

MARYLAND PEDIATRICS - REGISTRACION

INFORMATION DEL PACIENTE

Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Fecha de Nacimiento	Sexo niño	niña
Número de teléfono en casa	Teléfono en el trabajo	Número de Celular
Dirección	Ciudad	Estado Código Postal
Contacto de Emergencia (no los padres)	Relación con el paciente	Número de teléfono

INFORMACION DEL SEGURO

Nombre de la compañía aseguradora	Numero de póliza (ID)	Numero de Grupo/Plan
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente
Nombre de segunda aseguradora	Numero de póliza (ID)	Numero de Grupo/Plan
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente

INFORMACION DE LOS PADRES / GUARDIAN

Información de la Madre

Información del Padre

Nombre	Nombre
SS # de la madre	SS # del Padre
Fecha de Nacimiento	Fecha de Nacimiento
Dirección	Dirección
Correo Electrónico	Correo Electrónico
Número de Teléfono	Número de Teléfono
Numero de Celular	Numero de Celular
Empleo	Empleo
Teléfono en su trabajo	Teléfono en su trabajo
¿Tiene algún problema de custodia legal? Si o NO, explique.	

IFORMATION DE HERMANOS

NOMBRE	Fecha de Nacimiento	Seguro de salud :
		Numero de Identidad:
NOMBRE	Fecha de Nacimiento	Seguro de salud:
		Numero de identidad:
NOMBRE	Fecha de Nacimiento	Seguro de salud:
		Numero de Identidad:
NOMBRE	Fecha de Nacimiento	Seguro de salud:
		Numero de identidad:

CMS

Idioma que se habla en casa			
Grupo Étnico	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No sabe	
	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Declina	
Raza	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano -Americano o Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Declina		
Como le gustaría que lo contactemos para: Informarle de resultados médicos Recordarle citas Avisarles que deben volver a la oficina Cobros o información de su seguro Noticias para todos los pacientes Patient Portal	Teléfono casa,	Celular,	Teléfono trabajo,
	Solamente e-mail		
Solamente e-mail			

Autorizo que la información médica de mis hijos se utilice de la manera necesaria para mandar los reclamos a las compañías de seguro de salud y coleccionar pagos. Se me ha ofrecido y he leído las notificaciones de Práctica de Privacidad así como las regulaciones y pólizas de Maryland Pediatrics y me comprometo a cumplirlas. Me comprometo a hacerme responsable de cualquier balance en la cuenta de mi o mis hijos, que haya sido negado o no cubierto por el seguro de salud.

Firma de los Padres/Guardián

Fecha

MARYLAND PEDIATRICS

Notificación de Practicas de Privacidad en Español

SU INFORMACION MÉDICA Y SUS DERECHOS

Su información personal es privada. La ley Federal que determina las reglas médicas para médicos y seguros de salud, de cómo se debe compartir su información médica, se llama Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Esta ley protege sus derechos.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?

Nuestras responsabilidades

No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo.

Entiendo que la información médica es privada y confidencial. Entiendo que Maryland Pediatrics hace todo esfuerzo necesario para conservar la privacidad y confidencialidad de la información médica de sus pacientes. En la forma de Notificación de Practicas de Privacidad en español de Maryland Pediatrics puedo encontrar información detallada de los derechos de privacidad y confidencialidad. Entiendo que Maryland Pediatrics puede modificar los términos de esta forma.

Visite el link para leer una forma detallada de la Notificación de Practicas de Privacidad de Maryland Pediatrics. [Maryland Pediatrics NPP en Español](#)

Si desea una copia de este documento, pídala en la recepción

Se me ha ofrecido y he leído la forma completa de Maryland Pediatrics Notificación de Practicas de Privacidad en español.

Nombre del Paciente: _____

Padre o Guardián: _____

Firma: _____ Fecha: _____

REV 1/1/2023

Oficial de Privacidad; Manager de Maryland Pediatrics

Maryland Healthy Kids Program

Cuestionario de Historial Médico Familiar

Nombre del Paciente: _____		Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: M F (circule)
Persona que llenó el Formulario: _____	Fecha de Hoy: _____	Relación con el Paciente: _____	
HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER		HISTORIAL PSICOSOCIAL	
Nombre del Hospital: _____ Enfermedades durante el embarazo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Medicamentos durante embarazo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol o drogas No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas al Nacer No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Describa: _____ Tipo de Parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea Peso al Nacer _____ Peso al darle de alta _____ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Fecha de la vacuna de Hepatitis B: _____ Examen Auditivo para recién nacidos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		¿Quién vive en el hogar? _____ _____ ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____ <input type="checkbox"/> Alquilan <input type="checkbox"/> casa propia <input type="checkbox"/> refugio ¿Quién cuida el niño/a? _____ Fecha de Nacimiento Madre _____ Padre _____ Trabajan los Padres Madre No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Padre No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hogar Sustituto _____ Fecha: _____ ¿Qué otro idiomas se hablan en la casa? _____	
HISTORIAL FAMILIAR		HISTORIAL DE SALUD	
Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alergias (a qué) _____ ¿Quién? _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Asma No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ TB/Enfermedad del Pulmón No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ VIH/SIDA No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Intentos Suicidas/Problemas Mentales No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad del Corazón No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Presión alta/Derrame No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Colesterol Alto No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell" No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Diabetes No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Convulsiones No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Alergias/Asma No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Desórdenes Mentales No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Cáncer No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Defectos de Nacimiento No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Pérdida de Audición No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Problemas de habla No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Enfermedades Renales No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Abuso de Alcohol/ Droga No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Hepatitis/Enfermedad del Hígado No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Hígado No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad de la Tiroides No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Problemas de Aprendizaje/ Déficit de Atención ("ADD") No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Violencia Doméstica Otras: _____		Alguna vez su niño/a ha tenido: Alergias (a qué) _____ Asma No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Varicela (año) _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de oído No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas de Audición/Infecciones de la Vista No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas de la Piel/Eczema No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Asma/Alergias No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> TB/Enfermedad del Pulmón No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hipertensión/Presión Alta No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón/Defectos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hepatitis/Enfermedad del Hígado No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Diabetes No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón/Vejiga No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas Físicos o de Aprendizaje No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desórdenes de la Sangre/Hemofilia No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Enfermedades Transmitidas Sexualmente No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales o de Comportamiento No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Depresión/Pensamientos Suicidas No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones/Cirugías No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas en las Coyunturas/Huesos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Obesidad/Trastornos Alimenticios No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Otras: _____ Lista de Medicamento/s que toma: _____	
Revisado por: _____		Fecha que fue Revisado: _____	

POLIZAS DE LA OFFICINA

Informarle de las regulaciones de la oficina nos permitirá comunicarnos con facilidad y servirle mejor. Por favor lea esta forma con cuidado. Si tiene alguna pregunta, pida ayuda a nuestro personal, con gusto le ayudaremos.

Para hacer una Cita:

Ofrecemos citas el mismo día para niños enfermos que son nuestro paciente.

Para Chequeos de niños sanos, exámenes físicos o de deporte, chequeos por medicamentos; por favor llame con anticipación para asegurarse de conseguir una cita el día y la hora que a usted le conviene.

Para Cancelar su cita:

Si usted debe cancelar su cita, llámenos 24 horas antes de su cita, para poder ofrecer su cita a un paciente con necesidad. Hay un recargo a su cuenta si usted cancela con menos de 24 horas.

No presentarse a su cita:

Olvidar una cita y no presentarse, evita que nuestra oficina atienda un paciente en necesidad. Es nuestra póliza: cobrarle al paciente por no presentarse a su cita. Después de 3 visitas que usted no cancele con tiempo y no se presente, nuestra oficina lo contactara para pedirle que usted se transfiera a otro médico.

Después de Horas de Oficina:

Si usted tiene una emergencia, llame al 911

Siempre hay un médico cubriendo las llamadas. Llame a nuestra oficina y su llamada será dirigida al médico que cubre.

Seguro de Salud:

Aceptamos la mayoría de seguros de salud.

Nuestra oficina se encargara de enviar los reclamos por servicios médicos por usted a su seguro.

Nuestra oficina seguirá las regulaciones de su seguro, en cuanto co-pays, deducible otros pagos por servicios. Co-pays se deben pagar el día de su cita. Otros cobros que su seguro pasa a usted, se le enviaran de inmediato y deben ser pagados en 1 días hábiles después de recibir su cobro.

Cheques sin fondo tendrán una penalidad más gastos de banco.

SI EL SEGURO DE SALUD QUE USTED PRESENTA ES INACTIVO O INCORRECTO, USTED SERA RESPONSABLE DE LOS COBROS.

Si nosotros somos su médico designado. Asegúrese de que el nombre del doctor Ramos y/o nuestro teléfono aparecen en su tarjeta. Si su seguro no ha sido informado por usted que el doctor Ramos es su médico.

Usted será responsable por los caros médicos.

USTED ES RESPONSABLE DE CUALQUIER BALANCE EN SU CUENTA.

Si usted no tiene seguro de salud. Su pago por servicios médicos será al momento de su visita.

Si nuestro medico no participa en su seguro, usted será responsable de los cobros por servicios médicos.

Records Médicos:

Si usted desea solicitar sus records médicos. Cobramos la cantidad regulada por el estado.

Formas:

Formas para el colegio, deportes, campamentos debe solicitarlas con tiempo. Toma de 5 a 7 días hábiles prepara sus formas y un peque cobro. Por una suma extra podemos entregarle sus formas en un día.

Prescripciones:

Toda prescripción se envía electrónicamente a su farmacia.

Prescripciones para sustancias controladas, el paciente deben tener un examen médico en no más de 4 meses, en algunos casos 3 meses, dependiendo de las medicinas y el paciente. Los padres deben recoger las prescripciones en persona.

Referencias:

Toda referencia debe ser recomendada y aprobada por el Dr. Ramos. Solicite su referencia por lo menos 3 días antes de su cita con el especialista. Cuando solicite su referencia tenga listo el nombre y teléfono del médico y el día de la cita.

He leído y entiendo las pólizas de esta oficina y me comprometo a cumplirlas y aceptar las responsabilidades económicas anteriormente descritas.

Nombre(s) del Paciente: _____

Nombre del padre o responsable _____ Relación: _____

Firma del padre o responsable _____ Fecha: _____