Problemas de la sangre			Bola		
Constipacion			<b>Genitourinario</b>			Moretones			Cancer		
Sangrado del recto			Enfermedad de los rinones			Sangrando excesivo			<b>Prematuro</b>		
Acidez estomacal			Infecciones urinarias frecuentes			<b>Piel</b>			Apnea/Bradicardia		
Problemas al tragar			<b>Endocrino/ Metabolico</b>			Sarpullido/picazon			Intubacion		
Nauseas			Diabetes						<b>Otros:</b>		
Vomitos			Problemas de Tiroides								
Dolor Abdominal											

### HISTORIA PASADA DEL PACIENTE:

**Por favor explique cualquier "SI" y conteste con detallada descripcion, en el espacio adjunto.**

El paciente ha sido hospitalizado alguna vez?	o No o Si	<u>Cirugia</u>	<u>Fecha</u>	<u>Ademas de la cirugia, otra Hospitalizacion</u>	<u>Fecha</u>
Tuvo el paciente problemas con la anestesia? No ___ Si ___ "SI" explique					
Esta el paciente tomando algun medicamento o droga (incluyendo medicinas sin prescripcion, con prescripcion o pastillas anticonceptivas?)	o No o Si	<u>Medicina</u>	<u>Dosis</u>	<u>Hora</u>	<u>Medicina</u>
Es el paciente alergico (incluya: medio ambiente, medicina, comida, o reaccion a transfusiones de sangre anteriores?)	o No o Si				

**HISTORIA FAMILIAR: Por favor indique si padres, hermanos o hermanas tienen algunas de las siguientes condiciones.**

Condicion	Relacion/paciente	Condicion	Relacion/paciente	Condicion	Relacion/paciente
Cancer de piel No ___ Si ___		Problemas de los rinones No ___ Si ___		Sangrado/problemas de plaquetas No ___ Si ___	
Diabetes No ___ Si ___		Colitis ulcerativa No ___ Si ___		Enfermedad de Crohn No ___ Si ___	
Cancer de estomago No ___ Si ___		Cancer de ovario No ___ Si ___		Reaccion a la anestesia No ___ Si ___	
Cancer del seno No ___ Si ___		Presion alta No ___ Si ___			

Firme la persona que completa esta forma/Relacion al Paciente

Revisado por Proveedor

Fecha

## AUSTIN PEDIATRIC SURGERY

### Poliza Financiera

Gracias por escoger a **Austin Pediatric Surgery**. Mientras que entramos a esta relación del doctor/paciente (padre), nosotros nos ponemos de acuerdo para dar le el mejor servicio quirúrgico pediátrico y dar les un precio justo y razonable, y usted alternadamente, conviene que es su obligación ser preparado para pagar al tiempo de servicio y para entender las ventajas de su seguro. Deseamos explicar nuestra política financiera a usted para que no tenga ninguna sorpresa desagradable.

- **Pagos y deducibles son debidos al tiempo del servicio.** Aceptamos el dinero efectivo, Cheque Personal, MasterCard, Visa, Discover y American Express. Si usted no esta preparado para pagar la cantidad requerida, nosotros podemos ser requeridos a reprogramar la cita. La responsabilidad financiera estimada para la cirugía planificada sera debida antes del la fecha de la cirugía. Algun balance restante despues de el pago del plan de la salud seran debidas tras la recepcion de su estado de cuenta. Si la cobertura no puede ser verificada antes de la cita, la cuenta sera notada como privada y sera debido en repleto. Los saldos de cuenta mas de 90 días con ninguna actividad de pago o sin hacer arreglos de pago con nuestra oficina serán divulgados a la oficina de crédito.
- **Su poliza de seguros es un contrato entre usted y su compania de seguro. No asuma que su política cubre todo o que paga todo a 100%. Es su responsabilidad saber lo que su política cubre y lo que no. Nosotros no podemos citar sus beneficios.** Cualquier tema considerada “no cubrio” por su portador del seguro sera su responsabilidad financiera. Cualquier disputa acerca del pago debe ser resuelta entre usted y su compania de seguro. Usted es responsable de obtener la referencia apropiadamente si es requerida por su compania de seguro y responsable del pago si su reclamo niega por falta de uno. Al no proporcionar informacion exacta de seguro dentro de 15 dias de la fecha del servicio tendra como resultado el equilibrio que llege a ser su responsabilidad. Si despues de 60 dias de la fecha de presentacion inicial, nosotros no obtenemos el pago para servicios realizados por su compania de seguros, el saldo sera transferido a usted para pago en totalidad.
- Como cortesía a usted, nosotros entregeramos los cargos a su seguro para usted. Traiga por favor su tarjeta del seguro con usted a cada visita.
- Nosotros no archivamos tercer seguro para accidentes de automóvil ni reclamos de obligación. Nosotros no llevamos los equilibrios para reclamos para ser asentados en o fuera de tribunal.
- Es la responsabilidad de los padres agregar su recién nacido a su seguro entre los 30 días del nacimiento.
- Esta oficina no es parte de su decreto de divorcio. La responsabilidad financiera descansa con el adulto que acompaña el paciente.
- Habrá un cobro de \$25.00 para todos los cheques devueltos por fondos insuficientes.
- Los pagos y los créditos son aplicados primeramente a las cargas más viejas, menos pagos de seguro, que es aplicado a las fechas correspondientes del servicio. Los reembolsos se proporcionarán dentro de 30 días a partir de la fecha que todas las reclamaciones pendientes se cumplan.

## ASIGNACION de BENEFICIOS

Solicito el pago de los beneficios médicos y quirúrgicos, de otro modo pagadero a mí, directamente a **Austin Pediatric Surgery** para servicios proporcionados por ellos.

He leído y he entendido la política financiera de la práctica y yo concuerdo en ser atado por sus términos. Entiendo también y concuerdo que tales términos pueden ser enmendados por la practica a cualquier tiempo.

\_\_\_\_\_

Imprime el partido responsable (debe ser 18 o sobre)

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Fima de el partido responsable (debe ser 18 o sobre)

\_\_\_\_\_

Fecha

# CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA

## **Austin Pediatric Surgery**

1301 Barbara Jordan Blvd, Ste 400  
Austin, Texas 78723

Esta es una forma de consentimiento que nos da permiso a utilizar y revelar información acerca de la salud de su niño/nina. La información está llamada "informacion protegida de la salud." Es cualquier información que recibimos o que creamos que identifique (o podría identificar) su niño/nina y que se trata con la salud física y/o mental de su niño/nina , cualquier cuidado medico que proporcionamos a su niño/nina y/o pagos que fueron hechos para cuidado médico que su niño a recibido.

Firmando esta forma, usted está consintiendo a nuestro uso y acceso de su información de la salud de su niño/nina para seguir el tratamiento, pagos o cirujias de su niño/nina.

Tenemos un "Aviso De La Práctica de la Discreción" (el "Aviso"). El Aviso describe en gran detalle cómo podemos usar, utilizar o revelar información protegida de la salud. El aviso también discute sus derechos y nuestras responsabilidades con respecto a la información protegida de la salud. Usted tiene el derecho de repasar el aviso antes de firmar este consentimiento.

Usted también tiene el derecho de revocar este consentimiento en la escritura, menos donde hemos tomado medidas previamente en la dependencia en su consentimiento previo.

Además, es su derecho que pida cómo la información protegida de la salud de su niño se utiliza o se revela para el propósito del tratamiento, del pago o de cirujias. Nosotros no estamos obligados para ponernos de acuerdo con sus restricciones que usted solicite; sin embargo, si estamos de acuerdo en la restricción, estamos limitados para seguirla.

En el aviso, nuestras prácticas de discreción en el aviso pueden cambiar. Si hay cualquiera cambios, los plazos del aviso cambiarán. Si sucede eso, usted puede obtener una copia revisada del aviso con hablar o escribir a nuestra oficina. Número de teléfono (512) 708-1234 ext 105 o ext 106.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha