

Formulario de registro de pacientes



Fecha de hoy: _____

INFORMACIÓN del Paciente

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: • M • F

Dirección Casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Nombres y edades de los hermanos (*por ejemplo: Jack, 9*): _____

INFORMACIÓN Padre/Cuidador

PRIMARY FAMILY EMAIL: _____

PRIMARY FAMILY PHONE: () _____ (*OFFICE USE: LABEL AS "MAIN"*)

Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono móvil: () _____ Teléfono de trabajo: () _____

Dirección (*si es diferente de niño*): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Empleador: _____

Nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono móvil: () _____ Teléfono de trabajo: () _____

Dirección (*si es diferente de niño*): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Empleador: _____

Contacto alternativo (familiar o amigo): Teléfono de contacto _____

alternativo: () _____

Relación con el paciente: _____

Información del seguro

Nombre de la Compañía de Seguros: (*si hay más de un plan por favor enumere ambos y proporcione copias*)

De tarjetas de seguro

ID de miembro#: _____

Grupo # _____ Contacto# _____

_____ (ID de miembro)

_____ (Grupo #/Contacto#)

Estamos obligados a recopilar la siguiente información para cada paciente.

Íntegro esta sección antes de devolver el formulario. Sí, gracias.

Médico/ARNP preferido: _____

Su idioma preferido: _____

La raza/etnia de su hijo (*seleccione una primaria*)

- Indio Americano
- Asiático
- Negro/Afroamericano
- Caucásico
- Hispana
- Multirracial
- Desconocido
- Otro _____
- Negarse a responder

FORMATO COMPLETADO POR:

Nombre (*impresión*)

Fecha de

firma



PEDIATRIC HEALTH HISTORY

Child's Name _____ Date of Birth _____ Age _____ Male _____ Female _____
 Mother's Name _____ Father's name _____
 Prior Physician _____ Prior Physician Phone: _____

Child's Past Medical History

Pregnancy/Neonatal Period

Where was your child born? _____
 Is the child yours by birth adoption stepchild other
 Pregnancy complications _____
 Delivery by vaginal c-section
 Reason for c-section _____
 Complications _____
 Was your child premature No Yes, born at _____ weeks
 Complications _____
 Apgar scores 1 minute _____ 5 minutes _____
 Birth weight _____ Length _____
 Other problems in the newborn period _____

Infancy/Childhood/Adolescence

Has your child ever been treated for or diagnosed with: (explain)

- Asthma or reactive airway disease _____
- Wheezing or bronchiolitis _____
- Seasonal allergies or eczema _____
- Food allergy _____
- Recurrent ear infections _____
- Pneumonia _____
- Urinary tract infections _____
- Genetic syndrome _____
- Seizures _____
- Anemia _____
- Broken bone _____
- Mental retardation or learning disability _____
- Depression/anxiety _____

Other chronic medical conditions _____

Has your child ever been hospitalized No Yes (explain)

Previous surgeries and dates _____

Previous pediatrician _____

Please list any specialist your child is currently seeing and reason:

Medications

ALLERGIES to medicine/vaccines (list and describe reaction)

Current medications and dose: _____

Vitamins _____

Herbal supplements _____

Over-the-counter meds _____

Development/Nutrition

At what age did your child: Sit alone _____

Walk alone _____ Say words _____

Toilet train(day) _____ 1st period (females) _____

Was your child breastfed No Yes, how long? _____

Has your child had any unusual feeding/dietary problems? Explain.

Social History

Who lives in the child's household? Mom Dad Step _____
 Siblings (# _____) Grandparents Other _____
 Mother's occupation _____
 Father's occupation _____
 Child's parents are married unmarried divorced other
 Childcare parents relatives daycare babysitter/nanny
 Days per week in childcare (not with parents) _____
 School's name _____ Grade _____
 Any concerns about school performance? No Yes, explain _____
 Do any household members smoke Yes No
 How many hours per day does your child spend:
 Watching TV _____ Computer _____ Video games _____
 Sports/exercise: Type _____
 How often? _____ How long _____ min

Family History

Do any family members have any of the following conditions:

Condition	Mother	Father	Sibling	Grandparent
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart attack/disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroid disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kidney disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression/anxiety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoholism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please explain all positives. _____

Child's Health History (Check all that apply)

- Rheumatic Fever
- Birth Defects
- Genetic Defects
- Mental Retardation
- Asthma
- Chicken Pox
- Congenital Heart Defect
- Frequent runny nose
- Cough, short of breath
- Chest tightness, wheeze
- Hemophilia
- Bone/Joint pain, swelling
- Meningitis
- Cancer
- Speech problems
- Eye Problems
- Itchy eyes
- Rashes
- Abnormal moles
- Abnormal bruising, bleeding
- Nausea, vomiting, diarrhea
- Constipation, blood in stool
- Abdominal pain
- Heart Murmur
- Tires easily with exertion
- Fainting
- Frequent or painful urination
- Bedwetting, frequent accidents
- Vaginal or penile discharge
- Headaches
- Seizures
- Clumsiness
- Milestone delay
- Anxiety/stress
- Depression
- Sleep problems
- Anger concern
- Concerns with attention, impulsivity

Nombre del paciente _____
(Último, Primero, Medio)

Fecha de nacimiento _____

RECIBO DE CONFIRMACIÓN DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (NOPP)

El abajo firmante reconoce que ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI). También puede obtener una copia en nuestro sitio en cumberlandpediatrics.com o ponerse en contacto con nuestra oficina al 770.951.5400.

Fecha de firma del paciente/representante _____

legal _____

Usó el personal NOPP ofreció a Pt declinado Situación de emergencia Nopp no se ofrece

ASIGNACIONES DE BENEFICIOS

Exención/Política Financiera

Por la presente asigno pagos médicos y/o quirúrgicos para incluir los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, seguro privado y cualquier otro plan de salud a Cumberland Pediatrics, PC para servicios proporcionados por Cumberland Pediatrics, PC

Al firmar este documento (abajo), entiendo que si las reclamaciones se niegan debido al estado de elegibilidad, grupo médico no válido o médico de atención primaria (PCP) no válido, asumiré toda la responsabilidad por todos los cargos incurridos por mí y todos los dependientes. Además, seré considerado financieramente responsable de cualquier beneficio no cubierto, deducibles o cualquier copago de servicios, que seme hayan proporcionado. Siempre le recomendamos que consulte con su plan de salud antes de recibir cualquier servicio médico para evaluar sus beneficios y elegibilidad para la cobertura. Normalmente presentamos nuestros especímenes de oficina a Quest Lab a menos que se solicite específicamente en el momento del servicio de cada visita.

Es mi responsabilidad entender mis beneficios de seguro y planificar la cobertura.

Esta asignación permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse válida como original.

OTRAS POLÍTICAS FINANCIERAS

Divulgación de información para reembolso

En la medida necesaria para obtener el reembolso, la oficina del médico puede revelar cualquier parte del registro del paciente, incluyendo sus registros médicos, a cualquier parte que el paciente haya identificado como responsable de cualquier parte de los cargos de médicos, incluyendo pero no limitado a, compañías de seguros, planes de servicios de salud, compañías de compensación de trabajadores, administración de seguridad social y organizaciones de revisión por pares. Usted acepta, con el fin de que podamos dar servicio a su cuenta o cobrar cualquier cantidad que pueda deber, we puede ponerse en contacto con usted por teléfono en cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos los números de teléfono inalámbricos, lo que podría resultar en cargos para usted. También podemos comunicarnos con usted enviando mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que provi de nosotros. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabado/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcado automático, según corresponda.

Tarde / Cancelaciones / Cita Sin Espectáculos

Si cancelas tu cita con menos de 8 horas hábiles (8 horas hábiles – 1 día hábil), o pierdes tu cita, se te cobrará una tarifa. Está a discreción del médico despedirlo de la práctica si ha tenido cancelaciones repetidas o citas sin show.

Cargos por completar formularios y copiar registros médicos:

Hay un cargo por la finalización de formularios y foto copying de registros médicos.

Método de pago:

Para su comodidad, aceptamos VISA, MasterCard, Amex, Discover Card y efectivo. Los cheques personales solo se aceptarán para los copagos del seguro. Por favor, haga su cheque pagadero a Cumberland Pediatrics, PC. Puede haber un cargo por cheques devueltos.

Al firmar este documento, entiendo y estoy de acuerdo con las Asignaciones de Beneficios y Otras Políticas Financieras enumeradas anteriormente.

Fecha de firma del paciente /representante legal _____

Date _____