

**FORMA DE CONSENTIMIENTO GENERAL Y INFORMACIÓN DEMOGRAFICA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Información de los padres:**

<b>Información sobre la madre:</b> Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Apellido de soltera: _____ <input type="radio"/> Teléfono celular: _____ <input type="radio"/> Teléfono de casa: _____ <input type="radio"/> Teléfono del trabajo: _____ <input type="radio"/> Correo electrónico: _____	<b>Información sobre el padre:</b> Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____  <input type="radio"/> Teléfono celular: _____ <input type="radio"/> Teléfono de casa: _____ <input type="radio"/> Teléfono del trabajo: _____ <input type="radio"/> Correo electrónico: _____
---	---

Cuidador primario (s):  Madre       Padre       Ambos       Otro(s): \_\_\_\_\_  
Guardián legal:       Madre       Padre       Ambos       Otro(s): \_\_\_\_\_

**Consentimiento de método preferido de contacto:** Escoja abajo como prefiere ser contactado con resultados y recordatorios. **Escoja mas de un metodo de comunicacion para que podamos alcanzarle sin retraso:**

Teléfono: \_\_\_\_\_       Mensaje de texto: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_       Correo a la dirección en el expediente

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para que otra persona(s) traigan a su hijo(a)**

Por favor de nombrar abajo la persona(s) a quien usted permite a que acompañe a su hijo(a) al consultorio para visitas de enfermo o de control de salud y quien usted tambien autoriza para dar consentimiento para proveerle cualquier tratamiento, vacunas, evaluacion clinica y analisis:

Nombre	Relación con el menor
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento de prescripciones**

Yo  doy  no doy autorización a Brentwood Pediatric & Adolescent Associates, P.C. para obtener el historial completo de prescripciones/recetas de medicamento de cualquiera de las farmacias que se han usado.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Selección de proveedor de cuidado primario:**

Por favor seleccione su proveedor de preferencia para que sea el proveedor de salud primario de su hijo(a)\*

Juan Espinoza, MD     Mayra Nadal, MD     Michael Lee, MD     Elizabeth Sill, CPNP

**\* Tenga en cuenta que no podemos garantizar que su hijo será visto por el proveedor de su elección en cada visita. Haremos nuestro mejor esfuerzo para cumplir con su elección de proveedor basado en la disponibilidad de citas.**

# BRENTWOOD PEDIATRIC & ADOLESCENT ASSOCIATES, P.C.

## RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### 1. ACUERDO FINANCIERO Y INFORMACIÓN DE SEGURO

Por este medio comprometo a pagar todos los cargos debidos o que se convierten debido a la práctica por el cuidado y el tratamiento proporcionado a mí (el paciente) por la Práctica. Entiendo los beneficios, si los hubiere, pagadas por un tercero en mi nombre (del paciente) se acreditarán a mi cuenta (del paciente) y que seré responsable por cualquier saldo restante incluyendo cualquier co-pagos, co-seguros sumas (deducibles, etc.) u otros derechos requeridos por la aseguradora, HMO u otro plan de beneficios de salud. Entiendo que si no he proporcionado a la práctica con información precisa y actualizada con respecto a mi compañía de seguros, el plan (del paciente) HMO u otro beneficio para la salud (por ejemplo, Medicare de Medicaid), lo que me (el paciente) proporciona cobertura de salud, yo será personalmente responsable por el costo de toda la atención prestada a mí (el paciente) por la Práctica.

### ASIGNACIÓN DE SEGURO

Por la presente, ceder, transferir y que se distribuyen en la Práctica de todo el dinero y / o beneficios a los que (el paciente) pueden tener derecho de las agencias gubernamentales, incluyendo los programas de Medicare y Medicaid, compañías de seguros, HMO u otras personas que son financieramente responsables por mí (del paciente) la hospitalización del paciente y / o atención médica para cubrir los costos de la atención y el tratamiento prestado.

### 2. USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Autorizo a la Práctica, mis médicos tratantes y sus respectivos designados, a usar y divulgar información sobre mi salud (del paciente) a todos los efectos necesarios para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, incluyendo pero no limitado a: la liberación de la información solicitada por mi compañía de seguros (del paciente) (o portador) y toda la información necesaria para la planificación del alta.

### 3. LA COMPRENSIÓN DE ESTE FORMULARIO

Confirmando que he leído y entendido esta forma, y que todas las preguntas han sido contestadas completamente y para mi satisfacción.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o la persona responsable)

\_\_\_\_\_  
(Relación con el paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete (si es necesario)

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del intérprete

## HISTORIAL DE FAMILIA Y SOCIAL

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Para seguir ofreciendo la mejor atención médica posible, tenemos que mantener nuestros registros con la información más actualizada. Por favor, conteste las siguientes preguntas lo mejor que pueda:

### Sobre la familia

¿Qué problemas médicos existen en la familia? marque todo lo que corresponda: Para cualquier entrada marcada con "sí" indicar relación con el paciente (Ejemplo: hermana, abuela, tío, etc.)							
Asma	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no		Problemas de riñón	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no	
Diabetes	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no		Enfermedad de tiroides	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no	
Hipertensión	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no		Salud mental o depresión	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no	
Colesterol alto	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no		Abuso de sustancias	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no	
Problemas del corazón	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no		Cancer	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no	
Otro: _____							

### Sobre la casa

1.) ¿Hay alguien en casa que tenga:  impedimento de audición  impedimento de vision  impedimento mental  ninguno  
Si contestó sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

2.) Factores ambientales a los cuales esta expuesto el paciente con regularidad:

humo de tabaco  productos quimicos tóxicos/humos  mascotas: \_\_\_\_\_  moho  ninguno

3.) ¿Participa el paciente/familia en cualquiera de las siguientes (marque todo lo que corresponda)

Iglesia/organización religiosa  organizaciones comunitarias  deportes/actividades recreativas  ninguno

4.) ¿ Existe alguno de los siguientes en o alrededor de la casa (marque todo lo que corresponda):

Violencia domestica  abuso verbal  abuso físico  abuso de drogas  preocupaciones de seguridad  ninguno

5.) Vivimos en:  apartamento planta baja o departamento en segundo piso  apartamento en el sótano  casa compartida

propia casa  albergue/"shelter"  otro: \_\_\_\_\_

6.) ¿ Quien vive con el paciente?:  madre  padre  hermano  hermana  otro(s): \_\_\_\_\_

7.) ¿Quien le ayuda con apoyo emocional/financiera?:  familia  amigos  los programas del gobierno  ninguno

8.) Alguna preocupacion acerca de:  transporte  seguro medico  ayuda de nutricion  necesidades de cuidado de día  
 necesidades de comunicación

9.) ¿Cuáles son las personas que cuidan a este paciente?:  madre  padre  niñera  guardería infantil

otra familia (abuelo, tía, etc.)  otro: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Sobre el paciente**

**Para Pacientes Nuevos:**

¿El paciente toma algún medicamento regularmente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Si afirmativo, que medicamento(s): _____		
¿Es el niño alérgico a algunos alimentos, medicamentos o factores ambientales?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Si afirmativo, enumere cualquier alergia: _____		
¿Tiene el niño algún problema médico?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
<input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> convulsiones <input type="radio"/> problemas del corazon <input type="radio"/> Otro: _____		
¿Alguna vez el niño ha visto a un especialista o ha tenido una prueba especial?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
En caso afirmativo. Por favor especifica: _____		
¿Alguna vez ha sido hospitalizado el niño?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
En caso afirmativo, indique la fecha aproximada y la razón: _____		
¿El niño ha tenido alguna cirugía u operación?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
En caso afirmativo, indique la fecha aproximada y la razón: _____		

**Para los pacientes establecidos:**

**Desde la última visita del paciente aquí:**

¿Ha visto el paciente algún especialista u otro médico?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
(por favor marque a continuación todo lo que corresponda)		
<input type="radio"/> sala de emergencias <input type="radio"/> centro de urgencia <input type="radio"/> especialista <input type="radio"/> fue hospitalizado <input type="radio"/> Sometido a una cirugía		
<input type="radio"/> Otro: _____		
¿Al paciente se le ha recetado algún medicamento o tratamiento por otro médico fuera de la oficina?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
<b>(En caso afirmativo, asegúrese de informar al personal médico para que el expediente del niño puede ser actualizado)</b>		

Nombre de la persona que proporciona la información en este formulario: \_\_\_\_\_

Relacion hacía el niño:  madre  padre  guardián legal  padre adoptivo  Otro: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_