

Historia Médica Inicial

Formulario completado por: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de completado: _____

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ M F Other

Historia del nacimiento

No sabe la historia del nacimiento

Peso al nacer: _____ Término Pre-término _____ Semanas

Método de parto: Vaginal Cesárea Si cesárea, ¿por qué? _____

¿Complicaciones prenatales/neonatales? Sí No Si sí, por favor explique:

General

¿Su hijo(a) tiene alguna enfermedad grave actual o condiciones médicas crónicas?

Sí No No Sé Si sí, por favor explique:

¿Ha tenido su hijo(a) alguna cirugía u hospitalización?

Sí No No Sé Si sí, por favor explique:

¿Es su hijo(a) alérgico a algún medicamento?

Sí No No Sé No ha tomado medicamentos recetados

Historia Familiar Biológica

Indique si alguno de los familiares biológicos del niño(a) tiene lo siguiente:

Pérdida de audición en la infancia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	Enfermedad del riñón	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>
Asma	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	Diabetes antes de los 25 años	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca antes de los 55 años	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	Mojar la cama después de los 10 años	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>
Colesterol alto/Toma medicación	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	Epilepsia/Convulsiones	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>
Trastornos de sangrado	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	La discapacidad del desarrollo	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>
Enfermedad mental/Depresión	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>
TDAH	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	Eccema/Alergias	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>

Proporcione una explicación para todos los elementos con respuesta "sí". Incluya cualquier historial adicional no indicado anteriormente.

Indique la situación de vida del niño(a) si no está con ambos padres biológicos:

Vive con padres adoptivos Custodia compartida Custodia única

Vive con guardianes Otro _____

¿Hay consumo de tabaco en casa?

Sí No

Historial médico anterior del paciente

¿Su hijo(a) tiene o tuvo algún problema médico adicional que no se menciona en la sección "General"?

Sí No Si sí, por favor explique:



Nombre del Paciente: _____ **Sexo:** M / F
Apellido Primer Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ **Teléfono #:** _____ **Celular#:** _____
□Primario □Secundario □Primario □Secundario

Domicilio: _____ **Apto.#:** _____ **Ciudad:** _____

Estado: _____ **Código Postal:** _____ **Correo Electrónico:** _____

Etnicidad: Hispano Si / No **Otro:** _____ / **Negar Idioma Preferido:** _____

Seguro Médico: _____ # _____ **Suscriptor:** _____
Numero de Póliza

Nombre de la madre: _____ **Sexo:** M / F
Apellido Primer Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ # de Seguro Social _____ #Teléfono : _____

Celular #: _____ **Domicilio:** _____
□Primario □Secundario

Apto.#: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Empleador: _____ **Ocupación:** _____ **# del trabajo** _____

Nombre del padre: _____ **Sexo:** M / F
Apellido Primer Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ # de Seguro Social _____ #Teléfono : _____

Celular #: _____ **Domicilio:** _____
□Primario □Secundario

Apto.#: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Empleador: _____ **Ocupación:** _____ **# del trabajo** _____

Contacto de emergencia/ relación : _____ **#Teléfono :** _____

Como fue referido a Wee Care Pediatrics? _____

Cual medico vio al paciente en el hospital? _____ **Hospital:** _____

He leído y entendido las siguientes estipulaciones financieras:
 Autorizo a Wee Care Pediatrics para proporcionar atención medica para mi hijo/a cuando sea necesario. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por mi plan de seguro incluyendo el co-pago y deducibles. Todos los pagos deben ser pagados al momento del servicio. Autorizo a Wee Care Pediatrics para liberar mi información de seguros con el propósito de evaluar y administrar las solicitudes de reembolso de beneficios. Yo entiendo que es mi responsabilidad de actualizar cualquier cambio con mi seguro y la información de contacto. Falta de actualización de cualquier cambio puedo resultar que sea financiera responsablemente. Toda la información proporcionada será protegida de acuerdo con las directrices de HIPPA.

Firma: _____ **Fecha:** _____
Padre o Guardián legal

Nombre Impreso: _____ **Relacion:** _____



Política y procedimientos de pago

Gracias por elegir Wee Care Pediatrics para la atención médica de su hijo. La siguiente es una explicación de nuestros procedimientos de pago y políticas de la oficina. Lea atentamente, imprima y firme a continuación.

- 1.El pago vence al momento del servicio. No facturamos por deducibles ni copagos. Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard, Discover y American Express.**No aceptamos cheques personales.** Los pacientes que utilizan nuestro programa de pago en efectivo deben pagar antes de cada visita.
- 2.El padre o tutor que trae al niño a su visita es responsable del pago.**en el momento de servicio.** No intervenimos entre padres divorciados/separados ni en cuestiones de custodia, el reembolso tendrá que ser entre padres o tutores.
- 3.Las citas deben cancelarse dentro de las 4 horas posteriores a la hora programada para evitar un cargo de \$45.00 por no presentarse.4.Los saldos de las cuentas deben pagarse.**previo** para futuras visitas. Si se debe un saldo, se debe cobrar un pago o hacer arreglos de pago antes de ser visto. Se considerarán casos emergentes.5.Los saldos de cuentas que superan los 90 días de atraso se envían al Servicio de recogida de Vegas Valley. Usted será responsable de todos los honorarios legales y de cobro que acumule la agencia. El pago debe realizarse antes de cualquier cita futura. Al firmar a continuación, acepta que Vegas Valley puede comunicarse con usted por teléfono o correo electrónico personal si su cuenta se envía a cobranza.
- 6.Con gusto facturaremos por usted su seguro primario o secundario. Es su responsabilidad mantener su Coordinación **de beneficios** al día con sus proveedores de seguros. No hacerlo puede resultar en falta de pago por parte de sus proveedores. No somos responsables de la falta de pago de su plan de seguro debido a la falta de COB y cualquier saldo pasará a ser responsabilidad del suscriptor y deberá pagarse en su totalidad. ***No divulgar un seguro comercial como primario cuando tiene Medicaid de Nevada constituye Medicaid Fraude y abuso.** Medicaid establece que debemos facturar a su seguro primario primero antes de facturar a Medicaid.
- 7.Para poder facturar a su compañía de seguros, debemos tener la tarjeta del seguro actualizada. Si no somos capaces para **verificar la cobertura de su seguro al momento del servicio,** se le considerará un paciente que paga en efectivo.8.Lo más importante es que Wee Care Pediatrics quiere la mejor atención posible para su hijo y entendemos que puede tener ciertas dificultades financieras. No dude en hablar sobre cualquier asunto financiero con nuestro departamento de facturación.

He leído la política anterior y acepto cumplir con los términos de este acuerdo.

Firma de padre o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Reconocimiento de aviso de prácticas de privacidad

El Aviso de prácticas de privacidad describe cómo esta oficina usará y divulgará su información de salud protegida, sus derechos de privacidad con respecto a su información de salud protegida, las obligaciones de esta oficina con respecto al uso y divulgación de su información de salud protegida. Reconozco que se me proporcionará el Aviso de prácticas de privacidad para que lo revise en cualquier momento cuando lo solicite. Además, reconozco que el Aviso de prácticas de privacidad puede ubicarse en www.weecarelv.com debajo de los formularios del paciente y publicarse en la oficina para su revisión.

Por favor avise a nuestra recepción si desea una copia para su revisión inmediata.

Política de no presentación

A Tarifa de **\$75.00 por no presentarse** Se facturará a aquellos que falten a sus citas programadas. Usted es responsable de cancelar o reprogramar su cita si no puede asistir. Con gusto enviamos uncortesíarecordatorio por mensaje de texto o correo electrónico antes del día y hora de su cita. Se enviará una carta de advertencia el día 3.^{tercero} No Show y a las 4th Si no se presenta, será despedido de la práctica.

Entiendo que es mi responsabilidad llegar a tiempo a mi cita y puedo no Se verá si llego tarde.

Política de 3 huelgas

Wee Care Pediatrics intenta brindar una experiencia acogedora y amigable y no tolera el maltrato del personal o la propiedad. Casos en los que se puede dar una huelga: comportamiento abusivo hacia el personal, destrucción de cualquier propiedad de Wee Care, como muebles o salas de examen, recibirá una huelga. Casos extremos como el robo de propiedad, suministros o equipos de Wee Care resultarán en el despido inmediato. Simplemente pedimos que se tenga paciencia y amabilidad en Wee Care Pediatrics.

Firma: _____ / _____ Fecha: _____

Nombre del padre o tutor legal _____ Relacion _____



Autorización de tratamiento

Autorizo a Wee Care Pediatrics a brindar atención médica, tratar y diagnosticar a mi hijo.

_____/_____
Nombre del paciente Fecha de nacimiento

Las siguientes personas están autorizadas a traer a mi hijo para recibir atención médica en mi ausencia..

_____/_____
Nombre Relación con el niño

_____/_____
Nombre Relación con el niño

_____/_____
Nombre Relación con el niño

Entiendo que las partes anteriores permanecerán en la lista de personas autorizadas para llevar a mi hijo a recibir atención médica hasta que la actualice o la revoque. Tendré la oportunidad de actualizar o cambiar esta lista en la Hoja de Actualización Anual cada año. Además, acepto ser directamente responsable de todos los costos y gastos relacionados con el examen, tratamiento médico y diagnóstico de mi hijo/dependiente en mi ausencia. Entiendo que el copago, el deducible o el saldo de la cuenta aún deben pagarse al momento del servicio.

Firma de padre o tutor legal : _____ **Fecha** _____ -

Nombre impreso: _____ **Relación:** _____

Información referencial

¿Cómo se enteró de Wee Care Pediatrics/Over the Rainbow Pediatric Urgent Care?

- Oficina de obstetricia
 - En caso afirmativo, indique qué oficina: _____
- Guardería/Escuela
 - En caso afirmativo, indique qué guardería/escuela: _____
- Amigo/familiar
- Búsqueda de Google
- Directorio de proveedores de seguros
- Redes sociales
- Otro: _____