

POLIZAS DE LA PRACTICA

Gracias por escoger a First Pediatric Care Center, P.A. como pediatra de su niño/a. Nos esforzaremos en hacer lo mejor para alcanzar sus expectativas. Tenemos una alta cantidad de pacientes que dependen de nosotros diariamente y hacemos lo mejor para acomodar esta necesidad. Para ayudarnos a alcanzar nuestras metas, hemos establecido pólizas y procedimientos de la práctica que esperamos sean beneficiosos para cada uno.

1. Aceptamos pacientes recién nacidos hasta 21 años de edad.
2. Verificamos todas las tarjetas de seguridad antes de su visita como cortesía hacia usted. En última instancia, es su responsabilidad saber lo que su seguro cubre o no cubre acerca de las citas de chequeo físico y enfermedad de su hijo/a. Recomendamos que llame a su compañía de seguro para verificar si los deducibles han sido resueltos y para verificar los beneficios de salud antes de su cita llamando al número de servicio en su tarjeta.
3. Debe presentar su tarjeta de seguro actual en cada visita o será responsable por el pago de la visita de ese día. Ese dinero no se le reembolsará a usted aunque presente la tarjeta de seguro en otra ocasión.
4. Debe estar preparado/a para pagar por la visita de su hijo/a en cada cita incluyendo deducibles y pagos adicionales antes de servicios médicos prestados.
5. Debido al espacio limitado de nuestra sala de espera, le pedimos que limite la cantidad de miembros de su familia acompañando al paciente.
6. Si su hijo/os son menos de 18 años de edad, usted es responsable por ellos en nuestra sala de espera y salones de examen y sea cortés con los demás pacientes.
7. Los empleados de esta práctica están llevando a cabo la póliza y los procedimientos dirigidos por el gerente de la oficina y la doctora. Si tuviera alguna pregunta de la póliza o conducta de los empleados, por favor comuníquese con el gerente de la oficina o la doctora. No toleramos a los padres o guardianes que usan lenguaje abusivo, discuten o fallan en cooperar con las pólizas y los procedimientos de First Pediatric Care Center, P.A. Este tipo de comportamiento es razón para ser rechazado de First Pediatric Care Center, P.A.
8. Si llegan más de 30 minutos tarde a su cita sin notificarnos antes, su cita será cancelada.
9. COMIDAS y BEBIDAS no se permiten en nuestra sala de espera ni salones de examen.
10. Por favor no remueva las sillas en la sala de espera ni salones de examen.
11. Formas de físicos que necesiten ser llenadas y firmadas por la doctora después de la visita, requieren un pago de \$10.00 y 5 días laborables para ser completadas.

Gracias por su cooperación.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con seguir las pólizas que se han indicado.

Firma del padre/guardián

Fecha

Nombre del padre/guardián

Nombre del paciente

HIPAA Aviso de Practicas de la Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y SER DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE CONSEGUIR EL ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REPASELO CUIDADOSAMENTE.

Este aviso de práctica de la privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información protegida de la salud (PIH) para llevar hacia afuera de nuestra oficina el tratamiento médico, pagos de su cuenta y las operaciones del cuidado médico (TPO) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de tener acceso y de controlar su información protegida de la salud. La “Información Protegida de la Salud” es información sobre usted, incluyendo la información demográfica que pueda que pueda identificarlo y que se relaciona con su salud actual y futura o condición física o mental, y servicios relacionados al cuidado médico.

APLICACIONES Y ACCESO A LA INFORMACION PROTEGIDA DE LA SALUD: Su información protegida de la salud puede ser utilizada y divulgada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que están implicados en su cuidado y tratamiento con el fin de proporcionarle servicios de cuidado médico, para el pago de la cuenta de su cuidado médico, para apoyar las operaciones de la oficina del doctor, y cualquier otro uso requerido por la ley.

TRATAMIENTO: Utilizaremos y divulgaremos su información protegida de la salud para proporcionar, coordinar o para manejar su cuidado médico y cualquier otro servicio relacionado con el mismo. Esto incluye la coordinación o la gerencia de sus cuidados médicos por terceras personas. Por ejemplo, divulgaremos su información protegida de la salud a una gerencia casera de salud que le proporciona cuidado a usted. Además, su información protegida de la salud se puede proporcionar a un médico a quien se le ha referido para asegurarnos de que ese medico tenga la información necesaria para diagnosticarlo.

PAGO: Su información protegida de la salud será utilizada según sea necesario para obtener el pago del servicio de su cuidado médico. Por ejemplo, la obtención de la aprobación para su estancia en el hospital puede requerir que su información protegida de la salud relevante sea divulgada al plan médico para obtener la aprobación para admisión del hospital.

OPERACIONES DE CUIDADO MEDICO: Podemos utilizar o divulgar según sea necesaria su información protegida de salud para apoyar las actividades económicas de la oficina del doctor. Estas actividades incluyen pero no se limitan a las actividades de la valoración de la calidad, actividades de visión de empleados, entrenamiento de estudiantes médicos, licenciaturas y para arreglar o conducir otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su información protegida de la salud a los estudiantes médicos que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos utilizar una hoja de registración en el escritorio de registro donde le pedirán escribir su nombre y el nombre de su médico. Podemos también llamarle por su nombre en el cuarto de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos o divulgar su información protegida de la salud cuando sea necesario para entrar en contacto con usted y recordarle sobre las citas futuras.

QUEJAS: Usted puede quejarse hacia nosotros o la secretaria de los servicios humanos y de salud si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Usted puede hacer una queja de nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad o su queja. Nosotros no tomaremos represalias contra usted por haberse quejado de nosotros o nuestros servicios.

Este aviso fue publicado y es efectivo el/o antes del 14 de Abril de 2003.

La Ley requiere mantener la privacidad y proveer la misma a los demás con este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información protegida de la salud. Si usted tiene alguna objeción sobre esta forma, por favor pida hablar con nuestro oficial de conformidad de HIPAA en persona o por teléfono en nuestro teléfono principal.

La firma debajo es en reconocimiento de que usted ha recibido este aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad:

Nombre del padre/guardián: _____

Firma: _____ *Fecha:* _____

***First Pediatric Care Center, P.A.
2644 Court Dr.
Gastonia, NC 28054***

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

- First Pediatric Care Center, P.A. esta confiado de proporcionar el mejor cuidado posible a nuestros pacientes. La información siguiente es necesaria para asegurarse de que la información del paciente está protegida a toda hora bajo nuestras regulaciones de HIPAA.
- Por favor circule sí o no en las categorías enumeradas debajo en lo que respecta incluyendo que First Pediatric Care Center, P.A. debe tomar tiempo para informarle resultados e información de su expediente médicos, pero no limitado a su diagnosis médica, información con respecto a sus citas futuras, y otra información pertinente relacionada con su asistencia médica.

Por este medio doy permiso a First Pediatric Care Center, P.A. y el personal de oficina de discutir la información médica, resultados de laboratorios y prescripciones antes dichas a las siguientes personas:

POR FAVOR CIRCULE

SI NO Nombre _____ **Teléfono** _____

SI NO Nombre _____ **Teléfono** _____

SI NO Nombre _____ **Teléfono** _____

SI NO Nombre _____ **Teléfono** _____

SI NO First Pediatric Care Center, P.A. puede dejar información detallada en mí contestador automático. **Teléfono:** _____

SI NO First Pediatric Care Center, P.A. puede dejar información detallada en mí correo de voz del trabajo. **Teléfono:** _____

Si NO Quisiera que la información médica de mi niño/a fuera discutida conmigo solamente.

Por este medio doy permiso para que las siguientes personas traigan a mi niño/a a First Pediatric Care Center, P.A. para visitas de enfermo o chequeos físicos hasta que yo de aviso de cualquier cambio:

Nombre _____ **Teléfono** _____

Nombre _____ **Teléfono** _____

Nombre _____ **Teléfono** _____

Nombre _____ **Teléfono** _____

Firma del padre/guardián: _____ **Fecha:** _____

Testigo: _____ **Fecha:** _____

**First Pediatric Care Center, P.A.
Portabilidad del Seguro Medico
Forma de Consentimiento de la Conformidad del Paciente (HIPAA)**

El departamento de los servicios humanos y de salud ha establecido una “Regla de Privacidad” para ayudar a asegurar que la información personal del cuidado médico este protegida por privacidad. La regla de privacidad también fue creada para proporcionar un estándar para que algunos proveedores de cuidado médico para obtener el consentimiento del paciente para uso y divulgación de información de salud sobre el paciente para llevar nuestro tratamiento, pagos y operaciones de cuidados médicos.

Como nuestro paciente nosotros queremos que usted sepa que respetamos la privacidad de su expediente médico personal y que haremos todo lo que este sea necesario para asegurar y proteger su privacidad. Nos esforzamos para siempre tomar precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado y necesario, nosotros proveemos la mínima información necesaria sobre tratamientos, pagos por operaciones de cuidados médicos solo a quienes sentimos están necesitados de esa información en orden de proveerle algún cuidado que este en su mejor interés.

Nosotros también queremos que sepa que apoyamos el acceso completo a su expediente médico personal. Podemos tener relaciones de tratamiento indirecto en el curso de su cuidado (por ejemplo; con referencia a laboratorios que solo interactúan con los doctores y no con los pacientes), además podemos divulgar información médica personal para propósitos de tratamientos, pagos u otras operaciones de cuidado médico, y frecuentemente estas entidades no requieren del consentimiento del paciente.

Usted puede negarse a consentir el uso de divulgación de su información médica personal pero esto debe ser por escrito. Bajo esta ley, nosotros tenemos el derecho de negarnos a ofrecerle tratamiento, y negarnos a divulgar su Información de Salud Personal (PHI). Si usted eligiera darnos el consentimiento en este documento, en tiempo futuro usted puede negarse por completo o en partes de su PHI. Usted no puede revocar acciones que han sido tomadas ya que estas están basadas en este o en un consentimiento anteriormente firmado.

Si usted tiene alguna objeción sobre este documento, por favor pida hablar con nuestro oficial de conformidad de HIPAA.

Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso de privacidad, solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito después de halla revisado nuestro aviso de privacidad.

Nombre del padre/guardián: _____

Firma del padre/guardián: _____ **Fecha:** _____

Cuestionario Inicial de Historia		Nombre del Paciente		
Completada por:	Fecha	Numero de Seguro Social		
		Fecha de Nacimiento	Edad	M/F

Por favor haga una lista de todos los que viven en la casa con los niños:

Nombre	Relación	F.D.N	Problemas de Salud

Note los nombres, edades y lugar de hábito de otros niños no mencionados.

¿Si el niño(a) no vive con los padres, quien tiene la custodia?

Historia de Nacimiento

Por favor responda las siguientes preguntas.

¿Cuánto pesó él bebe cuando nació? : _____
Circule uno

El bebe nació: Temprano o Tarde

¿Si nació temprano, cuantas semanas de gestación fueron? _____

¿La madre tuvo problemas o enfermedades durante el embarazo? Circule uno Si o No

Explique porque _____

Durante el embarazo la madre: *circule uno*

Fumo: Si o No Explique _____

Alcohol: Si o No Explique _____

Drogas: Si o No Explique _____

El parto fue: Cesárea o Vaginal
Si fue cesárea, explique por qué _____

¿Su bebe tuvo algún problema al nacer? _____

Alimento Inicial:

¿Pecho? Si o No Biberón? Si o No

¿Formula? Si o No

Que tipo de formula. _____

¿Él bebe se fue del hospital junto con la mama?

Si o No Explique. _____

General

¿Usted considera a su hijo/a en Buena salud? SI o No Explique _____

¿Su hijo/a tiene alguna condición médica? SI o No Explique _____

¿Su hijo/a ha tenido algún accidente serio? SI o No Explique _____

¿Su hijo/a ha tenido cirugía? SI o No Explique _____

¿Su hijo/a ha sido hospitalizado? SI o No Explique _____

¿Su hijo/a tiene alergias a medicinas? SI o No Explique _____

Desarrollo

¿Tiene preocupaciones sobre el desarrollo físico de su hijo(a)? Si o No Explique _____

¿Tiene preocupaciones sobre el desarrollo mental o emocional? Si o No Explique _____

¿Tiene preocupaciones del palmo de atención de su hijo(a)? Si o No Explique _____

Informacion de la escuela

Si su hijo(a) va a la escuela por favor responda.

¿Cómo se comporta en la escuela? Explique _____

¿Ha fallado or repetido otro año? Explique _____

Como va con sus materias de estudio? Explique _____

¿Está en cursos especiales? Explique _____

Historial Medico de la familia

Alguno de los miembros de su familia ha tenido alguno de los siguientes padecimientos:

Sordera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Alergias Nasales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Problema del corazón (antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Presión Alta (antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Sangramiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Problemas de los Riñones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Diabetes (antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Orinarse en la cama (después de los 10 años)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Abuso de Alcohol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Abuso de Drogas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Retardo Mental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Problemas inmunológicos, VIH o EDTS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____

Historia familiar adicional: _____

Historial Medico Pasado

Su niño tiene o alguna vez ha tenido:

Varicela	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Infecciones de oído frecuente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Problemas con los oídos o al escuchar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Alergias nasales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Problemas de los ojos o visión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Asma, bronquiolitis o neumonía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Problemas del corazón o murmulos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Anemia o problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Dolor abdominal frecuente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Estreñimiento que requiere visitas al doctor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Infección urinaria o de riñones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Orinarse en la cama (después de los 5 años)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
(Niñas) Ya ha tenido su primer periodo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
(Niñas) Tiene problemas con el periodo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Algún problema crónico de la piel (acné)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Convulsiones o problemas neurológico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Tiroides o problemas endocrinos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Algún otro problema significativa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Uso de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____

**AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE b OF PROTECTED HEALTH
INFORMATION**

Patient Last First MI
(Apellido) (Nombre)

Date of Birth
(Fecha de Nacimiento)

I hereby authorize: (Yo autorizo)
(Name and address of releasing facility)
(Nombre y dirección de la clínica anterior)

To release Information to: (De mandar informacion a)
(Individual name, facility, organization and address)
(Nombre y dirección del individuo, facilidad u organización)

First Pediatric Care Center, P.A.
2644 Court Drive,
Gastonia, NC 28054
Tel: (704) 823-1698
Fax: (866) 777-2205

Date & Time of Appointment _____

PURPOSE OF DISCLOSURE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Continuing Care | <input type="checkbox"/> Physician Request |
| <input type="checkbox"/> Payment of Claim | <input type="checkbox"/> Legal |
| <input type="checkbox"/> School | <input type="checkbox"/> For Personal Use |

Other (specify) _____

INFORMATION TO BE RELEASED

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> H & P Exam/Initial Evaluation | <input type="checkbox"/> Lab/X-Ray Reports |
| <input type="checkbox"/> Progress Notes | <input type="checkbox"/> Consultation |
| <input type="checkbox"/> Correspondence | <input type="checkbox"/> Hospital |
| <input type="checkbox"/> Vaccination Record | <input type="checkbox"/> other (specify) _____ |

ACKNOWLEDGMENT OF UNDERSTANDING

- I understand the expiration date of this authorization in one year from today's date.
- I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying the providing organization in writing, and it will be effective on the date notified except to the extent action has already taken in reliance on it.
- I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer be protected by Federal Privacy Regulations.
- I understand this consent for release of school and/or drug abuse information is subject to revocation at any time except to the extent that the program or person, which is to make to disclosure, has already acted in reliance on it.
- I understand that First Pediatric Care Center, P.A. may not condition my treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits on me signing this authorization.
- I understand I will receive a copy of this form after I have signed it.
- I understand that in compliance with NC statute (N.C G.S.A 90-411); I may be requiring paying a fee for retrieval and photocopying of records and/or supervising inspection of medical records.
- I understand a photocopy or fax of this form is the same as original.

Signature of Patient or Guardian
(Firma del paciente o guardián)

Relationship to the Patient
(Relación con el paciente)

Date
(Fecha)

Witness Signature

Date