



Información De El Paciente (Niño)

Apellido: _____ Nombre: _____
Segundo Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Sexo: _____ Seguro Social: _____
Dirección: _____ Apt: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Casa: _____ Número de Teléfono Móvil: _____
Número de Trabajo: _____
Teléfono de Preferencia (seleccione uno): Casa Móvil Trabajo Otro: _____
Correo Electrónico: _____
Estudiante (seleccione uno): Si No Tiempo Completo Medio Tiempo
Empleador: _____ Ocupación: _____
¿Podremos contactarlo a través de texto? Sí No

Estamos Obligados A Solicitar La Siguiete Información Por Los Nuevos Requisitos De Seguro Médico/Federal.

Raza (seleccione uno): _____
Etnia (seleccione uno): _____

Prefiero no responder.

Contacto De Emergencia

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____
Relación al paciente: _____

Preferencia De Farmacia

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____
Locación: _____

Información De Seguro Médico Primario

Compañía De Seguro Médico: _____
Nombre de Titular de Póliza: _____
Fecha de Nacimiento de Titular de Póliza: ____/____/_____
Seguro Social: _____
Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo de Póliza: _____
Relación de Titular de Póliza a Paciente (seleccione uno): Uno Mismo Padre/Madre
Esposo/a Otro: _____
Empleador de Titular de Póliza: _____

Información De Seguro Médico Secundario

Compañía De Seguro Médico: _____
Nombre de Titular de Póliza: _____
Fecha de Nacimiento de Titular de Póliza: ____/____/_____
Seguro Social: _____
Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo de Póliza: _____
Relación de Titular de Póliza a Paciente (seleccione uno): Uno Mismo Padre/Madre
Esposo/a Otro: _____
Empleador de Titular de Póliza: _____

Persona Responsable

Nombre de Persona Responsable: _____
Dirección: _____ Apt: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Numero de Casa: _____ Numero Móvil: _____
Numero de Trabajo: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: _____ Seguro Social: _____
Relación a Paciente: _____

Asignación de Beneficios/Reconocimiento de Practicas De Privacidad

Por lo presente asigno todos los beneficios médicos o quirúrgicos que incluyan beneficios mayores médicos a los que tengo derecho, seguro privado, y cualquier otro plan de salud a Healthy Life Family Medicine. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta ser revocado por mí en escritura. Una fotocopia de esta cesión ha de ser considerada tan válida como el original. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, incluyendo, pero no limitado a copagos y deducibles anuales. Por lo presente autorizo dicho cesionario a divulgar cualquier información necesaria para garantizar el pago.

X _____
Firma (paciente o tutor si es menor de edad)

X _____
Fecha

Antecedentes Médicos

Historial Médico (Ponga por escrito cualquier dolencia con la que usted ha sido diagnosticado y la fecha de inicio): Ejemplos: la hipertensión 2009, depresión 2010, diabetes 1999

Historia quirúrgica (Ponga por escrito cualquier cirugía e incluya la fecha de cirugía):

Medicamentos Actuales (Por favor indique TODOS los medicamentos, prescritos, sobre el mostrador, hierbas o suplementos):

Droga	Dosis	Con Que Frecuencia	Cuanto Tiempo Lleva Tomando el Medicamento
Ejemplo: Lisinopril	10mg	1 tableta al día	3 años

Alergias a Medicamentos (Por favor indique los medicamentos que le cause reacción alérgica e indique el tipo de reacción a cada una de los medicamentos).

Continuación de Antecedentes Médicos

Uso del Tabaco:

¿Actualmente utiliza cualquier tipo de productos de tabaco? (seleccione uno) **Sí** **No**

Si responde si, indique el tipo y la cantidad por día: _____

¿Cualquier uso anterior de tabaco? (seleccione uno) **Sí** **No**

Uso de Alcohol y Cafeína:

¿Cuántas bebidas de alcohol consume al día? _____ ¿Semana? _____

Cuántas tazas de café o té consume al día? _____ ¿Semana? _____

¿Cuántos vasos de Soda consume al día? _____ ¿Semana? _____

Abuso de Drogas:

¿Antecedentes de abuso de drogas? (seleccione uno) **Sí** **No**

Si responde si, por favor especifique la sustancia y duración de uso _____

Historia de Obstetricia y Ginecología (pacientes femeninos):

¿Número de embarazos? _____ Fecha de última menstruación? _____

¿Número de abortos espontáneos? _____ Fecha de último Papanicolaou? _____

¿Número de abortos? _____ Fecha de último mamograma? _____

¿Número de hijos vivos? _____

¿Alguna vez ha tenido algún Papanicolaou anormal? (seleccione uno) **Sí** **No**

¿Si responde que sí, cual fue el diagnostico? _____

Historia de Familia

Favor de circular:

Padre: Vivo Edad: _____ Problemas Médicos: _____
Fallecido Edad al fallecer: _____ Causa de muerte: _____

Madre: Viva Edad: _____ Problemas Médicos: _____
Fallecida Edad al fallecer: _____ Causa de muerte: _____

Hermanos: Vivo Edad(s) _____ Problemas Médicos: _____
Fallecido Edad(s) al fallecer _____ Causa de muerte: _____

Hermanos: Vivo Edad(s) _____ Problemas Médicos: _____
Fallecido Edad(s) al fallecer _____ Causa de muerte: _____

Hermanos: Vivo Edad(s) _____ Problemas Médicos: _____
Fallecido Edad(s) al fallecer _____ Causa de muerte: _____

Hermanos: Vivo Edad(s) _____ Problemas Médicos: _____
Fallecido Edad(s) al fallecer _____ Causa de muerte: _____

Hermanos: Vivo Edad(s) _____ Problemas Médicos: _____
Fallecido Edad(s) al fallecer _____ Causa de muerte: _____

Historia de Desarrollo

El paciente recibe algún tipo de terapia? (Favor de circular) Si No

Favor de circular los que apliquen: terapia del habla terapia física terapia ocupacional
terapia de desarrollo otros: _____

Esta el paciente en la escuela? (Favor de circular) Si No

En caso afirmativo, nombre de la escuela: _____

Nivel de grado: _____

El paciente está tomando: (Favor de circular)

Clases regulares Clases de educación especial Clases de recursos

Si el paciente no está en la escuela, cual fue el mayor nivel de educación obtenido? _____

Nombre de paciente: _____



Evaluación del Niño

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tiene su hijo/a antecedentes de (favor de circular):

Frecuente Infección de oídos Fracturas Frecuente dolores de garganta Varicela
Tubos de oídos Convulsiones Resfríos Accidentes mayores
Infecciones del tracto urinario

Otros: _____

Están al día las vacunas del paciente? Si No No Se

Historia Neonatal

Peso al nacer: _____ Longitud al nacer: _____

Duración de embarazo (en semanas) _____ Método de parto _____

Hospital/Lugar de nacimiento: _____

Edad cuando se dio de alta al paciente: _____

Favor de circular: alimentado con formula amamantado ambos

Complicaciones al nacer? Si No

En caso afirmativo, favor de describir _____

Historia Social

Número de adultos en casa: _____

Número de niños en casa _____

El niño/a vive con ambos padres? Si No

El niño/a pasa tiempo en guardería o con niñera? Si No

Hay mascotas en el hogar? Si No

En caso afirmativo, que tipo _____

Hay fumadores en casa? Si No

Historia de Desarrollo

A qué edad el paciente desarrollo estas habilidades:

Voltearse solo/a _____ Una sola palabra _____

Sentarse solo/a _____ Dos palabras juntas _____

Gatear _____ Caminar solo/a _____

Entrenado para el baño _____ Formando oraciones _____

La audición del paciente parece normal? Si No

La visión del paciente parece normal? Si No

Ha tenido el paciente un examen dental este último año? Si No

El paciente toma agua de la llave o algún suplemento liquido? Si No



Healthy Life Family Medicine

Liberación De Información

Nombre de Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____	
Número de Teléfono: _____	Correo electrónico: _____

Doctor Previo: _____

Dirección de doctor previo: _____

Numero de teléfono de doctor previo: _____ Numero de Fax: _____

Liberar los registros médicos para:

Healthy Life Family Medicine
750 N. Estrella Parkway Suite 40
Goodyear, AZ 85338
P: (623)889-3477
F: (623)889-3478

Descripción de la información publicada: () Notas de registros médicos () Record completo de registros médicos
() Otro: _____

Información solicitada es continuidad de la atención médica para el paciente mencionado.

Por favor lea y firme abajo

Entiendo lo siguiente:

1. Autorizo la liberación de los registros médicos a la oficina de Healthy Life Family Medicine.
2. Puedo revocar la autorización en cualquier momento con una notificación por escrito a la práctica.
3. Yo no puedo revocar esta autorización si la práctica ya ha actuado utilizando esta autorización o cuando se haya utilizado la autorización para obtener cobertura de seguro.
4. La práctica no condicionara el tratamiento o pago basado en mi firma en esta autorización.
5. Estoy firmando libremente esta autorización, no he sido presionado o coaccionado para firmar esta autorización.
6. La información divulgada en esta autorización puede ser sujeta a re-divulgación de la práctica y no protegida por la ley federal o ley estatal.
7. Estoy consciente de que tuve la oportunidad de revisar esta autorización y comprender su contenido.
8. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización en el momento de su iniciación.
9. Entiendo que la información puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, servicios de conducta o salud mental, o tratamientos de abuso de alcohol y/o drogas.

Firma de Paciente/Guardián

Relación a el Paciente

Fecha



Healthy Life Family Medicine

Autorización Familiar

Doy consentimiento a los siguientes miembros de familia o amigos:

1. Doy consentimiento para cualquier persona en la lista para poder recibir mensajes con respecto a los resultados de pruebas, consultas, o recetas si soy incapaz de responder por mí mismo.
2. Doy consentimiento para cualquier persona en la lista para poder discutir cuestiones o afirmaciones de facturas.
3. Doy consentimiento para cualquier persona en la lista para que pueda recoger cualquier historial médico o recetas que han sido solicitadas y están listas para mí.
4. Doy consentimiento para cualquier persona en la lista (mayores de 18 años) para poder traer a el paciente (si es menor de edad) a su cita y tomar decisiones medicas en caso necesario.
5. Tengo el derecho a negar cualquier persona que está en esta lista para obtener cualquier información de mi archivo después de haber firmado este consentimiento. Entiendo que debo contactar a Healthy Life Family Medicine, para que este derecho entre en efecto inmediatamente.

Nombre:

Relacion:

Firma de Paciente/Guardián

Fecha



Evaluación de Plomo

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la persona contestando el cuestionario: _____

Relación al paciente: _____

Favor de contestar todas las preguntas. Esto ayudara al médico a decidir si su hijo/a necesita una prueba de sangre especial.

Cuestionario sobre el Plomo	Si	No
1. Su hijo/a vive, visita, o juega cerca de una casa o edificio construido antes de 1978, con ultimas remodelaciones? Esto puede incluir una guarderia, preescolar, la casa de una niñera o un pariente.		
2. Su hijo/a vive o visita a menudo una casa de la cual la pintura se este desprendiendo y que se haiga construido antes de 1960?		
3. Su familia o su hijo/a han vivido fuera de los estados unidos, o acaban de llegar de un pais extranjero?		
4. Su hijo/a suele poner cosas en su boca como juguetes, joyas o llaves? Come su hijo/a Cualquier cosa que no sea comida?		
5. Su hijo/a a menudo entran en contacto con un adulto que trabaje o tenga un pasatempo que implique la exposicion al plomo. Puestos de trabajo incluyen pintura de casa, plomeria, remodelacion, construccion, reparacion de automoviles, soldadura, reparaciones electricas, joyeria o hacer ceramica. Ejemplos de los pasatiempos: hacer vidrio o ceramica, la pesca, fabricacion de armas de fuego, recoger plomo o figuras de estaño.		
6. Su hijo/a tiene un hermano/a, compañero/a o amigo/a que este en tratamiento por Envenenamiento de plomo?		
7. Su hijo/a vive cerca de alguna empresa activa que funde plomo, una planta de reciclaje de Bateria, o alguna otra industria que libere plomo?		
8. Su familia usa cosmeticos de otros paises como kohl, surma, o sindoor?		
9. Le da a su hijo/a remedios caseros o medicinas tradicionales que puedan contener plomo?		
10. Come su niño/a alimentos o bebidas que se han almacenado en ceramica de Mexico o que que han sido almacenados en coches abiertos?		
11. Su niño/a vive cerca de una carretera concurrida donde la tierra este contaminada con plomo?		
12. Su casa contienen tuberias de plomo o de cobre con conceciones de plomo?		

*Para más información sobre la exposición y evaluación, puede visitar la página de internet de Arizona Department of Health (ADHS) sobre el plomo. <http://www.azdhs.gov/phs/oeH/invsurv/lead/index.htm>
O llame al 602-364-3118.

HEALTHY LIFE FAMILY MEDICINE
Elegibilidad de Pacientes
Vacuna para el programa de niños

Este documento debe conservarse en la oficina del médico para reflejar el estado actual de todos los niños de 18 años de edad o más joven declarado elegible para recibir vacunas a través del programa de vacunas para los niños. Este registro puede ser completado por el padre, tutor, persona de registro o por el proveedor de atención médica. Este mismo registro puede usarse para visitas posteriores como si no ha cambiado el estatus de elegibilidad del niño VFC. Verificación de la respuesta del proveedor no es necesaria, pero es necesario conservar este documento en archivo por un mínimo de tres años.

Fecha de revisión inicial: _____

Apellido del Paciente: _____ **Nombre del Paciente:** _____

Fecha de nacimiento: _____

Apellido de Padre/Tutor/Persona de registro: _____ **Nombre:** _____

Proveedor: _____ **Seguro Medico:** _____

Este niño califica para la vacunación a través del programa VFC porque él o ella (marque solo uno):

- Está inscrito en KidsCare
- Está inscrito en AHCCCS
- No tiene seguro medico
- Es Indio Americano o Nativo de Alaska (no importa cuál sea la situación del seguro medico)
- Tiene seguro medico que no paga por las vacunas.
- Este niño no califica para el programa de VFC.
- Marque aquí si este niño tiene seguro medico que paga por las vacunas.

Fecha de elegibilidad, cambios, y actualizaciones.				
KidsCare	AHCCCS	No Asegurados	Nativo Americano/Nativo de Alaska	Seguro Bajo

Tenga en cuenta:
 Si su compañía de seguro no cubre las vacunas y no sabemos a la hora de la visita, es su responsabilidad pagar los costos implicados. No podemos hacer que el programa de vacuna para los niños retroactiva y solo son elegibles para el programa de vacunas para los niños en el momento de la visita. Si no está seguro si están cubiertas las vacunas y chequeos físicos, póngase en contacto con su compañía de seguro. Gracias.

Por favor firme abajo para indicar que usted entiende y está de acuerdo con la declaración anterior.

Firma: _____ **Fecha:** _____



Póliza de Pago Healthy Life Family Medicine

Le agradecemos haber elegido a Healthy Life Family Medicine como su proveedor de atención primaria. Nos comprometemos a brindarle calidad y cuidado de salud accesible. Nuestra póliza financiera es la siguiente:

1. **Seguros.** Participamos en la mayoría de planes de seguro. Si no están asegurados por un plan con los cuales hacemos negocios, pago completo se requiere en cada visita. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Contacte su compañía de seguros directamente para cualquier pregunta sobre su cobertura. Al firmar este formulario, autoriza a Healthy Life Family Medicine para liberar la información necesaria para completar y procesar sus reclamos hacia los seguros médicos.
2. **Los copagos y deducibles.** Todos los co-pagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de nuestro contrato con su compañía de seguros.
3. **Los Servicios No Cubiertos.** Entiendo que algunos, y tal vez no todos, de los servicios que recibiré pueden ser cubiertos por mi seguro o no se consideran necesarios o razonables por Medicare y otros aseguradores. Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que han sido determinados por mi plan de seguro para ser "no cubiertos". Pago completo por estos servicios es generalmente debido en cada visita.
4. **Actualizaciones.** Nuestro personal le pedirá que verifique su información personal o sobre su seguro médico en cada visita. La información actual es esencial para nosotros para comunicarnos con usted sobre su tratamiento y para obtener el pago oportuno de su compañía de seguros.
5. **Sumisión de Reclamos.** Nosotros enviaremos sus reclamaciones a su seguro médico. Trataremos de asistirle de cualquier manera razonablemente para obtener su reclamación pagada. Tenga en cuenta que el balance de su reclamo es su responsabilidad si su compañía de seguros paga su reclamo o no. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.
6. **Cambios de Cobertura.** Si hay cambios en su seguro médico, notifíquenos por favor tan pronto como sea posible para que podamos hacer cambios apropiados para ayudarlo a que reciba lo máximo de sus beneficios.
7. **Citas Perdidas.** Se le cobrará una cuota de \$25.00 por cualquier cita perdida ni no nos notifica por lo menos 12 horas antes de su cita programada. Ayúdenos a servirle mejor manteniendo su cita.
8. **Cheques Devueltos (Sin Fondos).** Se le cobrará un honorario de proceso de \$15.00 por cualquier cheque personal devuelto por falta de pago.
9. **Forma de Terminación.** Por favor note que cualquier implementación de formularios para efectos del seguro, discapacidad a corto plazo y FMLA requiere una cita con uno de nuestros proveedores para completarse. Habrá una cuota de \$25.00 para formularios de discapacidad a corto plazo o papeleo FMLA.

He leído y entiendo las pólizas de pago de Healthy Life Family Medicine:

Firma

Fecha



Portal de Healthy Life Family Medicine Health

La aplicación de Healow puede ser accedido a través de su computadora y su dispositivo móvil. Favor de proporcionar a nuestro personal con una dirección de correo electrónico para poder abrir su cuenta con nuestro portal de salud.

- Vea su historial médico, resultados de analices de sangre, referidos para especialistas, reportes de estudios de radiología.
- Solicitar rellenos de sus medicamentos
- Enviar mensajes directos a sus proveedores.

Doy consentimiento a Healthy Life Family Medicine a través de Correo electrónico Mensaje De Texto Teléfono para que me recuerden de mis próximas citas, resultados de analices de sangre o reportes de estudios de radiología.

Correo Electrónico: _____

Por favor firme abajo reconociendo que el correo electrónico anterior es correcto y que podemos utilizarlo para activar su cuenta del portal de salud.

Firma del Paciente

Fecha