

# 2019

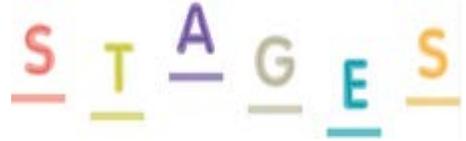
## Registracion de Nuevos Pacientes



Dr. Rosa Gamundi & Clotilde Pena

Stages Pediatrics

1/1/2019



## Registración del Paciente

### Información del Paciente

Primer Nombre: _____ Apellidos: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____
Dirección: _____
Numero Primario: _____ Teléfono de Día: _____ Celular: _____
Contacto de Emergencia: _____ Teléfono de Emergencia: _____
Idioma: preferido _____ Étnica: _Hispano or Latino Si _No
Rasa: _Asían _Negro _Blanco _Hawaiano _Hispano ¿Quién lo refirió? _____
Nombre de Farmacia: _____ Teléfono de Farmacia: _____
<b>Método de Contacto:</b> Citas son recordadas por mensajes de voz; Discusión de laboratorios se hacen por textos seguros o llamadas de teléfono; Su método predilecto es: : _Correo electrónico _Celular _Texto _

### Información de Padres

<b>Nombre de la Madre:</b> _____
Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____
Dirección: _____
Numero Primario: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Celular: _____
Empleador: _____ Teléfono de Empleador: _____
Idioma: _____ Profesión: _____
Civil Status: _Soltero _Casado _Casado Viuda _Separado _Divorciado _Unión Libre
Rasa: _Asían _Negro _Blanco _Hawaiano _Hispano Étnica: _Hispano o Latino o _No
<b>Nombre del Padre:</b> _____ Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____
Dirección: _____
Numero Primario: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Celular: _____
Empleador: _____ Teléfono de Empleador: _____
Idioma: _____ Profesión: _____
Civil Status: _Soltero _Casado _Casado Viuda _Separado _Divorciado _Unión Libre
Rasa: _Asían _Negro _Blanco _Hawaiano _Hispano Étnica: _Hispano or Latino _

### Información del Seguro de Salud

<b>Seguro Primario:</b> _____ Relación al Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Nombre de Seguro: _____
Numero de Póliza: _____ Tel del Seguro: _____
<b>Seguro Secundario:</b> _____ Relación al Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Nombre de Seguro: _____
Numero de Póliza: _____ Tel del Seguro: _____

Firma de Padre/ Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Historial Médico del Paciente

(Marque con un círculo la (sí) o la (no) o explique en caso de que sea necesario. Escribe N/A si no aplica)

Pediatra Anterior:	Ultimo Examen Dental:	Ultimo Examen de la Visión:
<p><b><u>EMBARAZO Y NACIMIENTO</u></b>            La edad de la madre en el embarazo: _____            Enfermedad de la madre: _____            (Medicación / Alcohol / Fumar): _____            Lugar de nacimiento: _____            Embarazo Normal o ___Prematuro            Tipo de entrega: ___Parto Normal ___ Cesárea            Peso al nacer: _____lb _____oz            Problemas al nacer: _____            Problemas después del nacimiento: _____            Prueba de audición: Paso ___ No Paso ___            Fecha de administración de Hep. B: _____            Fecha de Salida de Hospital: _____            Alimentación: Seno ___ Fórmula ___ Ambos ___            Cuánto al día? _____</p>	<p><b><u>HISTORIAL MEDICO DE LA FAMILIA:</u></b>            Lista de todos los parientes de sangre de su hijo que tienen: (P) Padre, (M) de la madre, (H) Hermano, (HA) Hermana, (MM) Madre de la Madre, (PM) Padre de la Madre, (MP) madre del padre. (PP) Padre del Padre, (T) Tía. (TO) Tío</p> <p>Asma _____ Alergias (temporada) _____            Alergias a Alimentos _____ Diabetes _____            Epilepsia / Convulsiones _____ Enfermedad Del Corazón _____            Alta Presión _____ Colesterol Alto _____            Tuberculosis _____ VIH SIDA _____            Migrañas (Dolores de cabeza) _____            Problemas Respiratorio _____ Defectos De Nacimiento _____            Autismo _____ La sordera temprana _____            Anemia / trastorno de la sangre _____ Retraso de Aprender _____            Cáncer _____ Alcoholismo _____ Problema Renales _____</p>	
<p><b><u>HISTORAL MEDICO DEL NINO</u></b>            Las reacciones alérgicas?            Medicina: Si No            Alimentos: Si No            Animales: Si No            Picaduras de insectos: Si No            Están las vacunas al día Si No            ¿Medicamentos tomados regularmente? Yes No            Hospitalizaciones? Yes, No, Cuando? _____            ¿Dónde? _____            ¿Por qué? _____            Lesiones Serias / Cirugías? Yes No            Cuando? _____            ¿Por qué? _____</p>	<p><b><u>DESARROLLO Y CONDUCTA (Pre escolares y escolares)</u></b>            Edad en la que el niño:  <input type="checkbox"/> Alguna Vez le han dicho que su desarrollo esta retrasado? _____  <input type="checkbox"/> Alguna vez ha recibido terapias de Intervención temprana? _____  <input type="checkbox"/> Le preocupa su comportamiento? ___            ¿Cómo son los grados en la escuela? Buenos, Regulares, malos ¿Ha repetido un grado?            ¿Existe problemas en la escuela y en la casa de conducta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><b><u>ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN:</u></b>            # de consumo de leche: ¿Botella _____ Jugos ___?            Vitaminas? _____</p>	
<p><b><u>PROBLEMAS CRONICOS</u></b>            Oído: Si No                      Eczema: Si No            Convulsiones: Si No            Anemia: Si No            Asma: Si No                      ADD / ADHD? Si No            Orinarse en la cama: Si No    Garganta : Si No            Neumonía: Si No            Alergia de Temporada: Si No            Infección de la piel :Si No            Problemas de visión: Si No            Problemas de audición : Si No</p>	<p><b><u>PROBLEMAS SOCIAL O FISIOLÓGICOS</u></b>            Divorcio n la Familia Si No            La muerte de un ser querido Si No            Problemas Familiares Si No</p> <p><b><u>Otro Historial Medico</u></b> _____</p> <p><b>Firma de Padre/ Guardian:</b> _____  <b>Fecha:</b> _____</p>	

## HIPAA – Aviso De Procedimientos En Asuntos Confidenciales De Salud



Este Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud, describe la forma en que podríamos utilizar y revelar información medica protegida a efecto de llevar a cabo su tratamiento, pago, o en asuntos administrativos relacionados con su salud y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para tener acceso y control sobre su información medica protegida. La “Información Medica Protegida” es información que se refiere a Usted, y incluye información demográfica, que lo identifica y lo relaciona con alguna condición física o mental presente, pasada o futura, y los servicios asociados con el tratamiento de esta condición.

### **USO Y DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA**

Con el propósito de proveer servicios médicos para Usted. Su información médica protegida podrá ser utilizada y divulgada por Stages Pediatrics , el personal en nuestra oficina, y otras fuentes externas a nuestra oficina que estén involucradas en su tratamiento. Para asistirle durante el proceso del pago por servicios médicos de los que Usted fue objeto, en apoyo a los asuntos administrativos de la oficina medica que le preste sus servicios, y cualquier otro requerido por la ley.

### **TRATAMIENTO:**

Nosotros utilizaremos y divulgaremos su información médica protegida a efecto de proveer, coordinar, o administrar sus servicios médicos y otros servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su tratamiento médico con una tercera entidad. Por ejemplo, nosotros revelaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de salud que le proporciona asistencia. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser provista a otro médico que Stages Pediatrics le recomiende, a efecto de asegurar que este médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar su caso.

### **PAGO POR SERVICIOS:**

Su información médica protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por servicios médicos de que fue objeto.

### **MANEJO ADMINISTRATIVO DE LA INFORMACION:**

Usaremos o divulgaremos, según sea necesario, su información medica protegida, a efecto de apoyar las actividades administrativas de Stages Pediatrics. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a actividades para evaluar la calidad, revisión de las actividades o para llevar a cabo o coordinar otras actividades administrativas.

Otros Usos y Divulgaciones Permitidas y Requeridas se llevarán a cabo únicamente mediante su consentimiento y autorización o Usted tendrá la Oportunidad de oponerse a que se difunda esta información, a menos que esta sea requerida por la ley.

La oficina Stages Pediatrics no está obligada a obedecer una restricción que Usted haya requerido. Si Stages Pediatrics cree que es en su propio beneficio el permitir el uso y divulgación de su información médica protegida, esta no será restringida. En este caso, Usted tiene el derecho de buscar los servicios de otro médico.

Su firma en la siguiente línea sirve únicamente para indicar que Usted ha recibido este Aviso de **Procedimientos Confidenciales de Salud.**

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE



## Política Financiera de Stages Pediatrics

Por favor tome un momento y revise las políticas financieras de Stages Pediatrics y firme debajo. Al firmar, usted acepta las políticas; Si tiene alguna pregunta no dude en preguntar a cualquier miembro del personal.

Conforme con la Ley Federal de Protección al Consumidor, Stages Pediatrics desea notificarle acerca de las políticas con respecto a las responsabilidades financieras asociadas con los servicios prestados a usted o a un miembro de su hogar / familia.

**Seguro:** Los copagos deberán de ser pagados en el momento de la visita. Solicitar que se le facture puede agregar cargos administrativos a su cuenta. Una cortesía para usted, le facturaremos a su compañía de **seguros, siempre que tengamos la información de facturación correcta en el momento del servicio. Si se niega un reclamo** porque no ha proporcionado la información correcta, los cargos se transferirán a su responsabilidad. Usted es financieramente responsable por los cargos que la compañía de seguros considera factibles para el paciente. Usted debe estar familiarizado con su cobertura particular y con cualquier requisito de autorización previa, deducibles y limitaciones sobre visitas de rutina, servicios de laboratorio, inmunizaciones y otros procedimientos.

**Cuenta De Efectivo:** Si no se proporciona un comprobante de seguro, **su cuenta se considerará una cuenta de efectivo y se requerirá el pago completo de todos los cargos en el momento del servicio.** Si posteriormente proporciona información de seguro verificable y el plazo para la facturación del seguro no ha expirado (generalmente 45 días), le facturaremos el cargo a su compañía de seguros por usted. Si luego recibimos el pago del seguro, le devolveremos prontamente un reembolso de cualquiera en su cuenta.

**Facturación:** El estado de cuenta que usted reciba mostrará el saldo adeudado del paciente, además de los pagos de la compañía de seguros y los gastos pendientes. Los saldos de los pacientes serán pagados por usted una vez recibida la declaración, se aplica un cargo por mora en todos los saldos de pacientes delicados y nos reservamos el derecho de reprogramar su cita hasta que se realice el pago con una tarjeta de crédito o saldo pagado en su totalidad. Una acción se considera demorada después de tres meses.

**Citas:** Por Favor Recuerde que el tiempo de su cita está reservado para usted

Nuestro Horario está lleno cada día y debemos reservar casillas en nuestro horario para atender niños enfermos el mismo día.

Si su cita se pierde o se cancela con menos de 24 horas de aviso, nosotros nos reservamos el derecho de cobrarles \$25.00 por cancelación o por no presentarse a la visita considerando que otro niño podría ser visto en ese tiempo.

**Cheque de devuelta:** hay un cargo de \$ 25 en caso de que un cheque personal del paciente sea devuelto por cualquier motivo.

El abajo firmante ha leído y está de acuerdo con los créditos financieros y pagos anteriores de Stages Pediatrics PC.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_



**Autorización de acceso a información del paciente  
a través de una organización de intercambio de información**

Departamento de Salud del Estado de Nueva York  
**de salud**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Solicito que el acceso a la información de salud vinculada a mi atención médica y tratamientos se rija por lo que se establece en este formulario. Puedo optar por permitir (o no) que **Stages Pediatrics, PC** acceda a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información de salud denominada Healthix. En caso de otorgar mi consentimiento, se podrá acceder a través de una red informática estatal a mis registros de atención de salud provenientes de los diferentes lugares donde me atiendo. Healthix es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas por medios electrónicos y cumple con los requisitos de privacidad y seguridad establecidos por la ley HIPAA [Ley de Transferencia y Responsabilidad en los Seguros de Salud] y la ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite el sitio en Internet de Healthix en [www.healthix.org](http://www.healthix.org).

**La elección que haga en este formulario NO afectará mi acceso a la atención de salud. La elección que haga en este formulario NO autoriza a las empresas de seguros de salud a acceder a mi información con el objetivo de decidir si me brindarán o no cobertura de seguro de salud o pagarán mis gastos médicos.**

<p><b>Mi opción de consentimiento.</b> He marcado UNA casilla a la izquierda de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar de opinión en cualquier momento, para lo cual bastará con que llene un nuevo formulario.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>1. DOY MI CONSENTIMIENTO</b> para que <b>Stages Pediatrics, PC</b> acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix para brindarme cuidados de atención de salud.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO</b> para que <b>Stages Pediatrics, PC</b> acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix.</p>

Si quiero denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras de cuidados de salud o planes de salud que participan en Healthix a fin de que no accedan a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix, podré hacerlo a través del sitio en Internet de Healthix, [www.healthix.org](http://www.healthix.org), o llamando a Healthix al 877-695-4749.

He recibido respuestas a mis preguntas sobre este formulario, y se me ha entregado una copia del mismo.

Firma del paciente o representante legal del paciente	Fecha
Nombre del representante legal en imprenta (si corresponde)	Relación entre el representante legal y el paciente (si corresponde)



### Detalles sobre la información a la que se accede a través de Healthix y el proceso de consentimiento:

- Maneras en las que podría utilizarse su información.** Su información de salud en formato electrónico se utilizará **únicamente** para los siguientes servicios de atención de salud:

  - **Servicios de tratamiento.** Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
  - **Verificación de elegibilidad de cobertura de seguro.** Verificar si cuenta con un seguro médico, y qué es lo que cubre.
  - **Actividades de administración de cuidados.** Las mismas incluyen brindarle asistencia para acceder a cuidados médicos apropiados, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la provisión de los múltiples servicios de atención de salud que reciba o ayudarlo para que cumpla con su plan de cuidados médicos.
  - **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que reciben usted y todos los pacientes.
- Tipos de información sobre usted que se incluyen.** Si usted otorga su consentimiento, la(s) organización(es) proveedora(s) incluida(s) podrá(n) acceder a TODA su información de salud en formato electrónico disponible a través de Healthix. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de firma de este formulario. Sus registros de salud podrían incluir su historial de enfermedades o lesiones (como diabetes o fracturas óseas), resultados de análisis (como rayos X o análisis de sangre) y listas de los medicamentos que haya tomado. Dicha información podría incluir datos sobre afecciones de salud de índole confidencial, entre ellas:

• Problemas de abuso de alcohol o drogas y diagnóstico	• Enfermedades de transmisión sexual	• Informes sobre altas hospitalarias
• Control de natalidad y abortos (planificación familiar)	• Medicación y dosis	• Información laboral
• Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas)	• Información sobre el diagnóstico	• Composición familiar
• VIH/SIDA	• Alergias	• Apoyo social
• Enfermedades mentales	• Informes sobre la historia de uso de sustancias	• Registros clínicos sobre reclamos
	• Observaciones clínicas	• Pruebas de laboratorio
- De dónde proviene la información de salud sobre usted.** La información sobre usted proviene de los lugares donde ha recibido atención médica o de su proveedor de seguro de salud. Eso podría incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, empresas de seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud por vía electrónica. En Healthix podrá encontrar una lista completa y actualizada de dichas entidades. Podrá acceder una lista actualizada en cualquier momento en el sitio en Internet de Healthix, [www.healthix.org](http://www.healthix.org), o llamando al 877-695-4749.
- Quiénes podrán acceder a su información, si otorga su consentimiento.** Únicamente médicos y otros miembros del personal de la(s) organización(es) a las cuales usted haya dado su consentimiento para acceder a la información, y que desarrollen actividades autorizadas en este formulario, tal como se describen en el párrafo uno.
- Acceso de organizaciones de salud pública y de trasplante de órganos.** La ley autoriza a las agencias federales, estatales o locales de salud pública, y ciertas organizaciones de trasplante de órganos, a acceder a la información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines vinculados a la salud pública y al trasplante de órganos. Dichas entidades podrán acceder a su información a través de Healthix con dichos fines independientemente de que usted otorgue o no su consentimiento, o no llene un formulario de consentimiento.
- Sanciones por el uso o acceso ilícito a su información de salud.** Existen sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información de salud en formato electrónico. Si en cualquier momento usted sospecha que alguien no autorizado ha visto o accedido a su información de salud, o llame a **Stages Pediatrics, PC at 212-923-5050** o visite el sitio en Internet de Healthix, [www.healthix.org](http://www.healthix.org); o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o siga el proceso para presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- Divulgaciones posteriores de su información.** Cualquier organización a la que usted haya dado su consentimiento para acceder a su información de salud podrá volver a divulgarla, pero únicamente en la medida permitida por las leyes y disposiciones estatales y federales. La información vinculada a tratamientos por el abuso de alcohol o drogas, o la información confidencial vinculada al VIH, únicamente será accesible, y podrá volver a divulgarse, si está acompañada por las declaraciones obligatorias sobre la prohibición de divulgaciones posteriores.



8. **Período de vigencia.** Este formulario de consentimiento conservará su vigencia hasta el día en que usted revoque su consentimiento, el día de su fallecimiento o hasta que Healthix deje de funcionar. En caso de que Healthix se fusione con otra entidad calificada, sus opciones de consentimiento conservarán su vigencia en la nueva entidad fusionada.
9. **Cómo cambiar su opción de consentimiento.** Usted podrá cambiar su opción de consentimiento en cualquier momento y para cualquier organización de provisión de cuidados de salud o plan de salud, para lo que bastará con que presente un nuevo formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que accedan a su información de salud a través de Healthix mientras su consentimiento esté en vigencia podrán copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aun si posteriormente usted decide cambiar su decisión de consentimiento, dichas organizaciones no estarán obligadas a devolverle su información o eliminarla de sus registros.
10. **Copia del formulario.** Usted tiene derecho a que se le entregue una copia de este formulario de consentimiento.

Spanish |

Provider Consent | Non-Emergency Services

May 2017



## Círculo De Cuidado de su(s) Hijo(s)/Hija(s): Personas Autorizadas a traerle(s) en su Ausencia

Uno o ambos padres deben de estar presente(s) cuando traen por primera vez al paciente a Stages Pediatrics; Algunas veces se presentan casos de emergencias en los cuales se les hace imposible a los padres venir a la oficina por enfermedades imprevistas o para atender a citas ya programadas; Por favor nombre las personas que usted autoriza a traer su hijo(a) en caso de necesidad (abuelos, tíos, amigos, Cuidadoras etc.; Se predetermina que ambos padres tienen derecho a traerle, al menos que se pruebe lo contrario con documentos legales. Si resulta que la persona que lo trae al chequeo no está en la lista de abajo, tendrá que llamarnos (contestar preguntas de seguridad), enviarnos una autorización por escrito vía de su Portal o por su correo electrónico; Mientras no nos contacte, el doctor no podrá comenzar la consulta.

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Se  
pueden administrar vacunas si es recomendado\*? \_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Se  
pueden administrar vacunas si es recomendado\*? \_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Se  
pueden administrar vacunas si es recomendado\*? \_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Se  
pueden administrar vacunas si es recomendado\*? \_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Se  
pueden administrar vacunas si es recomendado\*? \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

\*Recomendado Por el Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York y la Academia Americana de Pediatría