

Historia de Familia (Pacientes)



NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO : M F

Nombre del pediatra anterior, ciudad/estado (si corresponde): _____

¿Hay alguna inquietud específica que desee comentar? Si es así, explique: _____

HISTORIA PRENATAL

Peso al nacer: _____ Longitud: _____ ¿El bebé permaneció más tiempo que la madre? S N

Si es así ¿por qué? _____

¿Tuvo la madre alguna enfermedad durante el embarazo? (por ejemplo, rubéola, gripe, infección de vejiga o riñón)

Tipo de infección: _____ Mes de embarazo: _____

Medicación/tratamiento: _____

¿Hubo alguna complicación del embarazo? (por ejemplo: diabetes, enfermedad de la tiroides, toximia, sangrado excesivo)

¿Hubo alguna complicación durante el parto o el nacimiento? (p. ej.: parto prolongado, prematuridad, sufrimiento fetal, cesárea, fórceps, dificultad para que el bebé respire) _____

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

Marque todas las opciones que correspondan

	Del paciente Madre	Del paciente Padre	Del paciente Hermano	Relativo Por favor escribe en
PIEL: <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> soriasis <input type="checkbox"/> ictiosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OJOS: <input type="checkbox"/> ceguera <input type="checkbox"/> cataratas <input type="checkbox"/> ojo vago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OÍDOS: <input type="checkbox"/> sordera <input type="checkbox"/> infecciones del oído <input type="checkbox"/> deformidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NARIZ/GARGANTA: <input type="checkbox"/> problemas sinusales <input type="checkbox"/> , amigdalitis, <input type="checkbox"/> falta de sentido del olfato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BOCA: <input type="checkbox"/> paladar hendido <input type="checkbox"/> labio leporino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GLÁNDULAS: <input type="checkbox"/> problemas de tiroides <input type="checkbox"/> diabetes (adultos) <input type="checkbox"/> diabetes (juvenil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PULMONES: <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CORAZÓN: <input type="checkbox"/> soplos <input type="checkbox"/> ataques cardíacos <input type="checkbox"/> anomalías congénitas <input type="checkbox"/> presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ESTÓMAGO/INTESTINO: <input type="checkbox"/> úlceras <input type="checkbox"/> colitis <input type="checkbox"/> intolerancia a la lactosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RIÑÓN/VEJIGA: <input type="checkbox"/> anomalías congénitas <input type="checkbox"/> , infecciones, <input type="checkbox"/> cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENFERMEDADES DE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES: <input type="checkbox"/> artritis reumatoide <input type="checkbox"/> osteoartritis <input type="checkbox"/> osteogénesis imperfecta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PROBLEMAS NEUROLÓGICOS: <input type="checkbox"/> convulsiones <input type="checkbox"/> , parálisis <input type="checkbox"/> , accidentes cerebrovasculares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CÁNCER: <input type="checkbox"/> tipo(s):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PROBLEMAS DE DESARROLLO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PSIQUIÁTRICO: <input type="checkbox"/> esquizofrenia, <input type="checkbox"/> trastorno maniaco depresivo (bipolar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OTRO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Historia del Paciente

(Recién nacido a 17 años)



Pediatric Health Care Alliance, P.A.

Your Child's Medical Home™

Fecha de hoy: _____

NOMBRE DEL PACIENTE : _____ FECHA DE NACIMIENTO : _____ SEXO : M F

HOGAR Y ESCUELA

¿Quién vive en casa? _____

Si la edad es apropiada, ¿su hijo asiste a: Guardería Preescolar Escuela primaria o superior Ninguna de las anteriores?

Nombre de la escuela/preescolar/guardería: _____

Si no hay nadie, ¿quién cuida a sus hijos durante el día? _____

ENFERMEDADES

¿Ha habido alguna hospitalización? S N

¿Ha habido algún problema médico importante? S N

¿Alguna enfermedad infantil? (por ejemplo: varicela, sarampión, etc.) S N

¿Fractura u otra lesión? S N

En caso afirmativo, describa: _____

SALUD GENERAL

Medicamentos: _____

Alergias: _____

Necesidades dietéticas especiales: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Ha tenido problemas frecuentes con alguno de los siguientes (marque y/o escriba todo lo que corresponda) ?

Cabeza- Dolores de cabeza, mareos, lesiones, otros: _____

Ojos- Problemas de visión, infección, dolor, otros: _____

Oídos - Problemas de audición, infecciones, dolor, otros: _____

Nariz - Congestión nasal frecuente, sangrado fácil, otros: _____

Boca- Caries, mala mordida, otros: _____

Garganta: Dolor de garganta frecuente, dificultad para tragar, otros: _____

Cuello - Rigidez, inflamación, ganglios inflamados, otros: _____

Pecho - Deformidad, neumonía, tos, asma, otros: _____

Corazón- Dolor en el pecho, color azul, dificultad para respirar, soplo, fiebre reumática, otros: _____

Abdomen - Vómitos, dolor frecuente, diarrea, estreñimiento, otros: _____

Urinario - Dolor al orinar, orinar con frecuencia, enuresis, otros: _____

Piel - Erupción, infección, otros: _____

Neurológico Problemas de desarrollo, convulsiones, meningitis, otros: _____

Endocrino - Aumento/pérdida de peso, intolerancia al calor/frío, sed, cambios en el cabello (adelgazamiento, caída), otros: _____

Brazos y piernas: deformidad, anormalidades malsindades al caminar, dolor en las articulaciones, inflamación de las articulaciones, otros: _____

Hematológicos- Anemia, sangrado anormal, otros: _____

Registro de Pacientas (Recien Nacido- 17 años)



Pediatric Health Care Alliance, P.A.

Your Child's Medical Home™

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Dirección de domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombres y edades de los hermanos (p. ej.: Jack, 9): _____

INFORMACIÓN PARA PADRES/TUTORES

CORREO ELECTRÓNICO PRINCIPAL DE LA FAMILIA : _____

TELÉFONO PRINCIPAL DE LA FAMILIA : (_____) _____

(USO EN LA OFICINA: ETIQUETAR COMO "PRINCIPAL")

Nombre del padre : _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono móvil : (_____) _____ - _____ Teléfono del trabajo: (_____) _____ - _____

Dirección de domicilio (si es diferente a la del niño): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Empleador: _____

Nombre del padre : _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono móvil : (_____) _____ - _____ Teléfono del trabajo: (_____) _____ - _____

Dirección de domicilio (si es diferente a la del niño): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Empleador: _____

Contacto alternativo (familia o amigo): _____

Teléfono de contacto alternativo: (_____) _____ - _____

Relación con el paciente: _____

FORMULARIO COMPLETADO POR: _____

Nombre (imprimir) : _____

Firma: _____ Fecha : _____

Confirme que su información de contacto sea correcta. Usamos esta información para comunicarnos con usted acerca de citas, alertas, información general de salud, noticias y servicios de PHCA, así como también asuntos de pagos y facturación.

Confirme que su información de contacto sea correcta. Usamos esta información para comunicarnos con usted acerca de citas, alertas, información general de salud, noticias y servicios de PHCA, así como también asuntos de pagos y facturación.

**** Por favor, devuelva este formulario a la recepción antes de la salida de la oficina. Gracias. ****

Nosotros necesitamos recopilar la siguiente información para cada paciente.

Por favor, complete esta sección antes de devolver el formulario. Gracias.

Medico Preferido/APRN:

Lenguaje Preferido:

La raza de su hijo(a):

(Seleccione una)

Indio Americano

Asiático

Afroamericano

Caucasico

Hispano

Multirracial

Desconocido

Otro _____

Negarse a responder

El origen étnico de su hijo(a)

Hispano or Latino

No Hispano or Latino

Desconocido

Reconocimiento del garante de facturación (Recién Nacidos- 17- años)



Pediatric Health Care Alliance, P.A.

Your Child's Medical Home™

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del plan de Seguro: _____ Fecha Vigente: _____

Nombre del titular: _____ Fecha de nacimiento del titular: _____ Sexo: M F

Relación con Paciente: Padre Tutor Legal Padre Adoptivo Yo mismo Otro: _____

*** POR FAVOR NOTA: El titular no es automáticamente el Garante Facturación. ***

El padre/tutor que este presente para visitas al consultorio es el Fiador de Facturación - ver a continuación para más detalles.

AVISO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que el pago de toda la atención médica debe realizarse al momento del servicio. El padre o tutor legal que firma este formulario es responsable de todos los copagos, deducibles, coseguros y/o saldos impagos no cubiertos por el seguro, independientemente del estado civil. Entiendo que soy responsable de cualquier costo incurrido en el cobro de la cuenta de un paciente en caso de incumplimiento, incluidos los honorarios razonables de abogados y los costos judiciales.

Por la presente, autorizo a Pediatric Health Care Alliance, PA a divulgar cualquier información pertinente a mi compañía de seguros si así lo solicita, y también autorizo el pago directamente a Pediatric Health Care Alliance, PA. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Soy consciente de que algunos servicios prestados por Pediatric Health Care Alliance, PA pueden considerarse "no cubiertos" por mi compañía de seguros o Medicaid, por lo tanto, seré completamente responsable del pago de estos servicios.

DIVORCIO/CUSTODIA DE LOS HIJOS

Pediatric Health Care Alliance, PA no respetará los acuerdos financieros específicos establecidos en un Acuerdo de Custodia de Menores, Acuerdo de Solución de Divorcio, Decreto de Divorcio a partir de Sentencia o similares (los "Acuerdos"). Dado que PHCA no es parte de estos Acuerdos, no está obligada a cumplir con los términos financieros de estos Acuerdos.

En los casos de custodia de menores, el padre que presenta a su hijo (el "Padre que presenta") para recibir atención y tratamiento en PHCA es responsable del pago de copagos, coseguros y deducibles al momento del servicio. Esta póliza se aplica independientemente de que exista un acuerdo de custodia conjunta del niño o responsabilidad conjunta por sus gastos médicos. Si el niño está cubierto por el seguro médico del padre que no tiene la custodia o que no presenta al niño, PHCA cobrará de todos modos los copagos, coseguros y deducibles correspondientes al momento del servicio al padre que presenta al niño. Si lo solicita, PHCA le proporcionará una copia duplicada de su recibo para que el padre que presenta al niño o el tutor puedan solicitar el reembolso cuando corresponda.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina, que explica cómo se utilizará y divulgará la información médica protegida. Entiendo que Pediatric Health Care Alliance, PA tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad que entrará en vigencia para la información médica que la práctica ya tiene sobre mi(s) hijo(s), así como para cualquier información que reciban en el futuro. PHCA publicará una copia actual del Aviso. Entiendo que puedo recibir una copia del Aviso actual si la solicito.

FIRMA DEL GARANTE DE FACTURACIÓN/DATOS DE CONTACTO

He leído todo lo anterior y comprendo/acepto todas las disposiciones contenidas en el mismo con respecto a la responsabilidad financiera, el permiso para el tratamiento y el Aviso de privacidad. Prácticas.

Nombre de Garante (imprimir)

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

Sexo: F M

Dirección / Ciudad / Estado / Código postal

() _____
primario Teléfono

Firma del Garante

Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)

Relación con Paciente: Padre Tutor Legal Padre Adoptiva Yo mismo Otro: _____

Consentimiento para el tratamiento de un niño menor de edad



Pediatric Health Care Alliance, P.A.

Your Child's Medical Home™

ONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS. Este formulario de consentimiento tiene como objetivo confirmar el consentimiento por escrito para que el o los pacientes nombrados a continuación (el "Paciente") reciban tratamiento médico en Pediatric Health Care Alliance, PA, que incluye los servicios prestados por sus proveedores empleados o contratados y otros profesionales médicos (colectivamente "PHCA"). Entiendo que, salvo que la ley disponga lo contrario, PHCA no puede proporcionar servicios de atención médica ni recetar medicamentos a un niño menor de edad sin obtener primero el consentimiento por escrito de los padres o del tutor legal, según corresponda. Mi firma a continuación confirma por la presente mi consentimiento para que PHCA y los proveedores de PHCA brinden servicios de atención médica y receten medicamentos al Paciente según el criterio del proveedor de PHCA, e incluye, sin limitación, el consentimiento para que el Paciente sea evaluado y tratado por condiciones médicas, incluye salud física o mental y otros asuntos delicados, según se considere normal y necesario, y aconsejable, a criterio del proveedor de PHCA.

SERVICIOS DE TRATAMIENTO. Entiendo que la atención médica y el tratamiento del Paciente al que doy mi consentimiento incluirán, según lo determine el profesional de la salud, el tratamiento médico ordinario y necesario, incluido un examen físico completo que incluya un examen genital externo, pruebas de diagnóstico, vacunación y la prescripción de medicamentos según sea necesario para tratar afecciones de salud ("Servicios de tratamiento"). Al firmar a continuación, reconozco mi consentimiento para que el Paciente reciba dichos Servicios de tratamiento de PHCA. Reconozco que este consentimiento expresa específicamente mi consentimiento para que el Paciente reciba un examen genital externo de un proveedor de PHCA como parte de su atención médica y tratamiento. Se me ha explicado que tengo la opción de usar los Servicios de tratamiento en PHCA y otros servicios que pueden estar disponibles o recomendados para el Paciente durante el curso de su tratamiento.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA. Para facilitar los servicios de tratamiento proporcionados por PHCA de conformidad con este consentimiento y para coordinar la atención del Paciente, por la presente autorizo y solicito que se proporcionen a PHCA copias de los registros médicos y de facturación anteriores relacionados con los servicios de tratamiento del Paciente. Este consentimiento para la divulgación incluye específicamente, sin limitación, registros psicológicos y de evaluación completos, planes de tratamiento más recientes, resúmenes de progreso, resúmenes de alta, notas de tratamiento, incluida información y diagnóstico de salud mental, información sobre VIH/SIDA y/u otras ETS, información sobre uso o abuso de sustancias, información genética y cualquier otro documento o información relacionada de manera apropiada que PHCA solicite razonablemente.

RECONOCIMIENTO. Al firmar a continuación, declaro que soy padre o tutor legal del menor o menores nombrados a continuación, con el derecho legal de consentir el tratamiento médico y la prescripción y administración de medicamentos en nombre del Paciente. Doy mi consentimiento a Pediatric Health Care Alliance, médicos, proveedores y otros profesionales médicos empleados o contratados por PA para que brinden, soliciten y organicen servicios de atención médica y receten medicamentos cuando se determine que es necesario en la opinión profesional del proveedor de PHCA que me atiende, al Paciente o Pacientes nombrados a continuación. Además, he enumerado a otras personas que están autorizadas a traer a mi hijo o hijos para recibir atención y tratamiento médico.

Niño/Niños:

Imprimir Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Imprimir Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Imprimir Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Imprimir Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

En mi ausencia yo puedo enviar a cualquiera de las siguientes personas a acompañar a mi niño. Ellos están autorizados a dar consentimiento a todos los cuidados médicos y tratamientos necesarios, incluyendo examen médico, vacunas, coleccionar muestras (sangre, orina, hisopado de garganta, administración de medicina y ser contactado en caso de emergencia):

Nombre: _____ Teléfono: () _____ Relación: _____

Padres/Tutores: Este consentimiento escrito es válido hasta que sea revocado. Si usted desea revocar el consentimiento, por favor llamar a su oficina.

Nombre : _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha : _____

Para las personas o representantes que actúen en nombre del Paciente, debe indicar su relación con el Paciente y proporcionar prueba de su autoridad para actuar en nombre del paciente (excepto los padres biológicos).

Pautas de facturación

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

A continuación, se describen la pólizas de facturación de Pediatric Health Care Alliance y una lista representativa de elementos con posibles tarifas y cargos. Esta información tiene como objetivo garantizar que esté mejor informado al momento del servicio y antes de que llegue el estado de cuenta. Hable con el gerente de la oficina si tiene alguna pregunta sobre esta información.

- **COPAGOS:** Nuestra póliza es cobrar el copago del seguro al momento del registro. Esto simplifica el proceso en la oficina y garantiza que se cumpla con la obligación financiera al momento del servicio.
- **COSEGURO/DEDUCIBLES :** Hacemos todo lo posible para calcular de manera justa el coseguro o deducible adeudado según la naturaleza de la visita. Nuestra póliza es cobrar estos pagos al momento del servicio. Nosotros colectamos \$75 durante el día y \$100 durante las visitas de noche y fin de semana.
- **FACTURACIÓN :** Como cortesía, Pediatric Health Care Alliance factura a su proveedor de seguro médico en su nombre, con las siguientes pautas/excepciones:
 - **Tarjeta de seguro:** es fundamental llevar la tarjeta de seguro más actualizada a cada cita. Debemos tener la información correcta al momento del servicio. Una tarjeta de seguro es similar a una tarjeta de crédito: la información debe estar vigente y ser válida para poder usarla.
 - **Seguro de automóvil:** No facturamos al seguro de automóvil las visitas y la atención médica relacionadas con un accidente automovilístico. Se requerirá el pago al momento del servicio y le proporcionaremos la documentación necesaria para que la presente al proveedor de seguro de automóvil para obtener el reembolso.
 - **Seguro secundario:** PHCA solo factura a Tricare y Medicaid de los planes gubernamentales de seguro secundario.
- **VISITAS COMBINADAS:** si tiene programado un examen de niño sano y surgen otros problemas de salud que normalmente requerirían una visita por enfermedad, su compañía de seguros puede considerar estas dos visitas separadas y facturar su copago y otros cargos en consecuencia.
- **RECARGO POR TARDE/FIN DE SEMANA/DÍAS FESTIVOS:** algunos proveedores de seguro médico cobran un recargo de \$100.00 si visita a su pediatra fuera del horario comercial normal, el fin de semana o un día festivo.
- **TARIFAS ADMINISTRATIVAS :** PHCA cobra varias tarifas por los siguientes elementos, que requieren personal y recursos para abordarlos.
 - **Copias** de los registros médicos entregados a los padres (sin cargo si se envían directamente al nuevo proveedor): \$1.00/por página/primeras 25 páginas, luego 25¢/por página siguiente.
 - **Completar varios pedidos especiales** (almuerzo escolar o formularios de medicamentos): \$10.00
 - **Solicitud** de Formularios físicos, campamentos o deportes (Gratis con la visita): \$20.00
 - **Otros formularios o cartas:** cartas de médicos, formularios universitarios, permisos de estacionamiento: \$20.00
 - **Completar la** documentación de FMLA o el formulario de transferencia de Tricare: \$25.00
 - **Cheque devuelto** (por fondos insuficientes): \$29.00
 - **Cargos** cuando un paciente no se presenta o cancela tarde:
 - Visita por enfermedad: \$25.00- No presentarse o cancelar, con menos de 2 horas de anticipación de la cita.
 - Visita de bienestar: \$25.00 - No presentarse/cancelación el mismo día
 - Visita de consulta: \$25.00 - No presentarse/cancelación el mismo día
 - Visita EHO - \$25.00 - No presentarse o cancelar, con menos de 2 horas de anticipación de la cita
 - Salud conductual: \$50.00/\$100.00 por visitas de prueba

Firma

Fecha

Reconocimiento de Póliza de vacunación de la Alianza para el cuidado de la salud pediátrica

Estimados padres,

Como parte de nuestro compromiso con la atención centrada en el paciente, nos dedicamos a proteger la salud de nuestros pacientes y de la comunidad a través de la vacunación. Vacunar a niños y adultos jóvenes es una de las intervenciones de promoción de la salud más importantes que podemos realizar como proveedores de atención médica, y que usted puede realizar como cuidador. Las vacunas infantiles de rutina han dado como resultado una enorme disminución en las infecciones graves, la discapacidad y la muerte. Lamentablemente, estas enfermedades aún están presentes en los Estados Unidos y otros países y, a menudo, se encuentran a un corto viaje en avión de distancia. Entendemos que los padres tienen reservas sobre ciertas vacunas, y nuestros pediatras estarán encantados de analizar esas inquietudes con usted como nuevo paciente.

En PHCA, nuestra póliza de vacunación requiere que los pacientes médicamente aptos estén completamente vacunados, según el Programa de vacunación recomendado por los CDC para niños y adolescentes.

Creemos que no seguir las recomendaciones sobre vacunación puede poner en peligro la salud y la vida de un niño y de otras personas con las que un niño no vacunado pueda entrar en contacto. El incumplimiento de esta política dará lugar a la expulsión de PHCA. **Por lo tanto, si ya ha decidido con absoluta certeza que no vacunará a su(s) hijo(s), le recomendamos que busque otro proveedor de atención médica que comparta su punto de vista.**

NOTA: De acuerdo con esta póliza, PHCA requiere registros/historial de vacunas antes de la primera cita para poderse transferir a nuestra oficina.

Normas de la PHCA para el cumplimiento de las normas de vacunación	Vacunas necesarias **			
A los 12 meses de edad : Los pacientes deben haber recibido estas vacunas recomendadas para las edades de 0 a 9 meses.	Hep B DTaP	Hib IPV	Neumococo	
24 meses de edad : El paciente debe haber recibido estas vacunas recomendadas antes de los 18 meses de edad.	Hep B DTaP	Hib IPV	Vacuna antineumocócica triple vírica	Varicela
A la edad de 5 años y 11 meses : el paciente debe haber recibido estas vacunas recomendadas a los 6 años de edad.	Hep B DTaP	Hib IPV	Vacuna antineumocócica triple vírica	Varicela
A la edad de 12 años y 11 meses : el paciente debe haber recibido estas vacunas recomendadas antes de los 13 años de edad.	Todo lo anterior, más Tdap			

***Nota: Mientras que PHCA fuertemente recomienda todas las vacunas infantiles, permitimos excepciones limitadas a la póliza de cumplimiento de las vacunas. Las vacunas contra el rotavirus, la hepatitis A, la influenza, el meningococo, la COVID y el VPH se recomiendan, pero no son obligatorias, como parte de nuestra póliza.*

La decisión de adoptar una póliza más estricta en materia de vacunación surge del riesgo que representa un niño no vacunado para otros pacientes de nuestro consultorio y para familias vulnerables, como los recién nacidos o los niños con sistemas inmunológicos debilitados. Como grupo pediátrico, sentimos una gran responsabilidad de trabajar para proteger a nuestra comunidad de las enfermedades tanto como sea posible.

Tenga en cuenta que si cree que su hijo tiene una condición de salud que no permite la vacunación, infórmenos.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

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



Transmisión electrónica de información médica protegida (PHI)

Pediatric Health Care Alliance (PHCA) se compromete a garantizar la privacidad y seguridad de su información médica protegida (PHI) de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Como parte de nuestro compromiso de salvaguardar su PHI, hemos implementado métodos seguros para transmitir registros médicos.

Correo electrónico cifrado que cumple con la HIPAA: PHCA utiliza servicios de correo electrónico cifrado que cumplen con la HIPAA para transmitir de forma segura los registros médicos que contienen información médica protegida. Esto garantiza que su información confidencial se mantenga confidencial durante la transmisión electrónica.

Transmisión de correo electrónico y fax encriptados conforme a la HIPAA: PHCA utiliza servicios de correo electrónico encriptados conforme a la HIPAA para transmitir de forma segura los registros médicos que contienen información médica protegida. Esto garantiza que su información confidencial se mantenga confidencial durante la transmisión electrónica. Además del correo electrónico encriptado, PHCA también puede transmitir registros médicos por fax utilizando máquinas de fax seguras. Este método cumple con las pautas de la HIPAA para salvaguardar la información médica protegida durante la transmisión.

Uso de inteligencia artificial (IA) en la atención médica: esta práctica puede utilizar herramientas de inteligencia artificial (IA) para ayudar con tareas como documentar encuentros con pacientes, analizar imágenes médicas e identificar posibles riesgos para la salud. Estas herramientas de IA están diseñadas para ayudar a los proveedores de atención médica, no para reemplazarlos. Toda la información generada por IA será revisada y verificada por un proveedor de atención médica calificado. Su privacidad y la seguridad de su información médica estarán protegidas de acuerdo con las regulaciones de HIPAA. Al firmar este formulario, usted reconoce y autoriza el uso de herramientas de IA en su atención médica.

Doy permiso a PHCA para registrar la información de salud de mi hijo mediante dictado generado por IA en el sistema EMR. Entiendo que todas las transcripciones se manejarán de acuerdo con las normas de HIPAA para garantizar la privacidad y la confidencialidad. *Al emplear estos métodos seguros, Pediatric Health Care Alliance tiene como objetivo proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de sus registros médicos. Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a la transmisión de su PHI, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al 813.262.9341 .*

Actualizaciones digitales y comunicación: Reconozco que PHCA puede comunicarse conmigo para diversos fines a través de correo electrónico o mensajes de texto, incluidas, entre otras, actualizaciones, recordatorios y otras comunicaciones relevantes.

Propósito de la transmisión: Entiendo que mi información de salud se transmitirá electrónicamente con el fin de facilitar la atención médica, el tratamiento y las funciones administrativas relacionadas.

Tipos de información: Reconozco que la información transmitida puede incluir detalles sensibles y confidenciales sobre mi condición de salud, historial médico, medicamentos y otros datos relevantes necesarios para la prestación de atención médica.

Medidas de seguridad/riesgos potenciales: Entiendo que PHCA tomará las medidas de seguridad adecuadas para proteger mi información médica durante la transmisión. Sin embargo, reconozco que no se puede garantizar que ninguna transmisión electrónica sea 100 % segura. Soy consciente de los riesgos potenciales asociados con la transmisión electrónica, incluidos, entre otros, la interceptación por parte de terceros no autorizados, las violaciones de datos y la pérdida de confidencialidad.

Revocación/Duración del consentimiento: Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito a PHCA. Sin embargo, reconozco que la revocación no se aplicará a las acciones ya tomadas en base a este consentimiento. Este consentimiento seguirá siendo válido hasta que yo lo revoque por escrito o hasta que se completen los fines para los que fue otorgado, lo que ocurra primero.

Firma: Al firmar este formulario, afirmo que he leído y comprendido el contenido de este formulario de consentimiento y autorizo voluntariamente la transmisión electrónica de mi información médica privada como se describe en este documento.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Nombre del padre : _____

Nombre/fecha de nacimiento del niño(s): _____



Pediatric Health Care Alliance, PA ("PHCA") se dedica a la salud y el bienestar de nuestros pacientes. Debido a que nuestros pacientes son niños, dependemos de los padres, tutores legales y otros adultos que nos brindan apoyo para que nos ayuden en su atención. Dada la naturaleza sensible de los desafíos únicos que pueden surgir cuando los hijos de padres divorciados o separados necesitan atención médica, queremos compartir la filosofía de PHCA con usted para ayudarlo a abordar estas áreas sensibles y evitar malentendidos durante el proceso de tratamiento.

En general, pedimos que los padres NO coloquen a nuestro consultorio en medio de desacuerdos familiares. No creemos que esto sea lo mejor para los pacientes y dependemos de los padres para mantener un ambiente de consultorio tranquilo, profesional y atento para los niños a los que atendemos.

1. Las leyes federales y estatales de privacidad establecen que ambos padres, con o sin custodia, tienen derecho a acceder al historial médico del niño y a la información sobre su atención, a menos que un tribunal haya determinado lo contrario. Si alguno de los padres solicita información, cumpliremos con esa solicitud. Si se ha emitido una orden judicial que restringe el papel de alguno de los padres, proporcione una copia de la orden judicial a nuestra oficina.
2. Por lo general, la ley no autoriza a los padrastros a consentir el tratamiento médico de un niño. Si un padrastro o madrastra va a llevar al niño, debe figurar en el formulario de permiso para el tratamiento para que lo examinen. Ayúdenos a mantener su documentación al día.
3. Podemos comunicarnos con uno de los padres sobre la atención de un paciente, según quién esté involucrado en el encuentro con el paciente. Confiamos en que los padres se comuniquen entre sí sobre la visita del niño, las fechas de las citas, las recomendaciones de tratamiento y otros asuntos relevantes, en lugar de llamar a ambos padres por separado para hablar sobre la visita debido a la falta de comunicación entre ellos.
4. El padre que lleva al niño a la cita es responsable de los copagos o de los pagos deducibles del seguro en el momento del servicio, incluso si el otro padre es responsable del seguro médico. No solicite a nuestra oficina que cobre los pagos de un padre que no esté presente o que no sepa de la visita.
5. Ambos padres asisten a la cita: en una situación no urgente, si los padres no están de acuerdo sobre el tratamiento médico (por ejemplo, vacunar o no vacunar) pospondremos el tratamiento recomendado hasta que haya un acuerdo entre ambos padres.
6. Si hay una situación urgente y el niño está extremadamente enfermo, haremos lo que consideremos que es lo mejor para el niño de la manera prevista por la ley aplicable.
7. Otras situaciones que no son lo mejor para su hijo y que no serán toleradas y pueden dar lugar al despido de PHCA:
 - a. Un padre hace citas y el otro las cancela.
 - b. Un padre que nos pide que escribamos o digamos cosas negativas sobre el otro padre.
 - c. Padres que pelean o crean conflictos en nuestras oficinas.
 - d. Cualquier otro comportamiento que interfiera con nuestra capacidad de brindar una excelente atención médica a todos nuestros pacientes en un ambiente cálido y tranquilo.
 - e. Cambiar datos demográficos, dirección de correo electrónico o nombre de usuario/contraseña del portal sin notificar al otro padre.

Agradecemos sinceramente su confianza en nosotros, y la nuestra en usted, para trabajar juntos en el mejor interés de la salud de los niños.



<input type="checkbox"/> Apollo Beach Office	225 Harbor Village Lane	Apollo Beach, FL 33572	(813) 493-1779
<input type="checkbox"/> Big Bend Office	10729 Queens Town Dr	Riverview, FL 33579	(813) 672-3497
<input type="checkbox"/> Brandon Community Office	811 S Parsons Ave	Brandon, FL 33511	(813) 685-4553
<input type="checkbox"/> Citrus Park Office	6550 Gunn Hwy	Tampa, FL 33625	(813) 968-2710
<input type="checkbox"/> Crossroads Office	6671 13 th Avenue N #1D	St. Petersburg, FL 33710	(727) 381-1147
<input type="checkbox"/> FishHawk Office	5621 Skytop Dr	Lithia, FL 33547	(813) 571-6800
<input type="checkbox"/> Lutz Office	1854 Oak Grove Blvd.	Lutz, FL 33559	(813) 948-6133
<input type="checkbox"/> North Carrollwood Office	3638 Madaca Lane	Tampa, FL 33618	(813) 968-6610
<input type="checkbox"/> Northside Office	4446 E Fletcher Ave Ste A	Tampa, FL 33613	(813) 971-6700
<input type="checkbox"/> South Tampa Office	3222 W Azelee St	Tampa, FL 33609	(813) 872-8491
<input type="checkbox"/> South Manhattan	4911 S. Manhattan Ave.	Tampa, FL 33611	(813) 755-4025
<input type="checkbox"/> Suncoast Office	1850 Crossings Blvd #100	Odessa, FL 33556	(813) 475-7100
<input type="checkbox"/> Trinity Office	1812 Health Care Dr.	Trinity, FL 34655	(813) 731-0944
<input type="checkbox"/> Walsingham Office	12951 Walsingham Rd	Largo, FL 33774	(727) 391-0158
<input type="checkbox"/> Wesley Chapel Office	5259 Village Market	Wesley Chapel, FL 33544	(813) 973-0333
<input type="checkbox"/> Wiregrass Office	27432 Cashford Cir Ste 102	Wesley Chapel, FL 33544	(813) 973-9982

AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por favor, envíe por fax o correo los registros completos a la ubicación de la oficina marcada anteriormente

Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
 Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
 Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
 Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Registros médicos previos de (médico, centro, o individual): _____

Dirección: _____

Ciudad/ Estado / Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Fax: (____) _____ - _____

Por favor, identifique la información a utilizar, divulgar, obtener o revelar:

Por favor, divulgue **únicamente** la siguiente información (marque las casillas correspondientes e incluya otra información donde se indique):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inmunización Archivos | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio (enumere las fechas o los tipos de pruebas de laboratorio que desea realizar) divulgado): | <input type="checkbox"/> Más reciente historia médica |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos | | <input type="checkbox"/> Otro (por favor (específicos): |
| <input type="checkbox"/> Historia de enfermedad | | |
| <input type="checkbox"/> Lista de Alergia | | |

Autorización (ponga sus iniciales en cada elemento a continuación)

- ___ Entiendo que la información contenida en mi historial médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.
- ___ Entiendo que una vez que se publique la siguiente información, el destinatario podrá volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.
- ___ Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al consultorio. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación en virtud de mi póliza.
- ___ Entiendo que autorizar el uso o la divulgación de esta información es voluntario. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento médico.

Esta autorización expirará el (insertar fecha) o evento): _____

Si no especifico una fecha o evento de vencimiento, esta autorización caducará doce (12) meses a partir de la fecha en que fue otorgada. firmado.

Nombre (en letra de impreta)	Firma	Fecha
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Otro (por favor especificar): _____		