

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <b>Patient's First Name</b><br>Primer Nombre de Paciente   |  | <b>M.I.</b>   | <b>Patient's Last Name</b><br>Apellido |  |
| <b>Sex</b> M F<br>Sexo   | <b>Date of Birth</b><br>Fecha de Nacimiento    |   | <b>SSN</b><br>Numero Social            |  |
| <b>Address</b><br>Dirección  |  |   | <b>Apt #</b>                           | <b>City</b><br>Ciudad  |
|  |  |   | <b>Zip Code</b><br>Código Postal       |  |
| <b>Home Phone</b><br>Telefono de Casa  |  | <b>Cell Phone(18+)</b><br>Numero Celular(18+)         |  | <b>Ethnicity</b> <input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Other:<br>Etnica <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Otro: |
| <b>E-Mail Address</b>  |  |   |  |  |
| <b>Mother</b><br>madre   | <b>Name</b><br>Nombre                          |   | <b>Age</b><br>La Edad                  |  |
|  | <b>Occupation</b><br>La Ocupación              |   | <b>SSN</b><br>Numero Social            |  |
|  | <b>Employer</b><br>Trabajo                     |   | <b>Education</b><br>La Educación       |  |
|  |  | <b>Employer's address</b><br>La dirección del trabajo |  |  |
| <b>Father</b><br>Padre   | <b>Name</b><br>Nombre                          |   | <b>Age</b><br>La Edad                  |  |
|  | <b>Occupation</b><br>La Ocupación              |   | <b>SSN</b><br>Numero Social            |  |
|  | <b>Employer</b><br>Trabajo                     |   | <b>Education</b><br>La Educación       |  |
|  |  | <b>Employer's address</b><br>La dirección del trabajo |  |  |
| <b>Guardian</b><br>de guardián   | <b>Name</b> [Stepparent/grandparent]<br>Nombre |   | <b>Age</b><br>La Edad                  |  |
|  | <b>Occupation</b><br>La Ocupación              |   | <b>SSN</b><br>Numero Social            |  |
|  | <b>Employer</b><br>Trabajo                     |   | <b>Education</b><br>La Educación       |  |
|  |  | <b>Employer's address</b><br>La dirección del trabajo |  |  |
| <b>Emergency Contact 1</b><br>En caso de Emergencia  |  | <b>Phone #</b><br>El teléfono #                       |  | <b>Relationship to Child</b><br>La relación al Niño  |
| <b>Emergency Contact 2</b><br>En caso de Emergencia  |  | <b>Phone #</b><br>El teléfono #                       |  | <b>Relationship to Child</b><br>La relación al Niño  |
| <b>Child's Primary Insurance</b><br>El Seguro primario del paciente  |  |   |  | <b>ID #</b>  |
| <b>Secondary Insurance</b><br>Seguro secundario  |  |   |  | <b>ID #</b>  |
| <b>Reason for today's visit</b> Rase para la visita de hoy   |  |   |  |  |
| <b>Where did you hear about us?</b> ¿Dónde usted oyó hablar de nosotros?   |  |   |  |  |
| <b>Referring Doctor</b> El Doctor refiriéndose   |  |   |  |  |
| I give my consent and authorize any medical treatment deemed necessary and/or requested for the above named patient by Smita Tandon, MD. This includes all diagnostic tests, X-rays, treatments etc. I agree to assume all financial responsibility and obligations incurred for such services and authorize the payment of medical benefits directly to Smita Tandon, MD. I will also assume any costs, if incurred, for collection. I authorize the doctor to photograph my child for the purposes of medical consultation and teaching. I agree to arbitration in a neutral setting to settle any disputes. I hereby authorize said assignee to release medical information to secure payments and care for my child.   |  |   |  |  |
| PARENT SIGNATURE: _____  |  |   | DATE: _____                            |  |
| Yo doy mi consentimiento y autorizo que cualquier tratamiento médico juzgó el requisito Y/o pidió para el paciente nombrado anterior por Smita Tandon, MD. Esto incluye todo el diagnóstico prueba, Rayos X, etc de los tratamientos. yo estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad todo financiera y obligaciones incurridas en para cosas así repara y autoriza el pago de beneficios médicos directamente a Smita Tandon, MD. Yo también asumiré cualquier costo, si incurrió en, para la colección. Yo autorizo que el doctor fotografíe a mi niño para los propósitos de consulta médica y de enseñar. Yo acepto el arbitraje en una escena neutra establecer cualquier disputa. Yo autorizo dicho el cesionario para soltar la información médica para afianzar los pagos y querer a mi niño por la presente. |  |   |  |  |
| FIRMA DEL PADRE: _____   |  |   | DATE: _____                            |  |

# Patient History

**Por favor Complete lo más Mejor Posible. Circule todo lo que Aplique. Pregúntele al doctor si usted tiene preguntas o usted necesita la ayuda para rellenar las respuestas.**

|                             |   |   |  |  |                               |  |
|-----------------------------|---|---|--|--|-------------------------------|--|
| El Nombre de paciente       |   | Apellido  |  | La fecha de Nacimiento                                   |                               |  |
| El nombre de Escuela        |   | Ciudad  | Grado  | ¿Guardería? Y N  |                               |  |
| Mamá                        |   | Número del contacto   |  | Papá   |                               |  |
| Número del contacto         |   | Número del contacto   |  | Número del contacto                                      |                               |  |
| <b>NINO / NINA</b>          | <b>Historia del nacimiento</b>  | El nombre de Hospital, la Dirección,  |  |  | Vaginal / Cesario             | Peso del nacimiento<br>____ lbs ____ oz          |
|                             | <b>La Historia prenatal</b>   | La edad de Madre  | Numero de embarazos                                      | No. de niños   |                               | Abortos o abortos                                |
|                             | <b>Problemas que la mamá tenía durante el Embarazo</b>  | Altapression<br>Meds  | Azúcar alta?   | Infecciones  | Medicaciones                  | Fume / Alcohol / Las drogas<br>sí no             |
|                             |   | VDRL neg / pos  | HbsAg neg / pos  | GBS neg / pos  | Rubéola Imm Nonimm            | Otro Problemas                                   |
| <b>LA HISTORIA FAMILIAR</b> | <b>Cualquier miembro de la familia del niño con</b>   | <b>Enfermedad</b>   | <b>de madre</b>  | <b>El lado de madre - el abuela / abuelo etc</b>         | <b>de Padre</b>               | <b>El Lado de Padre - el abuela / abuelo etc</b> |
|                             |   | del corazón   |  |  |                               |  |
|                             |   | Diabetes  |  |  |                               |  |
|                             |   | Altapression  |  |  |                               |  |
|                             |   | Cáncer  |  |  |                               |  |
|                             |   | Problemas del riñón   |  |  |                               |  |
|                             |   | Convulsiones  |  |  |                               |  |
|                             |   | Asma  |  |  |                               |  |
|                             |   | Alergias  |  |  |                               |  |
|                             |   | Otro  |  |  |                               |  |
|                             | <b>Los niños Vive con</b>   | La mamá / la mamá del paso / el Papá / el papá del paso / la Abuela / el Abuelo / Guardián / las hermanas / los hermanos / los primos |  | Adultos adicionales en Casa                              | Los Niños adicionales en Casa |  |
|                             | <b>Las vidas en</b>   | ¿Apartamento?<br>¿Qué Suelo?  |  | La sola Casa Familiar<br>La sola historia / Dos Historia |                               |  |
|                             | <b>El Nombre de hermana</b>   | <b>Edad</b>   | <b>El Nombre de hermana</b>                              | <b>Edad</b>  | <b>El Nombre de hermano</b>   | <b>Edad</b>                                      |
|                             |   |   |  |  |                               |  |
|                             |   |   |  |  |                               |  |
|                             |   |   |  |  |                               |  |
| <b>NINO / NINA</b>          | <b>El pasado los Problemas de niño</b>  | Visitas ala sala de emergencia  |  |  |                               |  |
|                             |   | Hospitalizaciones   |  |  |                               |  |
|                             |   | Los Problemas crónicos  |  |  |                               |  |
|                             |   | Los Problemas recurrentes   |  |  |                               |  |
|                             | <b>¿Bajo 40 Automóvil del lbs Siente? en Asiento trasero que Enfrenta Enfrentando Adelante Al revés</b> | <b>¿40 - 60 lbs en el Propulsor del asiento trasero Sientan? Sí No</b>  |  | <b>¿Encima de 60 LBS Asiento Cinturón? Sí No</b>         |                               |  |
|                             |   |   |  | <b>¿Qué Asiento? menos 12y a tras enfrenta des pues</b>  |                               |  |
|                             | <b>Sueño Hábitos</b>  | El infante Duerme en Espalda?<br>del Lado? <u>stómago?</u>  | Las siestas Sí No  | Los niños Duerme durante la Noche Sí No                  |                               |  |
|                             | <b>Fuego Seguridad</b>  | Detector de Humo activo   | Sí No  | Plan de la Evacuación en caso de incendio Sí No          |                               |  |
|                             | <b>El Cuidado dental</b>  | Los dientes Sí No   | Cepillando Sí No   | Última Visita Dental [la Fecha]                          |                               |  |
|                             | <b>¿Animales domésticos?</b>  | Sí No   | Por favor liste el animal, numere, afuera o adentro..... |  |                               |  |
|                             | <b>¿Los comentarios / las Preguntas?</b>  |   |  |  |                               |  |

## **Aviso de Prácticas de Privacidad**

Me entiendo que, bajo el Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi protegida información médica. Entiendo que esta información puede y será usado para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples médicos que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.

Realizar operaciones de atención médica normales tales como evaluaciones de calidad y certificaciones de médico.

He recibido, lea y entienda su "aviso de prácticas de privacidad" que contiene una descripción más completa de los usos y divulgación de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho a cambiar su "aviso de prácticas de privacidad" de vez en cuando y que puedo contactar con esta organización en cualquier momento en la dirección de arriba para obtener una copia actualizada de la "notificación de prácticas de privacidad".

Entiendo que puedo pedir por escrito que usted restrinja cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. También entiendo que usted no está obligado a aceptar mi pedidas restricciones pero si usted no está de acuerdo entonces que están obligados a acatar las restricciones.

Formación: En la ocasión, participamos en la educación y la formación de profesionales de salud. Podemos usar y revelar su información médica a los estudiantes actuales y potenciales, residentes u observadores como parte del proceso de capacitación y educación.

Ejemplo: Su médico puede permitir que un estudiante o un observador monitorear su tratamiento como parte de una experiencia de aprendizaje.

Nombre del paciente:

Representante del paciente:

Firma:

Fecha:

### **USO DE OFICINA SOLAMENTE**

Trató de obtener la firma del paciente o representante del paciente  
Acusando recibo de la "notificación de prácticas de privacidad" de grupo médico de DR2KIDS, pero no pudo hacerlo, como se indica a continuación:

Fecha:

**iniciales:**

razón:

**Patient Financial Responsibility Letter**  
**Paciente Carta de Responsabilidad Financiera**

Date: \_\_\_\_\_

To/ Para: Dr. Tandon

If it should be determined that I am not eligible for benefits or that this service is not covered through my insurance plan, I, \_\_\_\_\_, Father/Mother/Guardian of \_\_\_\_\_ agree to pay Dr. Smita Tandon, DR2KIDS, the usual and customary charges incurred for medical services rendered to myself or my dependents.

Si se determina que no soy elegible para los beneficios o que este servicio no está cubierto a través de mi plan de seguro, \_\_\_\_\_, padre o madre/tutor de \_\_\_\_\_ acepto pagar Dr. Smita Tandon, DR2KIDS, los gastos habituales y consuetudinarios generados por los servicios médicos prestados a mí o a mi cargo.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian's Name / de nombre

\_\_\_\_\_  
Signature / firma

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient / Relación con el paciente

**Permission to Allow Observers/ Students/ Residents in Rooms**  
**Permiso para permitir observadores / estudiantes y residentes en habitaciones**

Our clinic participates with UCI and other Teaching Institutions as a teaching clinic in which Medical Students, Residents, Fellows, Nurse Practitioner Students, Observers and other Personnel Observe, Communicate with and examine the Patients. Your signature here permits your child to be seen with and by these members. If at any time you do NOT wish to participate in teaching sessions, please inform one of our staff members. On behalf of all learners we thank you for your cooperation.

Nuestra clínica participa con la UCI y otras instituciones de enseñanza como una clínica de enseñanza en el que los estudiantes de medicina, residentes, becarios, enfermera practicante estudiantes, observadores y demás personal observar, a comunicarse con y examinar a los pacientes. La firma aquí permite al niño a verse con y por los miembros. Si en cualquier momento no desea participar en las sesiones de enseñanza, por favor a uno de nuestros funcionarios. En nombre de todos los estudiantes le agradecemos su colaboración.

\_\_\_\_\_  
Print Name / de nombre

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient/ Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Signature / firma

(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
Telephone Number/ Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Address /Dirección

\_\_\_\_\_  
City, State, Zip Code / ciudad, Estado, código postal

11100 Warner Avenue, Suite 368, Fountain Valley, CA 92708-7514

Phone: 714 241 1777

Fax: 714 241 7221

Web Site: [www.dr2kids.com](http://www.dr2kids.com)

email: [doctor@dr2kids.com](mailto:doctor@dr2kids.com)