



Estimado cuidador / paciente,

¡Bienvenido a Irving Pediatrics! Es un placer darle la bienvenida a usted y a su familia a nuestra práctica y agradecerle por permitirnos cuidar de usted / sus hijos.

Por favor complete y traiga los siguientes formularios con usted a su primera cita o la de su hijo:

- Formulario de registro del paciente** (se debe completar el formulario actualizado para cada niño cada año)
- Historial médico** (se debe completar un formulario actualizado para cada niño cada año)

Gracias,

Su equipo de atención en Irving Pediatrics



FECHA: _____
OFICINA: _____

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES DE PEDIATRÍA DE IRVING
(ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD)

Información del paciente (indique TODOS los niños menores de 18 años)

Nombre legal	Nombre Preferido	PCP en nuestra oficina	Sexo (M / F)	Fecha de nacimiento (mm / dd / aaaa)	¿El niño vive con? (madre / padre / ambos)

Madre / padre / Tutor # 1 (para los niños nombrados arriba)

Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad _____
 Estado _____ Código postal _____
 Nombre del empleador _____

Fecha de nacimiento _____
 Teléfono de casa (____) _____
 Teléfono móvil (____) _____
 Teléfono del trabajo (____) _____
 Dirección de correo electrónico _____

Madre / Padre / Tutor # 2 (para los niños nombrados arriba)

Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad _____
 Estado _____ Código postal _____
 Nombre del empleador _____

Fecha de nacimiento _____
 Teléfono de casa (____) _____
 Teléfono móvil (____) _____
 Teléfono del trabajo (____) _____
 Dirección de correo electrónico _____

Estado civil (círculo): Casado Soltero Apartado Divorciado Viudo

SI SE DIVORCIÓ: LA CUSTODIA COMPARTIDA CUSTODIA ÚNICA DOCUMENTOS LEGALES SUMINISTRADOS

Dirección de los niños en los que vive (s) (si es diferente a los anteriores)

Dirección _____
 Ciudad _____

Teléfono (____) _____
 ZIP estado _____

Contacto de emergencia (que no sea el padre / tutor)

Nombre _____
 Teléfono de casa (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Relación _____
 Teléfono celular (____) _____

Proveedores de cuidado autorizados (que no sean los padres)

Las siguientes personas están autorizadas a hablar sobre información médica personal y a llevar a mis hijos menores a Irving Pediatrics para su evaluación y tratamiento, incluidas las vacunas:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono (____) _____
 Nombre _____ Relación _____ Teléfono (____) _____
 Nombre _____ Relación _____ Teléfono (____) _____

POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES DE PEDIATRÍA DE IRVING

(ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD)

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

- _____ Iniciales Irving Pediatrics (**circule uno**) no puede/puede tratar y administrar inyecciones / vacunas a mis hijos no acompañados mayores de 16 años.
- _____ Iniciales Yo, _____, autorizo a Irving Pediatrics a comunicarse conmigo por teléfono con información médica relacionada con el cuidado de mi (s) hijo (s). Si no estoy disponible, esta autorización le da permiso a Irving Pediatrics para dejar esta información en mi contestador automático, correo de voz o con un miembro de mi hogar.
- Número preferido para llamar con información: _____
- _____ Iniciales Autorizo a Irving Pediatrics, a quien ellos designen, a evaluar y tratar a mis hijos mencionados anteriormente y a divulgar a nuestra compañía de seguros cualquier información obtenida en el curso del examen o tratamiento de mis hijos, y a recibir todos los pagos por dicho examen o tratamiento. Irving Pediatrics tiene mi permiso para divulgar estudios de diagnóstico, informes, etc. a un especialista involucrado en el cuidado de mi hijo.
- _____ Iniciales Entiendo que todas las decisiones de atención médica, incluida la autorización de vacunación, deben ser tomadas por un tutor legal o un padre.
- _____ Iniciales Un padre / tutor / cuidador autorizado debe estar presente en cada visita. Si alguien más va a traer a su (s) hijo (s), **necesitaremos autorización previa por escrito** que incluye autorización para el tratamiento, su información de contacto y autorización de pago del seguro y copago para esta visita.

POLITICAS DE PAGO

- _____ Iniciales **Información del seguro:** La (s) tarjeta (s) de seguro deben presentarse en el momento del servicio. Se hará una copia de su (s) tarjeta (s) de seguro para su archivo. Es su responsabilidad proporcionar información actualizada sobre el seguro en el momento del servicio. Si la (s) tarjeta (s) del seguro no se presenta en el momento del servicio, o si la información del seguro en el archivo no se puede verificar antes de una visita, los cargos son su responsabilidad hasta que se reciba una copia de la (s) tarjeta (s) del seguro. Para que los servicios se facturen a su compañía de seguros, se debe recibir una copia de la (s) tarjeta (s) del seguro dentro de los 10 días posteriores a la fecha del servicio.
- _____ Iniciales **Saldos de cuentas:** Cuando se recibe la información del seguro después de los requisitos de presentación oportuna de su compañía de seguros, los cargos por esos servicios son su responsabilidad. Usted es responsable del pago de todos los servicios no pagados por su compañía de seguros, incluidas todas las pruebas de detección y las pruebas realizadas en el momento de las visitas de rutina. Irving Pediatrics se reserva el derecho de reprogramar o denegar futuras citas por cuentas morosas.
- _____ Iniciales **Pagos:** Irving Pediatrics acepta pagos en efectivo y con tarjeta de crédito / débito. Los cheques personales no se aceptan en la oficina, pero se aceptan por correo (para pagos de estados de cuenta).
- _____ Iniciales **Copagos:** Se espera que los copagos se paguen en el momento en que se preste el servicio. Si no se recibe el pago en el momento del servicio, puede haber una tarifa adicional. Todos los cheques devueltos estarán sujetos a un cargo por servicio de \$ 40.
- _____ Iniciales **Auto pago:** Se espera el pago en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros antes de su visita. Pregunte por el programa de vacunas para niños.
- _____ Iniciales **Situaciones de divorcio:** El padre que trae al niño para que lo cuide es responsable del pago de los copagos. Ambos padres son responsables del pago de los saldos impagos, independientemente de la sentencia de divorcio. Si existen problemas de pago, deben resolverse entre los padres.
- _____ Iniciales **Referencias:** Si su plan de seguro requiere derivaciones para atención especializada recomendadas por su médico de atención primaria, es su responsabilidad obtener información sobre estos requisitos y comunicarse con el especialista en derivaciones en esta oficina para solicitar que se procese una derivación antes de la cita con el especialista.
- _____ Iniciales **Código de noche, fin de semana y vacaciones:** Tenga en cuenta que informamos todas las visitas nocturnas, de fin de semana y festivos a su compañía de seguros. Este código puede estar cubierto o no.
- _____ Iniciales **No más especáculos:** Se cobrará una tarifa de \$ 25 por no presentarse para todas las visitas que no se cancelen con uno o más días hábiles de anticipación.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- _____ Iniciales Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad, que explica cómo se manejará mi información médica en diversas situaciones.

POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO



FECHA:	_____
OFICINA:	_____

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA DE IRVING PEDIATRICS
(ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD)

Sus respuestas en este formulario ayudarán a su médico a comprender mejor sus preocupaciones y afecciones médicas. Si no se siente cómodo con alguna pregunta, no la responda. Las mejores estimaciones están bien si no puede recordar detalles específicos.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE:** _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO: _____

SU RELACIÓN CON EL NIÑO: _____ **MÉDICO ANTERIOR DEL NIÑO:** _____

ALERGIAS o REACCIONES A MEDICAMENTOS / ALIMENTOS / OTROS AGENTES:

Medicamentos / alérgenos	Reacción o efecto secundario

MEDICAMENTOS: Enumere todos los medicamentos recetados / sin receta, vitaminas, remedios caseros, píldoras anticonceptivas, hierbas, etc.

Medicamento	Dosis	Veces al día	Medicamento	Dosis	Veces al día

HISTORIA DE NACIMIENTO:

¿Dónde nació tu hijo? _____ ¿El niño es suyo por: nacimiento adopción hijastro otro
Indique cualquier problema médico durante el embarazo: _____
Parto por: parto vaginal Cesárea (Razón de la cesárea: _____)
Peso de nacimiento: _____ Longitud al nacer: _____ Puntaje APGAR: 1 min _____ 5 min _____
Indique cualquier problema médico durante el período neonatal: _____
Otros problemas: _____

HISTORIA MÉDICA PASADA:

¿Están las vacunas de su hijo actualizadas para su edad? Si No
Describa cualquier problema médico importante y sus fechas: _____

¿Su hijo ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? varicela sarampión paperas meningitis tuberculosis (TB)
Hospitalizaciones (indique fechas y motivos): _____

HISTORIA QUIRÚRGICA: Enumere todas las operaciones y fechas anteriores.

Operación	Fecha	Razón de la operación

POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO



FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA DE IRVING PEDIATRICS

(ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD)

HISTORIA FAMILIAR: Por favor, indique con una marca de verificación cualquier miembro de la familia que haya tenido alguna de las siguientes condiciones.

Condición médica	Mamá	Padre	Hermano	Gma	Gpa	Condición médica	Mamá	Padre	Hermano	Gma	Gpa
Alcoholismo						Enfermedades genéticas					
Anemia						Glaucoma					
Problema de anestesia						Fiebre del heno / alergias					
Artritis						Escuchando problemas					
Asma						Enfermedad del corazón					
Defectos de nacimiento						Colesterol alto					
Problema de sangrado						Hipertensión					
Cáncer de mama						Enfermedad del riñón					
Cáncer de colon						Lupus					
Cáncer de pulmón						Retraso mental					
Cáncer, melanoma						Migraña					
Cáncer, ovario						Prolapso de la válvula mitral					
Cáncer de próstata						Osteoartritis					
Cáncer, otro						Osteoporosis					
Depresión						Enfermedades psiquiátricas					
Diabetes, tipo 1 (inicio en el niño)						Artritis reumatoide					
Diabetes, tipo 2 (inicio en la edad adulta)						Carrera					
Eczema						Trastornos de la tiroides					
Epilepsia (convulsiones)						Tuberculosis					

Otras condiciones médicas: _____

HISTORIA SOCIAL:

EXPOSICIÓN / HÁBITOS:	
¿Alguna inquietud sobre la exposición al plomo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (casa vieja, fontanería, pintura descascarada)	Horas de televisión por día: _____
¿Fuma algún miembro del hogar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Horas de computadora por día: _____
	Horas de videojuegos por día: _____
HISTORIA ESCOLAR:	
¿Su hijo asiste a la guardería? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Cualquier inquietud sobre la relación con:
¿Su hijo asiste al preescolar / escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Maestros? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Nivel de grado actual: _____	¿Compañeros? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Nombre de Escuela: _____	Si tiene más de 4 años, ¿tiene su hijo un mejor amigo?
¿Alguna inquietud sobre el desempeño escolar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
DEPORTES / EJERCICIO / AFICIONES:	
Tipo de ejercicio: _____	¿Con qué frecuencia? _____ Cómo¿largo? _____
Enumere sus pasatiempos: _____	¿Cualquier duda? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
LA SEGURIDAD:	
¿Utiliza los asientos de seguridad / cinturones de seguridad de manera constante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tienes armas en tu casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Su hijo usa un casco de bicicleta con regularidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Otras preocupaciones? _____
¿Es la violencia en el hogar una preocupación? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	_____

POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO

FECHA: _____
OFICINA: _____



REVISIÓN DE SISTEMAS DE PEDIATRÍA IRVING

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____

NUTRICIÓN / ALIMENTACIÓN:

¿Su hijo fue amamantado? No Sí Si es así, ¿cuánto tiempo? _____
Ingesta de leche ahora: leche entera Leche al 2% Leche al 1% leche descremada leche de soja leche de arroz
Onzas promedio por día: _____
¿Ha tenido su hijo algún problema inusual de alimentación / dieta? No Sí (especifique: _____)

DORMIR:

¿Cuántas horas por la noche duerme su hijo, en promedio? _____
¿Cuántas siestas al día toma su hijo, en promedio (número y duración)? _____
¿Algún problema de sueño? _____

HISTORIA DENTAL:

¿Su hijo ha sido visto por un dentista? No Sí Si es así, ¿con qué frecuencia? _____ Fecha de la última visita: _____

DESARROLLO:

¿A qué edad su hijo: ¿Se sento solo? _____ ¿Camino solo? _____ ¿Empezo a decir palabras? _____ ¿Fue al baño solo? _____
Solo mujeres: ¿Edad del primer período menstrual? _____ ¿Fecha de la última menstruación? _____

POR FAVOR COMPRUEBE CUALQUIER PROBLEMA ACTUAL QUE SU HIJO TIENE EN LA LISTA A CONTINUACIÓN.

Constitucional

- Fiebre / escalofríos / sudores
- Pérdida / aumento de peso inexplicable
- Fatiga / debilidad
- Sed / micción excesiva

Ojos

- Entrecerrar los ojos / ojos cruzados

Oídos / Nariz / Garganta / Boca

- Dificultad para oír
- Respiración bucal / ronquidos
- Problemas con los dientes / encías
- Fiebre del heno / alergias
- Mal aliento

Cardiovascular

- Controle el dolor / malestar
- Se cansa fácilmente con el esfuerzo
- Palpitaciones

Musculosquelético

- Dolor muscular / articular

Pechuga

- Bulto / secreción mamaria

Respiratorio

- Tos / sibilancias
- Dificultad para respirar

Gastrointestinal

- Dolor abdominal
- Sangre en las deposiciones
- Náuseas / vómitos / diarrea

Genitourinario

- Mojar la cama
- Dolor al orinar
- Secreción: pene o vagina

Sangre / linfático

- Bultos inexplicables
- Sangrado / moretones con facilidad

Otros (especificar): _____

Piel

- Erupción o cambio de lunares

Neurológico

- Dolores de cabeza
- Mareos / aturdimiento
- Debilidad
- Pérdida de coordinación
- Retraso en el desarrollo

Psiquiátrico / Emocional

- Ansiedad / estrés
- Problemas para dormir
- Problemas del habla
- Depresión
- Morderse las uñas / chuparse el dedo
- Comportamiento agresivo
- Uso de alcohol / tabaco / drogas



FECHA: _____
OFICINA: _____

RENUNCIA A LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS POR IRVING PEDIATRICS

(Se puede completar un formulario para todos los menores de una misma familia)

Agradecemos que haya elegido Irving Pediatrics para las necesidades de atención médica de su familia. Estamos comprometidos con la atención médica de calidad y tratamos de ofrecer servicios integrales en el sitio.

Irving Pediatrics puede recomendar servicios que pueden o no ser un beneficio o estar completamente cubiertos por su plan de seguro. Tenga en cuenta que cualquier gasto no cubierto por su plan, como chequeos, pruebas de detección, inmunizaciones, administración de inmunizaciones, procedimientos y pruebas de laboratorio, será su responsabilidad y se le facturará. Estos servicios también pueden aplicarse a su deducible o coseguro anual. Nuestro programa de servicios de rutina sigue las recomendaciones de la Academia Estadounidense de Pediatría y el Colegio Estadounidense de Médicos.

Los pacientes siempre tienen el derecho de elegir si les gustaría que los procedimientos se realicen en nuestra oficina. Si un paciente desea que se le realice un servicio en otro lugar, se le dará la instrucción, solicitud de laboratorio o prescripción apropiada si es necesario. Le pedimos que se familiarice con los beneficios de su seguro para minimizar la posibilidad de malinterpretar cualquier servicio profesional no cubierto por su plan de seguro.

Tenga en cuenta que los chequeos de niño sano / exámenes anuales cubren únicamente la atención preventiva. Todo lo que se discute fuera de la atención preventiva, incluido, entre otros, el tratamiento de afecciones crónicas y enfermedades agudas, puede facturarse a su seguro y evaluarse con un copago, deducible o coseguro. Estos honorarios son responsabilidad del paciente.

Utilizamos el laboratorio o el centro de diagnóstico por imágenes preferido de su plan de seguro para las pruebas adicionales que pueda necesitar. Tenga en cuenta que estas instalaciones facturarán directamente a su seguro. Comuníquese con ellos directamente si tiene alguna pregunta sobre facturación que pueda surgir debido a estos servicios.

Al firmar a continuación, reconoce las políticas anteriores y sabe que los servicios que no estén cubiertos por completo por su plan de seguro se le facturarán directamente a usted y son su responsabilidad financiera.

Nombre del paciente / Fecha de nacimiento	Nombre del paciente / Fecha de nacimiento
Nombre del paciente / Fecha de nacimiento	Nombre del paciente / Fecha de nacimiento
Nombre del paciente / Fecha de nacimiento	Nombre del paciente / Fecha de nacimiento
Nombre del paciente / Fecha de nacimiento	Nombre del paciente / Fecha de nacimiento
Firma del paciente / padre / tutor legal	Fecha



SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

SOLICITE información médica a:

Por favor **ENVIAR** información médica PARA:

PEDIATRÍA IRVING
2000 Esters Rd, Suite 140
Irving, TX 75061
Principal: 469-713-3019
Fax: 469-212-1399

Solicitud de información (marque todo lo que corresponda):

- Todos Registros
- Registros de inmunización
- Información del seguro
- Laboratorios / Radiología
- Forma física
- Otro: _____

Por la presente autorizo al proveedor mencionado anteriormente a divulgar y / o revelar la información médica solicitada anteriormente a Irving Pediatrics como he indicado. También entiendo que esta información puede contener información relacionada con Adquiridos Síndrome de inmunodeficiencia (SIDA) o infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), salud mental y abuso de alcohol y / o drogas.

VIH / SIDA: Doy mi consentimiento para la divulgación de cualquier resultado positivo o negativo de SIDA o anticuerpos de infección por VIH del SIDA o infección con cualquier otro agente causante del SIDA con el resto de mis registros médicos:

Iniciales: _____

Divulgar y / o divulgar registros e información con respecto a:

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE CASA / TELÉFONO PREFERIDO	TELÉFONO MÓVIL	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

Solicito que la información médica divulgada y / o sea revelada de conformidad con esta autorización se utilice para el siguiente propósito:

Razón por la que se divulgan los registros: _____

Una copia de esta autorización es válida como original. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Me quedo con la copia. Entiendo que puede haber una tarifa por preparar y proporcionar esta información de acuerdo con las reglas establecidas por la Junta de Examinadores Médicos del Estado de Texas.

FIRMA DEL PACIENTE / PADRE / TUTOR LEGAL FECHA

NOMBRE IMPRESO

La información de salud personal contenida en este fax es altamente confidencial. Está destinado al uso exclusivo del destinatario. Debe usarse solo para ayudar a brindar servicios de atención médica específicos al paciente. Cualquier otro uso infringe la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y se informará como tal. Entiendo que esta información se divulgará dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud.