Advanced Pediatrics
Columbus Regional Health Network

36 McNeill Plaza, Whiteville, NC 28472
(N) 910-640-4064 (F) 910-640-4063

FOLMULARIO DE INFORMACIÓN FAMILIAR

NOMBRE DEL PACIENTE : APELLIDO APODO FECHA DE NACIMIENTO NUMERO DE SEGURO SOCIAL GÉNERO
Circule Uno
Niño / Niña

DIRECCIÓN DEL NIÑO(A): _____
P.O BOX DIRECCIÓN DE LA CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Adulto Principal para el niño/(a)	**Adulto Alternativo de contacto para el niño/(a)**
Nombre:	Nombre:
Relación al niño/niña: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro:	Relación al niño/(a): ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro:
Dirección: ☐ Igual que dirección del niño/(a) _____ Ciudad: Estado: Codigo Postal:	Dirección: ☐ Igual que direccion del niño/(a) _____ Ciudad: Estado: Código Postal:
Teléphono del hogar:	Teléphono de la hogar:
Numero De Celuar:	Numero De Celular:
Numero De Seguro Social: Fecha De Nacimiento:	Numero De Seguro Social Fecha De Nacimiento:
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:
Empleador:	Empleador:
Teléphono del Trabajo:	Teléphono del Trabajo:

Farmacia _____ Raza: _____

¿Hijo/a Adoptivo? ☐ Si ☐ No **Tutor De Crianza** _____

¿Custodia Del DSS? ☐ Si ☐ No **Persona(s)Assignada** _____

Los Padres de niño/(a) son:

☐ Soltero ☐Casados ☐ Divorciados ☐ Separados ☐ Viven Juntos, No Casados ☐Viudos ☐ Desconosido ☐ Nino/Niña es Adoptivo

EN CASO DE EMERGENCIA, LA OFFICINA DEBE LLAMAR Nombre y Relación _____ Teléphono : _____

Como padre/madre entiendo que debo dar permisso para que mi hijo/(a) pueda recibir tratamiento médico. Si es possible, yo iré con mi hijo/(a) A todas las citas en Advanced Pediatrics.

Si no puedo ir con mi hijo/a, acepto dejar y/o buscar tratamiento médica para mi hijo/a

(Nombre y Relación) _____ (Teléphono) _____

(Nombre y Relación) _____ (Teléphono) _____

Ejemplos de personas nombradas pueden ser - ***Padrastros, Abuelos, Niñera, etc.***

Si mi hijo/a llega con alguien que no sea yo o las personas mencionadas anteriormente, yo acepto enviarles una nota escrita con mi firma, dando el permiso para el tratamiento.

¿Exsisten ordenes judiciales o documentos legales relacionado con su hijo/a que debamos conocer? ☐ Si ☐ No

Firma del adulto completando este formulario: _____ **Nombre en Imprenta:** _____

NOBRE DEL NIÑO/NIÑA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PACIENTE Y HISTORIA FAMILIAR

¿Que problemas medica tiene el niño/niña? **¿Que problemas medica tiene la familia del niño/niña?**

1. Problemas Medica:	**¿Quien tiene el problema medico? (Porfavor circule)**
Defectos De Nacimiento	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermans AAP AOP AAM AOM
Obesidad(*Con Sobre Peso)*	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermans AAP AOP AAM AOM
Perdida Auditiva Congénita(*Problemas de audición*)	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermans AAP AOP AAM AOM
Retraso Mental	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermans AAP AOP AAM AOM
Migranas	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermans AAP AOP AAM AOM
Alergias	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermans AAP AOP AAM AOM
Asthma (*Problemas Respiratorios)*	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermans AAP AOP AAM AOM
Enferemad Cardiaca/Problemas Cardiacos ,Soplo, Agujero en el Corazon	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermans AAP AOP AAM AOM
Muerte Súbita de Infante/bebé	Hijo Madre Padre Hermano/Hermans AAP AOP AAM AOM
Artritis (*Dolor en los Huesos)*	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermanas AAP AOP AAM AOM
SIDA	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermanas AAP AOP AAM AOM
Cáncer	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermanas AAP AOP AAM AOM
Problemas del Tiroides	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermanas AAP AOP AAM AOM
Azucar de la Diabetes	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermanas AAP AOP AAM AOM
Distrophia Muscular	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermanas AAP AOP AAM AOM
Fibrosis Quística	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermanas AAP AOP AAM AOM
Anemia (*Bajo nivel de hierro en la sangre*)	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermanas AAP AOP AAM AOM
Anemia Drepanocítica	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermanas AAP AOP AAM AOM
Epilepsia	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermanas AAP AOP AAM AOM
Colitis de Crohn (*Problemas Estomacales o Instestinales*)	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermanas AAP AOP AAM AOM
TDA/TDAH (*Problemas para prestar atención o sentarse quieto)*	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermanas AAP AOP AAM AOM
Problemas de la piel (*Acné, Descamacion, Erupciones)*	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermanas AAP AOP AAM AOM
Paràlisis Cerebral	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermanas AAP AOP AAM AOM
Otros (*Porfavor Enumere)*:	Hijo Madre Padre Hermanos/Hermanas AAP AOP AAM AOM

AAP = Abuela Paterna AAM = Abuela Materna
AOP = Abuelo Paterno AOM =Abuelo Materno

2.Marque todas las personas que viven con usted:

☐ Madre ☐ Padre ☐ Enumere Hermanos _____ ☐ EnumereHermanas _____

☐ Otros miembros de la familia enumere.: _____

☐ Amistades y otras personas enumere: _____

☐ Animales ☐ Perros ☐ Gatos ☐ Otros Animales Enumere _____

3. ¿Ha sido su hijo(a) alguna vez hospitalizado?
   ☐ No
   ☐ Si (Explique porque y cuando):

Mi hijo/(a) estubo hospitalizado(a) :	**Cuando :**
Ejemplo: *Accidente de Bicicleta*	*5 años de edad- Abril /2019*

4. ¿Está su hijo(a) tomando algún medicamento recetados?
   ☐ No - Mi hijo(a) no toma medicamentos.
   ☐ Si – Por favor enumere los medicamentos del su hijo(a) ☐Tengo los medicamentos de mi hijo(a)

Nombre de medicamento:	**Cantidad/ mg (miligramos)**	**Cuantas pastillas o dosis toma su hijo(a)durante el dia:**
Ejemplo: *Dexedrine*	10 mg	____mañana ____ tarde ____cena ____ al dormir
		____ mañana ____ tarde ____ **cena** ____ al dormir
		____ mañana ____ tarde ____ cena ____ al dormir
		____ mañana ____ tarde ____ cena ____ al dormir

5. ¿Cual medicamentos **sin- receta** toma su hijo(a)?
   ☐ Vitaminas
   ☐ Medicina Herbaria (porfavor enumere: _____)
   ☐ Otra (Porfavor enumere: _____)
   ☐ Ninguno – Mi hijo(a) no toma medicamentos sin receta.

6. ¿Su hijo(a) tiene alguna reacción alérgica a los effectos negativos a qualquiera de los siguientes? Marque todo lo que corresponda:
   ☐ Alegias al airelibre o en interriores (por ejemplo: hierba, polen, gatos, picaduras de abejas, *ect.*)
   ☐ Alergias a los alimentos (por ejemplo: leche,nueses,trigo, *ect*.) porfavor enumere a continuacion.
   ☐ Medicines or shots (immunizations). Please list below.
   ☐ No, para mi conosimiento, mi hijo(a) no tiene ningunas alergias.

Alergias de Medicamentos o Alimentos de su hijo(a)	**What happens when the child eats that food or takes that medicine?**
Ejemplo: *Penicillina*	*Marcas rojas en la piel (Urticaria)*

7. **¿Su hijo(a) va a la Escuela o Guardadera**?
   ☐ Si ☐ No (Nombre de la Escuela y/o Guardadera: _____)

8. ¿Su hijo(a) vive con personas que fuman? ☐ Si ☐ No

   ☐ en el hogar ☐ fuera de hogar

9. ¿Su hijo(a) fuma? ☐ Si ☐ No

10. ¿Que tipo de agua utilizan en su hogar?
    ☐ Agua de Pozo
    ☐ Agua de la ciudad?

11. ¿ Cuando fue el ultimo examen de bienestar de su hijo? _____

Informacion de *(Madre)* Durante el Embarazo

Las siguientes preguntas son sobre la madre del niño(a) durantel embarazo y el parto.
Si no sabes sobre el embarazo marque aquí ☐.

12. ¿Uso la madre alguno de los siguientes **durante el embarazo**?
    - ☐ Cigarillos
    - ☐ Alcohol
    - ☐ Drogas Ilegales (Cuales? _____)
    - ☐ Medicamentos Recetados (Cuales? _____)
    - ☐ No fueron utilizados por la madre durante el embarazo.

13. ¿Tuvo la madre alguna de estas **condiciones o problemas durante el embarazo**?

    ☐ Preeclampsia (Presíon arterial alta)
    ☐ Estrés emocional
    ☐ Sangro o manchado inesperado
    ☐ Diabetes (Azucar)
    ☐ Lesion o enfermedad grave
    ☐ Otro _____

14. **Fue el nacimiento:**
    - ☐ En la fecha de vencimiento _____
    - ☐ Antes de la fecha prevista (Por cuanto? _____)
    - ☐ Despues de la fecha prevista de la fecha prevista (Por cuanto? _____)

15. **Fue el bebe nasido(a) por cesárea** (*Corte quirurgico en el abdomen)?* ☐ Si ☐ No

16. ¿Hubo algún problema durante el parto? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, Por favor explique: _____

17. Hermanos(a)? ☐ Si ☐ No

Nombres (por favor enumere)	Fecha de Nacimiento
_____	_____
_____	_____
_____	_____

18. 4 digitos de seguridad : _____ (para obtener acceso de autoirzación del paciente)

Advanced Pediatrics
Columbus Regional Health Network

Consentimiento para la Comunicacion de la Participacion de Atencion

Yo, el firmante mensionado abajo, doy mi consentimiento y solisito que Southeast Pediatrics se comunique para divulgar informacion de salud que me concierne , si la comunicacion es mi mejor interese y es solo informacion que es directamente revelante para la participacion de la persona designada en mi atencion medica y decisiones de tratamiento.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

1. Nombre y direcion de las personas que pueden obtener informacion de salud.

Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

Direcion: _____

_____

Numero de telephono: _____

2. Nombre y direcion de las personas que pueden obtener informacion de salud.

Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

Address: _____

_____

Numero de telephono: _____

3. Nombre y direcion de las personas que pueden obtener informacion de salud.

Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

Direcion: _____

_____

Numero de telephono: _____

_____ _____

Firma del Paciente/Parte Autorizada/Fecha Nombre en Imprenta

No ortorgo mi consentimiento para que nadie reciba informacion sobre mi tratamiento de atencion medica, excepto por requerido de la lay.

_____ _____

Firma del Paciente/Parte Autorizada/Fecha Nombre en Imprenta

Advanced Pediatrics
Columbus Regional Health Network

Formulario de Reconocimiento

Numero de Record Medico: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
Dia Mes Año

Estamos obligados porley a proporcionarles su avio de practicas de privacidad que explica como usamos la informacion. Tambien estamos obligados a obtener su firma roconociendo que este aviso ha sido puesto a disposicion de usted.

_____ Fecha: _____
(Paciente o Representate Authorizado)

Relacion al Paciente: _____ Mismo _____ Esposo(a) _____ Otro: _____

Razon Por la Cual el Paciente No Puede/ Razon No Desea _____

Firmar: _____

DOCUMENTO DE RECONOCIMIENTO DE COLUMBUS REGIONAL HEALTH NETWORK

Numero de Registro Medico: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
Dia Mes Año

La ley nos requiere que nosotros le proveamos a usted con nuestro Aviso de Practicas de Privacidad las cuales explican como podemos usar y divulgar su imformacion medica. La ley tambien nos requiere que obtengamos su firma, reconociendo que este aviso lo hemos hecho disponible para usted.

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente o Representante Authorizado)

Relacion al Paciente: _____ Mismo: _____ Esposo(a): _____ Otro: _____

Razon por la cual el Paciente No desea Firmar: _____

Advanced Pediatrics
Columbus Regional Health Network

POLITICA DE PAGO Y DECLARACION DE RESPONSABILIAD DEL PACIENTE PARA NUERSTROS PACIENTES VALIOSOS :

GRACIAS por eligir Columbus Regional Health Network para sus servicios de atención médica. Nos esforzamos por brindarles la más alta calidad de atención y, al igual queremos mantener sus costos de atención medica lo más bajo possible. Estas politicas reflejan nuestro ezfuerzos para reducir los costos de atención médica. Agradecemos su cooperación total.

PARA SU CONVENIENCIA aceptamoscualquier tarjeta de débito o crédito con el logotipo de **Mastercard ,Visa ,Discover ,o American Express**,**Cheques Personal** y/o **Dinero en Effectivo.**

EL PAGO (como copagos y deducibles y coseguro) Se requiere en el momento del servicio. Le solicitamamos que no solicite que se le fracture. Pacientes que continuamente solicitan fracturas, seran dirigidos a un supervisor o a un gerente de práctica.

LAS TARJETAS DE SEGURO deben presentarse en cada visita usted puede sentir que esto es innescesario, pero los planes de seguro son cada vez más complicados. Las tarjetas, los numero de póliza , las fecha de renovaciones cambian constantemente. Para que le podamos presentar su relaclamo con el plan apropiado, deben presentar la tarjeta mas reciente. Si usted llega sin su tarjeta, usted será responsable de todos los cargos hasta que la oficina de fracturación haya recibido la informacion del seguro completo, atual y preciso. La mayoria de los planes requieren que presentemos su reclamo dentro de los 90 días a partir de la fecha del servicio. Si no hemos recibido su información dentro de ese tiempo usted segira siendo responsable de todos los cargos incurridos hasta la fecha en que nos porporcione la informacion de su seguro y recibamos el pago del plan de seguro. Cualquier saldo que usted deba, debe ser pagado dentro de los 30 días.

PLANES MEDICARES son más numerosos y complicados Columbus Regional Health Network participa con **Medicre tradicional {parte A & parte B**) y una cantidad limitada de planes privados de pago por servicios excepto en situaciones de emergencia.Notifique a la recepción de inmediato si ha cambiado de plan Medicare recientemente. Se esperan deducibles y seguros de Medicre en el momento del servicio. Como proveedor de participante de Medicare y un numero limitado de PFFS , presentaremos su reclamo a Medicare y, si corresponde, a su compañía de seguros secundaria.

LOS PLANES DE ATENCIÓN ADMINISTRADA tienen una red de proveedores participantes. Participamos con la mayoría de los planes principales, pero comuníquese con su plan o consulte su sitio web o llame a nuestra oficina para confirmar antes de su visita. Se esperan copagos, coseguros y deducibles correspondientes al momento del servicio. También se le facturará por cualquier servicio no cubierto por el cual usted sea responsable después de que su seguro pague su parte. Si tiene un plan de atención administrada en el que no participamos, se espera que pague la factura en su totalidad en el momento del servicio.

OTROS SEGUROS son aquellos planes en los que no participamos. Usted puede ser responsable del pago total en el momento del servicio. Como cortesía, presentaremos su reclamo.

LA COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR pueda que no seria aceptada por su proveedor. Consulte con su proveedor antes de programar una cita. Si su proveedor acepta Worker 's Compensation, lo atenderán con la aprobación y autorización de su empleador con la documentación adecuada.

Advanced Pediatrics
Columbus Regional Health Network

SEGURO DE ENFERMEDAD - Su proveedor puede que no acepte el plan de seguro de enfermedad. Consulte con el consultorio de su proveedor antes de programar una cita. Si su proveedor acepta Medicaid, deberá traer su identificación actual de su Tarjeta de Medicaid para cada visita. Si no trae la tarjeta actual, es posible que se reprograme su cita. Si hay un copago con su plan, se espera que lo pague en el momento del servicio.

LAS CUENTAS DE AHORRO DE SALUD/CUENT AS DE REEMBOLSO DE SALUD se están promoviendo para que los pacientes puedan tener más control sobre el manejo de sus gastos de atención médica. Estas cuentas serán específicas para cada paciente, por lo que es importante que conozca todos los beneficios, deducibles y copagos. El deducible y el copago se esperarán en el momento del servicio.

PACIENTES QUE PAGAN POR CUENTA PROPIA Son aquellos pacientes que no cuentan con cobertura de seguro . Los pacientes que pagan por cuenta propia recibirán un descuento del 25% sobre los cargos por los servicios prestados y se espera que paguen un mínimo de $50.00 en el momento del servicio. Este descuento tampoco se aplica a aquellos pacientes que pueden tener seguro, pero no participamos con su plan.

FORMULARIOS MÉDICOS/LICENCIA MÉDICA/FORMULARIOS DE INCAPACIDAD se completarán dentro de 7 a 10 días hábiles al recibir el formulario en la oficina. Asegúrese de contar con suficiente tiempo para completar estos formularios. Las emergencias se manejarán caso por caso. También puede haber una tarifa por completar estos formularios.

Le agradecemos por tomarse el tiempo para leer y comprender nuestras políticas. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta. Una vez más, nuestra oficina debe ser notificada inmediatamente de cualquier cambio en la cobertura del seguro o en la asignación de atención primaria.

Entiendo mis responsabilidades como se describió anteriormente y las cumpliré.

Nombre del Paciente/Guardían: _____

Firma de Paciente/Guardian : _____ Fecha: _____

COLUMBUS REGIONAL HEALTHCARE SYSTEM – ADVANCED
PEDIATRICS 36 McNeill Plaza Whiteville, North Carolina 28472
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

Telephono: 910-640-4064
Fax: 910-640-4063

Información del Paciente: Doy permiso para Autorizar Informacion Medica.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Calle Direcion: _____ Ultimos 4 digitos de Seguro Social: _____
Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____ Telephono: ( ) _____
Correo Electronico:

Liberación del Formulario_____

_____

(Enumere las instalaciones y/o prácticas aplicables)

_____

_____ _____
(Number de Telephono) (Numero Fax)

MÉTODO DE ENTREGA

ADVANCED PEDIATRICS

36 MCNEILL PLAZA WHITVILLE NC 28472

Numero de Telephono 910-640-4064
Numero de Fax 910-640-4063

PROPÓSITO DE LIBERACIÓN(marque uno) ☐ Solicitud de atención individual/person ☐ Continuación del cuidado del paciente ☐ Seguro
☐ Propósito legal, incluidas discusiones y procedimientos ☐ Otro_____

Complete las fechas de tratamiento para que se autorizen los registros. Fecha de tratamiento: Desde _____ Hasta _____
Resumen del hospital: puede incluir historial y examen físico, resumen del alta, notas operativas, consultas, resultados de pruebas de diagnóstico, lista de medicamentos, alergias. Resumen del consultorio/clínica: puede incluir las visitas al consultorio más recientes, el examen físico, las consultas y los resultados de las pruebas de diagnóstico.

Hospital (marque todo lo que corresponda)

☐ Sumario del Hospital
☐ Sumario de Alta
☐ Historia y Examen Físico
☐ Informes de Consulta
☐ Informes Operativos
☐ Informes de laboratorio
☐ Informes de Radiología/Rayos X
☐ Informes de Patología
☐ Registro de Emergencia
☐ Informes Cardíacos/EKG
☐ Otro: _____
☐ Registro Completo (Sin incluir las notas de Psicoterapia)

Consultorio/Clínica (marque todo lo que corresponda):

☐ Sumario del Consultorio/Clínica
☐ Visita a la Oficina
☐ Examen Fisico
☐ Informes de Laboratorio
☐ Informes de Radiología
☐ Registro Completo (Sin incluir las notas de Psicoterapia)
☐ Otro: _____

FORMATO

☐ Cargos de CD (pueden ser aplicado)
☐ Dirección de Correo Electrónico indicada anteriormente, donde esté permitido ☐ Copia impresa (pueden aplicarse cargos)
☐ Otro _____

Metodo de Entrega:

☐ Reg. US Mail ☐ Recogida ☐ Fax, donde esté permitido
☐ Servicio de correo urgente/al día siguiente, donde esté permitido
☐ Correo eletronico Mas de 25 paginas favor de enviar por correo electronico.
☐otro

DERECHOS DEL PACIENTE – Entiendo que:

Puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Debo cancelar por escrito y enviar o entregar la cancelación a la instalación de liberación o nombres de práctica mencionados anteriormente. Cualquier cancelación se aplicará solo a la información que el centro o la práctica aún no haya publicado.

- Este es un comunicado completo que incluye información relacionada con la salud mental/del comportamiento, el tratamiento por abuso de drogas y alcohol (de conformidad con 42 CFR Parte 2), información genética, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Una vez que se divulgue mi información de salud, el destinatario puede divulgar o compartir mi información con otros y es posible que mi información ya no esté protegida por las protecciones de privacidad federales y estatales.
- Negarme a firmar este formulario no impedirá mi capacidad para recibir tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios. CRHS no compartirá ni usará mi información de salud sin mi permiso, excepto de las formas enumeradas en el Aviso de Prácticas de Privacidad de CRHS o según lo exija la ley. El Aviso de prácticas de privacidad está disponible en crhealthcare.org .
- Se puede cobrar una tarifa por proporcionar la información de salud protegida.
- **Tengo derecho a recibir una copia de este formulario si lo solicito.**

: Este permiso vence un año después de la fecha de mi firma, a menos que se escriba aquí otra fecha o evento: _____

Firma: _____ Imprimir Nombre _____ Fecha: _____

Nota: Si el paciente parece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar ☐ Healtheastform.care Agent/POA ☐ Guardián ☐ Ejecutor/Administrador/Abogado ☐ Esposo(a)

☐ Pariente ☐ Hijo(a) Adulto ☐ Declaracion Jurada de Familiar mas cercano ☐ Otro:

Nota: Si el menor dio su consentimiento para su tratamiento ambulatorio por embarazo, enfermedad de transmisión sexual o salud conductual/mental sin el consentimiento de los padres, el menor debe firmar esta autorización. Cuando el paciente es un menor en tratamiento por abuso de sustancias, el menor debe firmar esta autorización, independientemente de quién haya dado su consentimiento para el tratamiento.

Firma del Paciente: _____ Imprimir Nombre: _____ Fecha: _____

Autorización otorgada al Paciente/Fecha de liberación: _____ a tra ves de ☐ Correo ☐ Fax ☐ Otro _____☐Identificación Verificada

☐ DL/Otra Identificacion_____ Nombre y cargo del empleado de CRHS: _____

Firma del Empleado de CRHS:_____ Fecha: _____