

Atencion Nuevo Pacientes

Bienvenidos a Palmetto Pediatrics! Como ya debe de saber, Dr. Parikh y Dr. Kondabala son nuestros doctores. Como un paciente nuevo con nosotros, ay unos documentos para usted que tiene que llenar de su hijo/hija. Tambien necesitamos los siguientes documentos:

1. Identificacion del los padres (licencia)
2. Seguro social del paciente si lo tiene
3. La Tarjeta del seguro
4. Record de vacunas
5. Doctor Anterior donde lo/la llevo porfavor llene el formato

Una vez mas, gracias por escoger Palmetto Pediatrics

Información para el paciente (Por favor imprima)

fecha de hoy _____

Name: _____ D.O.B. _____

ÚLTIMA PRIMERA MEDIA

ADDRESS: _____

Calle ciudad estado código postal

Teléfono de casa _____ del teléfono celular _____ trabajo _____

S.S. # _____ SEXO _____ EDAD _____

RESPONSABLE

Name: _____ D.O.B. _____

ÚLTIMA PRIMERA MEDIA

ADDRESS: _____

Calle ciudad estado código postal

Teléfono de casa _____ del teléfono celular _____ trabajo _____

Estado civil: S/M/W/D S.S. # _____ LIC # _____

Primaria nombre ins _____ Dirección ins _____ _____	Nombre secundario de ins _____ Dirección ins _____ _____
Nombre del asegurado _____ De # de identificación del asegurado _____ Group # _____ D.O.B. _____	Nombre del asegurado _____ De # de identificación del asegurado _____ Group # _____ D.O.B. _____
Relación con el paciente _____ Empleador nombre _____ Empleador Dirección _____	Relación con el paciente _____ Empleador nombre _____ Empleador Dirección _____

En caso de emergencia, que debe notificarse? _____ **teléfono** _____

Farmacia de elección: _____ **teléfono** _____

Autorizo la divulgación de información médica y personal a mi atención primaria o médico, a los asesores si es necesario y según sea necesario procesar seguro reclamaciones, solicitudes de seguros y para ayudar a obtener la inscripción Medicaid HMO. También autorizo el pago de las prestaciones médicas para el médico.

Firma del padre: _____ **Fecha:** _____

Con el fin de establecer relaciones óptimas y evitar malos entendidos y confusión, con respecto a nuestras políticas de pago, nuestro personal está capacitado para informarle constantemente de las políticas de pago financiero de esta oficina. Pago se requiere para todos los servicios en el momento que se prestan a menos que usted está en un plan de prepago en que participamos. Para esos pacientes, deducibles y copagos aplicables serán recogidas. Aceptamos el pago en forma de tarjeta de crédito o en efectivo. En caso de hospitalización o procedimientos importantes, nuestra oficina puede presentar con el seguro apropiado. Sin embargo, antes de que tales afirmaciones son presentadas, cobertura será previamente verificada y se le pedirá pagar cualquier deducible insatisfecha, servicios no cubiertos y copagos. En caso de que su cuenta debe ser entregada a las colecciones, se añadirá un cargo de \$10.00 colección a su cuenta. Su firma a continuación significa su entendimiento y voluntad para cumplir con esta política.

Firma del padre: _____ **Fecha:** _____

Autorizo a raíz de las personas a llevar a mi hijo para recibir atención médica y les autorizo acceso a registros médicos.

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Seguro Social</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Firma del padre: _____ **Fecha:** _____

CHILD HEALTH HISTORY (BIRTH THROUGH 10 YEARS)

Nombre de :	<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento :
-------------	---	-----------------------

ALLERGIAS	RECIENTE MEDICINAS
MEDICINA :	CON RESETA :
COMIDA:	SIN RESETA :
OTRO :	

HISTORIA DE EMBARAZO Y PARTO	HISTORIA DE FAMILIA
EDAD DE MAMA DURANTE EL EMBARAZO:	<input type="checkbox"/> SIDA
ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO:	<input type="checkbox"/> DEFECTOS AL NACER
MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO :	<input type="checkbox"/> MUSCULAR DYSTROPHY
PESO AL NACER: APGAR:	<input type="checkbox"/> DIABETES
TIPO DE PARTO :	<input type="checkbox"/> INFECSION EN EL CORAZON
DONDE NACIO :	<input type="checkbox"/> CANCER
COMPLICACIONES :	<input type="checkbox"/> PRESION ALTA
	<input type="checkbox"/> CONVULSIONS
	<input type="checkbox"/> HIGH LIPIDS (CHOL/TRIG)
	<input type="checkbox"/> INFECSION EN EL TIROIDES
	<input type="checkbox"/> ALERGIAS
	<input type="checkbox"/> INFECSION EN EL REGION
	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS
	<input type="checkbox"/> ASMA
	<input type="checkbox"/> ANEMIA / BLOOD DISORDER
	<input type="checkbox"/> ALCOHOL/ABUSO DE DROGAS
	<input type="checkbox"/> MIGRANA
	<input type="checkbox"/> PSYCHIATRIC
	<input type="checkbox"/> NINGUNO

GROWTH AND DEVELOPMENT

PHYSICAL	AGE	SOCIAL	AGE	COMMUNICATION	AGE
Levanta la cabeza		Sonrie		Coos	
Da vueltas		Trata de agarrar cosas		Se rie	
Se sienta solo/sola		Toma en baso		Se rie	
Camina		colorea		Carcajea	
Brinca		Come solo/sola		Dice palabras	
Garra pelota		Ase del bano sola/solo		Usa	
Brinca la cuerda		Escribe		Lee palabras	
Usa la bicicleta		Se viste solo/sola		Dice historias	

SOCIAL BEHAVIORAL
Language:
Translation / Hearing Impaired Needs :
Grado en escuela : Actuacion en escuela:
Marque actividad: Guarderia Pre-k
Despues de escuela: Deportes:
Edades de 8 anos y arriba :
Usted fuma ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si , Si cuantos anos?
Toma alcohol ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuanto al dia
Ala semana
Consume drogas o fuma marijuana? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sexualmente activa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Usa anticonceptivos? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

HISTORIA MEDICA	
<input type="checkbox"/> Infecciones de oido	<input type="checkbox"/> Plomo
<input type="checkbox"/> Frecuentes Gripas/garaspera	<input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia/Blood Disorder
<input type="checkbox"/> Asma/bronquitis	<input type="checkbox"/> Seizures
<input type="checkbox"/> Tonsillitis	<input type="checkbox"/> Problemas Estomacales
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Soplo en el Corazon
<input type="checkbox"/> Infecciones de Orin	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Moja la cama
<input type="checkbox"/> Accidentes:	<input type="checkbox"/> Operaciones:
<input type="checkbox"/> Tranfucion de sangre	<input type="checkbox"/> Hospitalizado(a):
Ultimo TB screening <input type="checkbox"/> Pos (+) <input type="checkbox"/> Neg(-)	Vacunas al corriente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Age Performed :	
Record de Vacunas Disponible <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
(If no, bring record)	

Tu o un miembro de tu familia tiene tuberculosis? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO
Tiene contacto con alguien en la carcel / mas de 5 anos?.
Tu o un miembro en tu familia an viajado fuera del condado?
Frecuentamente (cada 2-3 anos) alguien a exposado:
<input type="checkbox"/> Sida + personas
<input type="checkbox"/> Sin hogar+ personas
<input type="checkbox"/> Residentes de enfermera cudandera?
<input type="checkbox"/> Institutionalized persons
<input type="checkbox"/> Consume drogas?

Completada por: _____

Firma del doctor : _____ Fecha: _____

EXHIBIT 4

PALMETTO PEDIATRICS
Practice Name

**RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
WRITTEN ACKNOWLEDGEMENT FORM.**

I, _____, have received a copy of PALMETTO PEDIATRICS's Notice of
Patient Name
Privacy Practices.

Signature of Patient

Date

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION
(AUTORIZACION PARA PROPORCIONAR INFORMACION)**

I Hereby give my permission to: _____
Yo por este medio doy mi permiso a: _____

TO RELEASE A COPY OF : ALL MEDICAL RECORDS
To que proporcione una copia of all records

TO: Palmetto Pediatrics (Dr. Parikh)
(agency, mental health Professional, etc.)
ADDRESS: 218 9th Street Drive West Phone: (941)721-3900
Palmetto, FL 34221 Fax: (941) 721-7403

FOR THE PURPOSE(S) OF (ALCOHOL & DRUG ABUSE CLIENTS ONLY): _____ Con el proposito de (Clientes de Abuso de Alcohol & Druas solamente): _____
THIS IS _____ A SINGLE DISCLOSURE OR _____ A CONTINUING DISCLOSURE FOR 90 DAYS.
Date on which consent is given: _____ Fecha en que se dio consentimiento: _____
RELEASE EXPIRATION DATE: _____ Fecha de expiracion del consentimiento: _____
CONSENT IS SUBJECT TO REVOCATION AT ANY TIME

**I HEREBY RELEASE THE FACILITY FROM ANY LIABILITY WHICH MAY ARISE AS A
RESULT OF THE USE OF THE INFORMATION CONTAINED IN THE RECORDS RELEASED.**

Yo por este medio relevo a esta empresa de cualquier responsabilidad que pueda surgir como resulti
de uso de la informacion contenida en los documentos remitidos.

NAME OF PATIENT: _____ Date of Birth: _____
Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

SIGNATURE OF PATIENT: _____ Date: _____
Firma del paciente: _____ Fecha: _____

SIGNATURE OF GUARDIAN: _____ Date: _____
Firma del Custodio: _____ Fecha: _____

SIGNATURE OF WITNESS: _____ Date: _____
Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

TO RECEIVING AGENCY: PROHIBITION OF REDISCLOSURE
THIS INFORMATION HAS BEEN DISCLOSED TO YOU FROM RECORDS WHOSE CONFIDENTIALITY IS PROTECTED. ANY FURTHER REDISCLOSURE IS STRICTLY PROHIBITED UNLESS THE PATIENT PROVIDES SPECIFIC WRITTEN CONSENT FOR THE SUBSEQUENT DISCLOSURE OF THIS INFORMATION.