

Vidalia Pediatric Clinic
303 Harris Industrial Blvd, Ste 3
Vidalia, GA 30474
(912) 537-9355

All information must be filled out in order for services to be provided. Thank you.

Informacion

Fecha: _____

Nombre *Apellido*

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Zip

Numero de Telefono: (____) _____ *Fecha de nacimiento:* _____ *Numero de Seguro Social:* _____

Sexo: masculino femenino *Raza:* African American Caucasian Hispanic Indian Native American

Tipo de Seguro: Medicaid Wellcare Amerigroup Peachstate Other: _____

de Poliza: _____ *Nombre del Responsable:* _____

Direccion: _____

de Grupo: _____ *Ciudad:* _____ *Zip:* _____

Relacion al paciente: Padre/Madre Otro: _____

Nombre de Madre: _____

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Zip

Seguro Social: _____ *Numero de Casa:* _____

Fecha de Nacimiento: _____ *Numero de celular:* _____

Nombre de Papa: _____

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Zip

Seguro Social: _____ *Numero de Casa:* _____

Fecha de Nacimiento: _____ *Numero de celular:* _____

Contacto de Emergencia: _____
Nombre Telefono Relacion

Vidalia Pediatric Clinic
303 Harris Industrial Blvd, Ste 3
Vidalia, GA 30474
(912) 537-9355

Release Form for Individuals in Care of Patient

Yo, _____, doy permiso que Vidalia Pediatric Clinic hable con las siguientes personas sobre el paciente.

Vidalia Pediatric Clinic puede hablar con:

Nombre: _____
Numero de Contacto: _____
Relacion: _____

Nombre: _____
Numero de Contacto: _____
Relacion: _____

Nombre: _____
Numero de Contacto: _____
Relacion: _____

Nombre: _____
Numero de Contacto: _____
Relacion: _____

Nombre: _____
Numero de Contacto: _____
Relacion: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Authorization to Release Medical Records

Nombre _____

Direccion _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de Telefono _____

Pediatra Anterior:	Name: _____ Address: _____ Phone: _____ Fax: _____															
Requestor	Name: Vidalia Pediatric Clinic Address: 303 Harris Industrial Blvd, Suite 3 Vidalia, GA 30474 Phone: (912) 537-9355 Fax: (912) 335-4804 Delivery Preference: <input checked="" type="checkbox"/> US Mail <input type="checkbox"/> FEDEX <input checked="" type="checkbox"/> Fax															
Information To Be Released	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Any and all records</td> <td><input type="checkbox"/> Clinic Notes</td> <td><input type="checkbox"/> Immunizations</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pathology Reports</td> <td><input type="checkbox"/> X-ray/Radiology Reports</td> <td><input type="checkbox"/> Films</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> EKG/ECHO Reports</td> <td><input type="checkbox"/> Discharge Summary</td> <td><input type="checkbox"/> History and Physical Exam</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consultation Reports</td> <td><input type="checkbox"/> Lab Results</td> <td><input type="checkbox"/> Operative Reports</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Emergency Services</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Other (please specify): _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Any and all records	<input type="checkbox"/> Clinic Notes	<input type="checkbox"/> Immunizations	<input type="checkbox"/> Pathology Reports	<input type="checkbox"/> X-ray/Radiology Reports	<input type="checkbox"/> Films	<input type="checkbox"/> EKG/ECHO Reports	<input type="checkbox"/> Discharge Summary	<input type="checkbox"/> History and Physical Exam	<input type="checkbox"/> Consultation Reports	<input type="checkbox"/> Lab Results	<input type="checkbox"/> Operative Reports	<input type="checkbox"/> Emergency Services	<input type="checkbox"/> Other (please specify): _____	
<input type="checkbox"/> Any and all records	<input type="checkbox"/> Clinic Notes	<input type="checkbox"/> Immunizations														
<input type="checkbox"/> Pathology Reports	<input type="checkbox"/> X-ray/Radiology Reports	<input type="checkbox"/> Films														
<input type="checkbox"/> EKG/ECHO Reports	<input type="checkbox"/> Discharge Summary	<input type="checkbox"/> History and Physical Exam														
<input type="checkbox"/> Consultation Reports	<input type="checkbox"/> Lab Results	<input type="checkbox"/> Operative Reports														
<input type="checkbox"/> Emergency Services	<input type="checkbox"/> Other (please specify): _____															
Reason for Release	<input type="checkbox"/> Continued care by another provider <input type="checkbox"/> Personal Use <input type="checkbox"/> Insurance Claim <input type="checkbox"/> Attorney Review <input type="checkbox"/> Other (please specify): _____															

- With the exception of psychotherapy notes, all records pertaining to psychiatric/mental health, chemical dependency, and/or AIDS/HIV related illness/testing will be released unless otherwise indicated by initialing here: _____
- I understand I may revoke this authorization by written request at any time to the address listed at the top of this form. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization.
- This authorization will automatically expire one year from the date of my signature, or _____ (period of time, for example 2 days, or 3 weeks, or 5 months) from my signature, if specified here. The expiration period noted here may exceed one year only in certain situations as specified in Georgia.
- I understand there may be a retrieval and copy charge associated with the release.
- I understand that once information is released pursuant to this authorization, Vidalia Pediatric Clinic cannot prevent the re-disclosure of the information to another third party.
- I understand this authorization must be filled out completely, signed and dated in order to be considered valid. A fax or photocopy that has not been altered will be considered as valid as an original.
- Except for research-related treatment, Vidalia Pediatric Clinic will not condition treatment on my signing this authorization.

Signature of patient / Authorized Person

Date

Authorized person's authority to sign (Parent, guardian, power of attorney, etc.)

Date

Witness

Date

If you have any questions, please call the receptionist at (912) 537-9355.



Ahora tenemos la capacidad de mandar correo electronico/ mensajes recordar les de las citas pendientes. Si le gustaria recibir esta característica en el futuro, Por favor de leer y firme el consentimiento abajo.

**Consentimiento de correo electronico /y mensajes para
Cuidado de la salud Comunicaciones:**

Nombre De Paciente (Firma): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padres/Guardian Nombre: _____

Numero De Telefono (_____) _____ - _____

Carrier: AT&T Boost Cellular One Nextel Page Plus Sprint T-Mobile

U.S. Cellular Virgin Mobile USA Verizon Other: _____

Correo Electronico:

Yo entiendo que esta solicitud es para recibir correo electronicos y mensajes seran aplicados a todas las citas pendientes. Al menos que yo decida a cambiar. Yo entiendo que es mi responsabilidad de aser cambios de numeros y correo electronicos si llegan a cambiar. Al menos que yo aga una solicitud a cambiar. Lo que Vidalia Pediatric Clinic tiene en los archivos.

Padres/Guardian Firma: _____ Fecha: _____

Staff Signature: _____ Date: _____

Historia de nacimiento

Peso de nacimiento: _____ Edad de gestación: _____ Cesaria/Parto Vaginal: _____

Historia social

Vive con: _____

Número de hermanos: _____ Hermanos _____ Hermanas

Exposición al humo: (Circular) Sin exposición/ exposición ocasional/ exposición frecuente

Detectores de humo en el hogar: Si/No

Historia Familiar

Miembro Familiar

Asma	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Maternal <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Paternal <input type="checkbox"/> Hermano(a)s <input type="checkbox"/> Otro: (Especificar)
Autoinmune (Especificar) Lupus Artritis Reumatoide Síndrome de Sjogren's	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Maternal <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Paternal <input type="checkbox"/> Hermano(a)s <input type="checkbox"/> Otro: (Especificar)
Cancer (Especificar)	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Maternal <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Paternal <input type="checkbox"/> Hermano(a)s <input type="checkbox"/> Otro: (Especificar)
Diabetes Tipo 1 (Inicio juvenil) Tipo 2	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Maternal <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Paternal <input type="checkbox"/> Hermano(a)s <input type="checkbox"/> Otro: (Especificar)
Alta presión de sangre	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Maternal <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Paternal <input type="checkbox"/> Hermano(a)s <input type="checkbox"/> Otro: (Especificar)

Ataque Cardíaco/Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Maternal <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Paternal <input type="checkbox"/> Hermano(a)s <input type="checkbox"/> Otro: (Especificar)
Enfermedad de Crons Enfermedad Celiaca Diverticulitis Colitis Ulcerosa Esclerosis Múltiple Demencia/ Alzheimer	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Maternal <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Paternal <input type="checkbox"/> Hermano(a)s <input type="checkbox"/> Otro: (Especificar)
Colesterol alto/ o lípidos	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Maternal <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Paternal <input type="checkbox"/> Hermano(a)s <input type="checkbox"/> Otro: (Especificar)
Convulsiones (especificar) Epilepsia	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Maternal <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Paternal <input type="checkbox"/> Hermano(a)s <input type="checkbox"/> Otro: (Especificar)
Células Falciformes/ o otra Anemia	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Maternal <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Paternal <input type="checkbox"/> Hermano(a)s <input type="checkbox"/> Otro: (Especificar)
Problemas Tiroideos	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Maternal <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Paternal <input type="checkbox"/> Hermano(a)s <input type="checkbox"/> Otro: (Especificar)
Trastornos Psiquiátricos (Especificar) Ansiedad Depresión Enfermedad mental (Bipolar, Esquizofrenia, etc.)	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Maternal <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Paternal <input type="checkbox"/> Hermano(a)s <input type="checkbox"/> Otro: (Especificar)

Otro: Orden Genetico Desorden alimenticio Autismo Neurofibromatosis	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Maternal <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Paternal <input type="checkbox"/> Hermano(a)s <input type="checkbox"/> Otro: (Especificar)
Migranas	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Maternal <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo Paternal <input type="checkbox"/> Hermano(a)s <input type="checkbox"/> Otro: (Especificar)