

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: ____/____/____

Formulario de historial del paciente

HISTORIA PASADA DEL PACIENTE

PACIENTE: _____

FechaDeNac _____

Por favor explique cualquier respuestas Si en Descripción detallada en el cuadro correspondiente.

Ha sido el paciente hospitalizado? Si, liste en la derecha. Ha tenido problemas con anestesia? No ____ Si ____ Si, explique: :	o No o Si	<u>Cirugia</u>	<u>Fecha</u>	<u>Hospitalizacion excepto la cirugia</u>	<u>Fecha</u>		
Esta el paciente tomando algun medicamento o droga(incluyendo medicinas sin prescripcion,con prescripcion o pastillas anticonceptivas?)	o No o Si	<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Horario</u>	<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Horario</u>
<u>Es el paciente alergico (incluya:medio ambiente,medicina,comida,o reaccion a transfusiones de sangre anteriores?)</u>	o No o Si	Si? Porfavor describa					

Historial médico: Por favor marque cualquier problema que su hijo ha experimentado

	NO	SI		NO	SI		NO	SI		NO	SI
HEENT			Psiquiatrica			Musculoskeletal			Piel		
alergico			Trastorno de ansiedad			Enfermedades osteomusculares			Absceso previo		
Perdida de la audicion			Depression			Lesiones anteriores			Reumatológica		
Problemas de vision, ojo			Respiratorio			Neurológicos			Trastorno del sistema inmunitario		
Retinopatía			Asma			Traumatismo craneal			Dormir		
Cardiovasculares			Enfermedad del rinon			Dolores de cabeza			Apnea del sueño		
Arritmia cardiaca			Neumonía			Convulsiones			Otros		
Arritmia cardiaca			Gastrointestinal			Historia de IVH			Complicaciones de la anestesia		
Enfermedades del corazon			Reflujo acido/GERD			Hematología/cáncer			Problemas de mama		
Genitourinarias			Enfermedad del higado			Anemia			Trasplante de órganos		
Enfermedad del rinon			Endocrino			Desorden de la sangría			Pediátrica		
Infeccion del tracto urinario			Diabetes			Cancer			ADD or ADHD		
			Enfermedad de la tiroides			Células falciformes			Retraso en el desarrollo		

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

Condicion	Relacion/paciente	Condicion	Relacion/paciente	Condicion	Relacion/paciente
Diabetes No ____ Si ____		Problemas de los rinones No ____ Si ____		Colitis ulcerative No ____ Si ____	
Presion alta No ____ Si ____		Sangrado/problemas de plaquetas No ____ Si ____		Enfermedad de Crohn No ____ Si ____	
Reaccion a la anesthesia No ____ Si ____		Cancer No ____ Si ____	En caso afirmativo, ¿qué tipo de cáncer?		

Revisión de los sistemas: por favor, indique si su hijo está experimentando cualquiera de los siguientes problemas

	NO	SI		NO	SI		NO	SI		NO	SI
Constitucional			Cardiaco			GI con't			Piel		
Acumento de peso			Palpitations			Blood in stool			Lesiones de piel		
Perdida de peso			Senos			Mucus in stool			Hinchazon		
Perdida del apetito			Terrones			Genitouinario			Hematomas		
Fiebre 0 escalofros			Ternura			Descarga			Neurologicos		
Quisquilloso			Descarga			Sangre en la orina			Debilidad muscular		
Aktividad disminuida			Respiratorio			Dolor con la miccion			Espasticidad		
Fatiga			Tos			Aumento en la frecuencia de la miccion			Psicologico		
Sweats			Sibilancias			Urgente			Depresion		
EENMT			Respirando sibilante			Dolar testicular			Endocrino		
Lentes/contactos			Gastrointestinal			Hinchazon			Aumento de la ded		
Babeo			Problemas al tragar			Enrojecimiento			Intolerancia frio/caliente		
Congestion			Dolor Abdominal			Picason			Hematologico		
Ronquera			Nauseas			Terrones/masas			Sangrando facil		
Lesiones en la boca			Vomitos			Musculosqueleticos					
Rinorrea			Diarrhea			Hinchazon suave del tejido					
			Constipacion			Limitacion del movimiento					

Firme la persona que completa esta forma/Relacion al Paciente

Revisado por proveedor fecha

Austin Pediatric Surgery
1301 Barbara Jordan Blvd., Ste 400, Austin, TX 78723
1301 Medical Parkway, Suite 340, Cedar Park, TX 78613
Phone 512-708-1234 Fax 512-708-4567

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 total. 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 politica cubre todo o que paga todo a 100%. Es su responsabilidad saber lo que su politica 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 son aplicados a las fechas correspondientes del servicio. Los reembolsos se proporcionarán dentro de 30 días a partir del 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.

Paciente

FechaDeNac

Imprime el partido responsable (debe ser 18 o sobre)

Fecha

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

Fecha



Consentimiento para el tratamiento en la Ausencia de Guardian Legal

Fecha: _____

Yo, _____, como Guardian Legal del paciente
(nombre de guardian)

_____ fecha de nacimiento _____
(nombre de paciente)

por lo presente doy permiso para que _____ pueda
(parte responsable)

tomar mi decision medica / legal para evaluacion y el tratamiento por los
proveedores
de Austin Pediatric Surgery.

Este permiso/autorizacion durante mi ausencia es solo por esta fecha especifica de
servicio _____.

Firma de Padre/Madre

Firma de Parte Responsable