

•INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____ SEXO NINO / NINA FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DEL HERMANO (A) _____ SEXO NINO / NINA FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DEL HERMANO (A) _____ SEXO NINO / NINA FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

NUMERO DE CASA (_____) _____ - _____ CELULAR: (_____) _____ - _____

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (SSN OPCIONAL): _____ - _____ - _____

NOMBRE DE FARMACIA: _____ NUMERO DE TELEFONO DE FARMACIA: (_____) _____ - _____

MEDICO QUIEN LA REFIRIO: _____ NUMERO DE TELEFONO: (_____) _____ - _____

•INFORMACION DE PADRES

NOMBRE DE PADRE/GUARDIAN: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ RELACION: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____

DIRECCION (SI DIFERENTE DE HIJO(A): _____

CIUDAD: _____ ESTADI: _____ CODIGO POSTAL: _____

NUMERO DE CASA (_____) _____ - _____ CELULAR: (_____) _____ - _____ TRABAJO: (_____) _____ - _____

EMPLEO: _____ CONTACTO DE EMPLEO: (_____) _____ - _____

NOMBRE DE MADRE/GUARDIAN: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ RELACION: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____

DIRECCION (SI DIFERENTE DE HIJO(A): _____

CIUDAD: _____ ESTADI: _____ CODIGO POSTAL: _____

NUMERO DE CASA (_____) _____ - _____ CELULAR: (_____) _____ - _____ TRABAJO: (_____) _____ - _____

EMPLEO: _____ CONTACTO DE EMPLEO: (_____) _____ - _____

•CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ RELACION: _____

TELEFONO DE CASA: (_____) _____ - _____ CELULAR: (_____) _____ - _____ TRABAJO: (_____) _____ - _____

•INFORMACION DE SEGURO MEDICO

SEGURO MEDICO PRIMARIO: _____ NUMERO DE POLIZA\ID _____

NOMBRE PRINCIPAL EN LA POLIZA: _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ (MM/DD/YYYY)

NUMERO DE CUENTA\GRUPO _____

DIRECCION DE RECLAMOS: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

NUMBER DE SEGURO MEDICO: (_____) _____ - _____ RELACION DE PRINCIPAL A PACIENTE: SI MISMO / HIJO(A) / ESPOSO(A)

SEGURO MEDICO SECUNDARIO: _____ NUMERO DE POLIZA\ID _____

NOMBRE PRINCIPAL EN LA POLIZA: _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ (MM/DD/YYYY)

NUMERO DE CUENTA\GRUPO _____ EMPLEADOR: _____

DIRECCION DE RECLAMOS: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

NUMBER DE SEGURO MEDICO: (_____) _____ - _____ RELACION DE PRINCIPAL A PACIENTE: SI MISMO / HIJO(A) / ESPOSO(A)

•PAGOS DE BENEFICIOS DE SEGURO

MEDICO

YO POR LA PRESENTE ASIGNO TODOS LOS BENEFICIOS MEDICOS Y/O BENEFICIOS DE CIRUJIAS, A CUAL TENGO DERECHO, CUAL INCLUYE MEDICARE, SEGURO PRIVADO Y CUALQUIER OTRO PLAN DE SALUD A MACARTHUR PEDIATRICS ESTA ASIGNACION ES POR LOS SERVICIOS CUAL SE ME AN BRINDADO POR MACARTHUR PEDIATRICS ESTA ASIGNACION SE QUEDARA VIGENTE HASTA QUE SEA REVOCADA POR MI MISMO/A POR ESCRITO. YO POR LA PRESENTE AUTORIZO DICHO APODERADO PARA DAR TODA LA INFORMACION NECESARIA PARA ASEGURAR ESTE PAGO. COMPRENDO QUE FALTA DE NOTIFICACION A MACARTHUR PEDIATRICS DE CUALQUIER CAMBIO O LA COBERTURA TENDRA COMO RESULTADO LA OBLIGACION FINANCIERA COMPLETAMENTE EN MI MISMO/A APESAR DE CUALQUIER CONTRATO ENTRE LA COMPAÑIA DE SEGURO MEDICO Y MACARTHUR PEDIATRICS.

NOMBRE PACIENTE (IMPRIMA EL NOMBRE POR FAVOR)

_____/_____/_____
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY)

FIRMA DE PACIENTE/GUARDIAN

_____/_____/_____
FECHA DE FIRMA (MM/DD/YYYY)

• DIVULGACION DE HIPAA

YO COMPRENDO QUE, BAJO LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DE SEGURO DE SALUD DE 1996 (HIPAA), TENGO CIERTOS DERECHOS A LA PRIVACIDAD EN CUANTO A LA INFORMACION PROTEGIDA DE MI SALUD. LA INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD (PHI) PUEDE ORIGINARSE EN SU HISTORIAL MEDICO DE MACARTHUR PEDIATRICS, O PUEDE SER RECIBIDO DE ENTIDADES EXTERIORES DE SALUD Y ARCHIVADO EN SU HISTORIAL MEDICO. COMPRENDO QUE ESTA INFORMACION PUEDE Y SERA UTILIZADA POR MACARTHUR PEDIATRICS PARA A) CONDUCIR, PLANEAR Y DIRIGIR MI TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO ENTRE LOS MULTIPLES PROVEEDORES DE LA ASISTENCIA SANITARIA QUE PARTICIPAN EN EL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE B) OBTENER PAGO DE PAGADORES DE TERCERAS OPERACIONES C) CONDUCIR OPERACIONES MEDICAS NORMALES COMO LA CALIDAD POR PARTE DE MACARTHUR PEDIATRICS O ORGANIZACIONES POR INTERCONEXION, Y D) CONSENTIMIENTO A LA TRANSFERENCIA DE LA PROPIEDAD DE LA MUESTRA (TEJIDO OBTENIDO DURANTE PRUEBA MEDICA) A MACARTHUR PEDIATRICS HE SIDO INFORMADA/O DEL AVISO DE PRIVACIDAD DE PRACTICAS CUAL CONTIENEN UNA DESCRIPCION MAS COMPLETA DE LOS USOS Y REVELACIONES DE MI INFORMACION DE SALUD. COMPRENDO QUE ESTA ORGANIZACION TIENE EL DERECHO DE CAMBIAR SU DIVULGACION DE AVISO DE PRIVACIDAD DE VEZ EN CUANDO Y QUE YO PUEDO OBTENER UNA COPIA ACTUAL DE LA NOTA DE DIVULGACION DE PRIVACIDAD DE PRACTICAS DE MI OFICINA O CONTACTARME CON ELLOS EN 3501 N. MACARTHUR BLVAR., SUITE 450, IRIVING, TX 75062. COMPRENDO QUE YO PUEDO PEDIR POR ESCRITO QUE RESTRINGE MI INFORMACION PRIVADA SEA UTILIZADA O SEA REVELADA A TRATAMIENTO AFUERA, PAGOS O OPERACION MEDICA. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE NO ES REQUERIDO ACEPTAR MIS RESTRICCIONES SOLICITADAS, PERO SI CONCUERDA ENTONCES SE TIENE QUE RESPETAR TALES RESTRICCIONES. COMPRENDO QUE YO PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO, PERO HASTA EL PUNTO QUE USTED HA TOMADO MEDIDAS DEPENDIENDO DE ESTE CONSENTIMIENTO.

NOMBRE PACIENTE (IMPRIMA EL NOMBRE POR FAVOR)

_____/_____/_____
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY)

FIRMA DE PACIENTE/GUARDIAN

_____/_____/_____
FECHA DE FIRMA (MM/DD/YYYY)

•LIBERACION DE INFORMACION

- MACARTHUR PEDIATRICS NO PUEDE DISCUTIR MI ASISTENCIA MÉDICA Y NO PUEDE DISCUTIR Y/O HACER ARREGLOS FINANCIEROS CON NADIE.
- MACARTHUR PEDIATRICS PUEDE DISCUTIR MI ASISTENCIA MÉDICA Y PUEDE DISCUTIR Y/O HACER ARREGLOS FINANCIEROS CON SOLO LOS INDIVIDUOS EN LA LISTA SIGUIENTE:

NOMBRE: _____ RELACION: _____

NOMBRE: _____ RELACION: _____

NOMBRE: _____ RELACION: _____

FORMA DE CONSENTIMIENTO POR PARTE DE EL PACIENTE

MACARTHUR PEDIATRICS RECONOCE LA NECESIDAD DE UNA COMPRESION CLARA ENTRE PACIENTE Y PROVEEDOR MEDICO CON RESPECTO A LA INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD Y ARREGLOS FINANCIEROS PARA LA ASISTENCIA MEDICA. LA INFORMACION SIGUIENTE ES PROPORCIONADA CON EL PROPOSITO DE EVITAR CUALQUIER MAL ENTENDIDO CON RESPECTO A LA INFORMACION PROTEGIDA DE SU SALUD Y PAGO POR LOS SERVICIOS PROFESIONALES

- I. PAGO: SU PAGO ES REQUERIDO EN EL MOMENTO EN CUAL LOS SERVICIO SON RENDIDOS. Si su deducible no ha sido completado, o usted es responsable de un porcentaje de sus cobros médicos, nosotros esperamos un pago cuando los servicios son rendidos. Aunque su seguro será archivado, usted es responsable de cualquier equilibrio después de que seguro procede su reclamo. Todos los cobros del cuidado médico llegan a ser debidos y requeridos sesenta (60) días después de la fecha del servicio. Estos períodos permiten tiempo suficiente para procesar pago al seguro y marca en lleno de algún balance restante. Habrá un cobro de \$25.00 por cheques regresados. Si no paga dentro de los sesenta (60) días, MacArthur Pediatrics empezará varias acciones de colección incluyendo, pero no limitados sometiendo la cuenta debida pasada a una agencia de colección.
II. AUTO PAGO (PRIVADO O EN EFECTIVO): Si usted no tiene cobertura médica, nosotros le pedimos que coordine su cuidado con nuestra oficina de negocio antes de su cirugía/procedimiento. Requerimos un pago anticipado para servicios médicos profesionales.
III. EL CUIDADO MANEJADO: TODO EL CUIDADO MANEJADO (HMO, PPO, ECT.) CO-PAGOS SON DEBIDOS EN EL MOMENTO DE SERVICIO. Al firmar debajo, el paciente reconoce y esta consiente de los servicios cubiertos y concuerdan en pagar por cualquier servicio que no-cubrió ni o no ha sido autorizado por el plan.
IV. MEDICARE: MacArthur Pediatrics es un proveedor que participa con el Programa de Medicare y acepta como pago, el Medicare franquicia admisible y paciente y/o 20% de co-seguro. Si tiene seguro suplementario (Medigap) que puede cubrir la porción de los cargos que Medicare no paga, por favor nos proporciona con una copia de su tarjeta de seguro. El medicare o los portadores secundarios no cubren algunos procedimientos y los suministros. A cerciórele por favor comprende cuales aspectos de su tratamiento son cubiertos antes de continuar. En este caso raro que usted puede ser pedido que pueda firmar una forma de renuncia, que indica que comprende que será responsable de estos cargos.
V. NIÑOS DE PADRES DIVORCIADOS: La responsabilidad para el pago para el tratamiento de niños secundarios, cuando los padres son divorciados, es del padre que busca el tratamiento. Cualquier tribunal ordenó que juicio de responsabilidad debe ser determinado entre los individuos implicados, sin la inclusión de MacArthur Pediatrics.
VI. PACIENTES MENORES DE EDAD: Si el/la paciente es menor de edad, el/ella tiene que ser acompañado por un padre, guardián, o agente designado a cada visita. Si el paciente no es acompañado por un padre o guardián, tiene que haber consentimiento en escrito por el padre o guardián dando permiso al agente designado. Todo agente designado mencionado abajo puede traer a el/la menor a su(s) consultas. Mantendremos una copia de este consentimiento en el expediente médico.

Agente(s) Designados:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

VII. ESTUDIO DE INVESTIGACION MEDICA: MacArthur Pediatrics toma parte en estudios clínicos de investigación, y Médicos de MACARTHUR PEDIATRICS son compensados (reciben dinero) por los patrocinadores de estudio para realizar ensayos de investigación. Usted por la presente autoriza MACARTHUR PEDIATRICS a conseguir acceso a su información médica para el propósito de evaluar su elegibilidad para tomar parte en tales estudios clínicos de investigación. Usted también concuerda en ser contactado por MACARTHUR PEDIATRICS con respecto a la posibilidad de ser matriculado en tal estudio de investigación. Está BAJO ninguna OBLIGACION de matricularse en cualquier estudio. La participación del estudio es voluntaria y puede negarse para participar hace implica de ninguna manera pena o pérdida de beneficios a que usted de otro modo es permitido. Si decide no tomar parte en una investigación que estudio no afectará su cuidado continuo con un Médico de MACARTHUR PEDIATRICS. La participación en un estudio de investigación no interrumpirá su cuidado regular con un Médico de MacArthur Pediatrics.

VIII. EL SEGURO SECUNDARIO: El Departamento de Texas de Seguro requiere al paciente a proporcionar cobertura secundaria al proveedor si aplicable. Concuenda en proporcionar tal información tal como planteada abajo. Concuenda en notificar proveedor en el futuro inmediatamente de cualquier adición, los cambios o las supresiones en la primaria o alcance secundario.

Inicial/completa como aplicable:

_____ No Tengo COBERTURA SECUNDARIA

_____ Tengo COBERTURA SECUNDARIA COMO DESCRITO EN LA FORMA DEL PACIENTE DEMOGRAFICA.

MacArthur Pediatrics cree firmemente que una relación buena de paciente/medico es basada sobre la comprensión y abre comunicaciones. Es nuestra esperanza que las políticas antes mencionadas nos permitirán proporcionar la calidad más alta del cuidado a nuestros pacientes. Si tiene cualquier pregunta o necesita clarificación con respecto a estas políticas por favor nos llama (972) 573-5080.

NOMBRE PACIENTE (IMPRIMA EL NOMBRE POR FAVOR)

_____/_____/_____
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY)

FIRMA DE PACIENTE/GUARDIAN

_____/_____/_____
FECHA DE FIRMA (MM/DD/YYYY)

• **Historial de Salud**

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial Médica

¿Quién vive en hogar con su hijo(a)? _____

¿El niño(a) nació a término completo? Si no, ¿a cuantas semanas nació? _____

¿Hubo complicaciones prenatales o neonatales? _____

El parto fue: ____ Vaginal ____ Cesaría Si cesaría, ¿porque? _____

¿Fue requerida una estancia en cuidado intensivo neonatal? En caso que si, ¿Por cuánto tiempo? _____

Alergias a medicinas (explique) _____

Reacciones adversas a vacunas (explique) _____

Hospitalizaciones _____

Cirugías _____

Visitas a emergencias _____

¿El desarrollo de su hijo(a) es normal? _____

¿Su hijo(a) oye bien? _____

¿Su hijo(a) mira bien? _____

¿Se le comprende el hablar a su hijo(a)? _____

¿Edad que su hijo(a) empezó a usar el baño solo(a)? _____

¿Su hijo(a) tiene algún problema al momento? _____

¿Tiene alguna preocupación sobre su hijo(a) al momento? _____

Marque si su hijo(a) ha tenido algún problema de los siguientes:

Condición	No	Si	Edad
Alergias			
Anemia			
Asma			
Sangrado			
Cáncer			
Varicela			
Estreñimiento			
Convulsiones			
Diarrea crónica			
Problemas de oídos			
Problemas de ojos			
Problemas de corazón			
Fracturas			
Problema de riñones o hígado			
Leucemia			
Sarampión			
Meningitis			
Pulmonía			
Fiebre escarlatina			
Anemia falciforme			
Anginas			
Tos ferina			
Enfermedad metabólica o genética			
Problemas de la piel que recurren			
Enfermedad psiquiátrica			
Tardanza de desarrollo			
Obesidad			
Diabetes			
Problemas de la tiroides			
Alta presión			
Fracturas o concusión			

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial Familiar

Edad de madre cuando nació bebe: _____ Padre: _____ Hermanos: _____

Problemas médicos de padres: _____

Problemas médicos de hermanos: _____

Marque los problemas médicos de familiares (madre, padre, hermanos, abuelos, tías, tíos) abajo.

Condición	No	SI	Miembro de Familia
Alergias			
Anemia			
Artritis			
Asma, Enfisema, Tuberculosis			
Defectos de Nacimiento			
Enfermedad de la Sangre			
Enfermedad de Huesos/Músculos			
Cáncer (especifique)			
Fibrosis Quística			
Diabetes () Adulto () Juvenil			
Abuso de Alcohol/Drogas			
Enfermedad de Oídos/Ojos			
Enfermedad del Corazón			
Alta Presión			
Infecciones (frecuentes/severas)			
Enfermedad de Riñones/Hígado			
Problemas de Aprendizamiento			
Enfermedad Mental/ Retardación			
Enfermedad Genética/Metabólica			
Enfermedad de los nervios			
Fiebre Reumática			
Rasgos de células falciforme/enfermedad			
Tuberculosis			
Enfermedad de Tiroides			
Perdida del oír en niñez			
Colesterol alto			
Obesidad			
Epilepsia			

Esto concluye las formas de nuevo paciente, por favor entregue las formas a la recepcionista.

3501 N. MacArthur Blvd., Ste. 450 Irving, TX 75062 • Main: (972) 786-0330 • Fax (866) 630-6348 • www.macarthurmc.com

Susan Powell, M.D.

Rachana Dixit, M.D.

Melisa DeMassi, DNP

Cassandra Wright, DNP