

Ficha #

PEDIÁTRICO - Cuestionario del Paciente

Completado por _____ Relación con el paciente _____

Favor de marcar si o no, circular o explicar cuando sea necesario, (N/A) No aplica

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ FECHA: _____

Cuidado médico anterior-DR. _____ Cuidado dental _____ Examen de la vista _____

EMBARAZO Y NACIMIENTO

Edad de la madre en el embarazo? _____

¿Alguna enfermedad durante el embarazo? _____

¿Algún medicamento durane el embarazo? _____

(Excluya vitaminas y hierro) _____

¿Usó cigarrillos-alcohol-drogas-durante el embarazo? _____

¿Fue el bebé prematuro-tadío-en tiempo? _____

Tipo de parto? _____ Peso al nacer _____ Estatura _____

Complicaciones? _____ Apgar _____

¿Problemas con el bebé al nacer? Respiración Ictericia

Otros _____

¿Problemas posteriores al nacimiento? ¿En la guardería o en la casa? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Reacciones alérgicas: Medicinas Comidas Animales

Picaduras de insecto _____

Medicamentos que toma regularmente: (excluya vitaminas) _____

¿Inmunizaciones/vacunas al día? ¿Tiene un registro?

Hospitalizaciones: ¿cuándo-dónde-por qué? _____

Lesiones graves: ¿cuándo, dónde? _____

Sarampión Rojo Paperas Sarampión Alemán (3 días)

Varicela Tos Ferina Fiebre Reumática Fiebre Escariatina

Infecciones recurrentes (3 o más) Oídos Garganta Asma

Problemas Respiratorios Eczema/Urticaria Apoplejía/Epilepsia

Apoplejía/Epilepsia Tendencia a sangrar Anemia Hepatitis

Problemas de audición Problemas de visión Transfusiones de sangre

Otros: _____

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Alergias a alimentos: _____

¿Tiene buen apetito por lo general?

Cólicos o problemas de alimentación durante los primeros 3 meses?

¿Tomó leche materna? Tiempo de lactancia: _____

¿Toma fórmula? Marca que usa: _____

¿Toma vitaminas? Marca de las mismas: _____ Fluoruro

¿Sigue una dieta especial?

PERFIL FAMILIAR

Padres - Cacados? Separados? Divorciados?

Edad del Padre _____ Grado de escolaridad _____ Salud _____

Edad de la Madre _____ Grado de escolaridad _____ Salud _____

(Enumere los hermanos y hermanas del niño y sus edades)

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Enumere todos los parientes de sangre del niño que hayan tenido los siguientes problemas. Use abreviaturas (P) Padre (M) Madre (Hno.) Hermano (Hna.) Hermana (AM) Abuela materna (AoM.) Abuelo materno, (AP) Abuela paterna (AoP) Abuelo paterno, (T) Tía/Tío (Pm) Primo/Prima

Anemia / Trastornos de Sangre _____ Epilepsia/ Apoplejía _____

Asma _____ Enfermedad del corazón _____

Retardación mental _____ Alta presión arterial _____

Problemas de drogas/drogadicción _____

Problemas de alcohol/alcoholismo _____ Colesterol _____

Cáncer _____

SIDA (AIDS) _____ Migrañas _____

Fibrosis cística _____ Muerte súbita del infante _____

Distrofia muscular _____ Defectos de nacimiento _____

Tuberculosis _____ Sordera temprana _____

Artritis _____ Diabetes _____

DESARROLLO Y CONDUCTA

Edad en la que el niño -

Se sentó sólo _____ Caminó _____ Usó oraciones completas _____

Se entrenó para usar el baño _____ Corrió bicicleta _____

Su desarrollo en comparación con otras niños? _____

Grado en la escuela _____ ¿Problemas en la escuela?

¿Problemas de aprendizaje? _____

¿Se lleva bien con otras niños? ¿Tiene problemas de comportamiento?

¿Tiene malos hábitos? ¿Se orina en la cama?

¿Se muerde las uñas? ¿Problemas al dormir?

Aficiones/entretenimienos-deportes-actividades sociales _____

¿Usa drogas ilegales o ilícitas?

SINOPSIS



Información del paciente

Número de Seguro Social: _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____
 Nombre: _____ Inicial del segundo nombre _____
 Apellido: _____
 Raza: _____ Idioma: _____ Estado civil: S D M W
 Dirección: _____ Apt.: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Correo electrónico: _____
 Teléfono de la casa: _____
 Teléfono celular: _____

Información sobre el seguro médico

Nombre del plan de seguros: _____
 Número de identificación: _____
 Fecha de vigencia: _____

Si tiene más de un plan de seguros, favor de presentar todas las tarjetas en recepción para registrarlas en su expediente. Esta información ayuda a determinar a quién y a dónde se le refiere si se requieren exámenes adicionales.

Ingresos / información sobre pagos escalonados

Los ingresos mensuales incluyen todos los ingresos al hogar: Cupones de alimentos, seguro social, discapacidad, desempleo, compensación a empleados, pensión alimentaria, jubilación, etc. Se requiere prueba de ingresos en su próxima visita.

Cantidad de ingresos mensuales: \$ _____.

¿Cuántas personas viven en el hogar y dependen de estos ingresos mensuales? _____.

Persona contacto en caso de emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____
 Apellido: _____ Relación con el paciente: _____

Padre/Tutor

Nombre: _____ Teléfono: _____
 Apellido: _____ Relación con el paciente: _____

Indique los nombres de aquellos con los que desea que compartamos su información de salud:

Name:	Relationship:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Farmacia preferida

Nombre: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____

Todo lo que declaro en esta solicitud es correcto según mi conocimiento. Entiendo que tengo que proveer documentos que prueben lo que he dicho y estoy de acuerdo en hacerlo. Estoy de acuerdo en notificar a Tampa Family Health Centers sobre cualquier cambio en ingresos u otros factores utilizados para determinar la elegibilidad financiera.

Firma del Paciente / Tutor: _____ Fecha: _____



Tampa Family Health Centers

P.O. Box 82969 • Tampa, Florida 33682

7814 N. Dale Mabry Highway • Tampa, FL 33614

(813) 866-0930 Fax (813) 866-0929

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I acknowledge that I was provided with a written summary and explanation of the Notice of Privacy Practice.

I understand that a copy of the entire notification will be available at the front admission desk if I desire to read it.

I have read (or had the opportunity to read) the Privacy Notice.

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que me han proporcionado un sumario escrito y una explicación del Aviso de la Práctica de Privacidad.

Comprendo que si quiero leerla, estará disponible una copia completa de las notificación en el buró de admisión que se encuentra en el frente de la oficina.

He leído (o he tenido la oportunidad de leer) el Aviso de Privacidad.

Patient Name (please print)

Nombre del paciente (escriba con letra de molde)

Date

Fecha

Parent or Authorized Representative (if applicable)

Padres o Representante autorizado (si es aplicable)

Signature
Firma

Date
Fecha



Tampa Family Health Centers
P.O. Box 82969 • Tampa, Florida 33612

Política Financiera

Gracias por escogernos como su profesional sanitario. Estamos entregados a su trato siendo exitoso. Por favor tenga entendido que el pago de su factura es considerado una parte de su trato. Lo siguiente es una declaración de nuestra Política Financiera, que requerimos que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento. Todos los pacientes deben terminar nuestra información y Formulario de Seguro antes de ver al doctor.

El pago completo es esperado a la época del servicio.

ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES PERSONALES, STRAIGHT MEDICAID, MEDICARE, EL SEGURO CONFIDENCIAL, HILLSBOROUGH COUNTY HEALTH CARE, PCA CENTURY, STAYWELL, PHYSICIANS HEALTHCARE, TGH HEALTH EASE.

OFRECEMOS UN PLAN DE PAGO BALANCEADO SOBRE LA BASE DE GANANCIAS SEMANALES O QUINCENALES EN CURSO. LOS ARREGLOS DE PAGO SOBRE LA BASE DE LA HABILIDAD DE PAGAR PUEDEN SER HECHO A TRAVÉS DE NUESTRO CONSEJERO FINANCIERO.

Respecto a el seguro

Podemos aceptar la asignación de beneficios de seguro después de su segunda visita. Sin embargo, requerimos que 50 % de la factura sean pagados al tiempo del servicio. El balance es su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no. No podemos facturar a su compañía de seguros a menos que usted nos de su información de seguro y un impreso de demanda original. **Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte a ese contrato. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro de 45 días, el balance le será transferido (a usted), el paciente, por la cantidad total de la visita de la oficina. Por favor este cociente que algunos o quizás todos los servicios proveídos podría no ser cubiertos** y no considerados razonable y necesario bajo el programa de Medicare y/o el otro seguro médico.

Todo co-pago y las franquicias son pagaderas antes del tratamiento.

Cargos acostumbrados y usuales

Nuestra práctica está comprometida a suministrar el mejor trato para todos los pacientes y cobramos lo que es acostumbrado y usual en nuestra área. Usted es responsable del pago sin considerar cualquier compañía de seguros determinación arbitraria a los cargos acostumbrados y usuales.

Pacientes adultos

Los pacientes adultos son responsables del pago completo al tiempo del servicio.

Pacientes menores

El adulto que acompaña a un menor y los padres (o tutores del menor) son responsables del pago completo. Para menores no acompañados, una carta notariada y firmada por el Padre o tutor legal es requerida al tiempo del servicio para todo tratamiento. El tratamiento de emergencia no será negado a menos que los cargos han sido pre autorizado y los arreglos de pago han sido pre aprobado. Un pago será requerido al tiempo del servicio.

Gracias por comprender nuestra Política Financiera. Por favor déjenos saber si usted tiene preguntas o incumbencias.

He leído la Política Financiera. Comprendo y estoy de acuerdo con esta Política Financiera.

X _____ Fecha _____
Firma de paciente

X _____ Fecha _____
Firma del acompañante responsable



Tampa Family Health Centers, Inc.
PO Box 82969 • Tampa, FL 33682

¿Como funcionan los Pagos Escalonados?

De acuerdo a sus ingresos, se le ha asignado la siguiente categoría de pagos escalonados por servicios médicos prestados en TFHC:

A Significa que usted sólo paga \$15.00 por visita y se le requiere que solicite el plan médico del Condado (Hillsborough County Health Care Plan) y / o Medicaid.

B Significa que Usted es responsable por el 25% del total de la factura y un depósito inicial de \$20.00.

C Significa que Usted es responsable por el 50% del total de la factura y un depósito inicial de \$30.00.

D Significa que Usted es responsable por el 75% del total de la factura y un depósito de \$40.00.

E Significa que Usted es responsable por el 100% del total de la factura y un depósito inicial de \$50.00.

Los cargos por vacunas para adultos no están sujetos al programa de pagos escalonados y no tendrán descuentos. **Tome nota de que se requiere una prueba de ingresos en su próxima visita.**

Tenga en cuenta que el depósito se requiere al momento de cada visita al consultorio. Usted está obligado a pagar el depósito correspondiente durante el proceso de registro para la visita. Al finalizar la visita, el importe del depósito será aplicado al total de cargos por los servicios prestados (incluyendo laboratorios). El balance pendiente se pagará al completar la visita.

Por favor, pida recibos de todos los pagos realizados.

Al firmar este documento, Usted confirma que entiende completamente su responsabilidad como paciente.

Nombre del paciente _____

Firma _____ Fecha _____

Nombre del Tutor legal _____ Firma _____

Tampa Family Health Centers, Inc.

Medical Treatment Consent Form

Nombre del paciente: _____
(Favor de imprimir el nombre completo)

Consentimiento para el tratamiento Sabiendo que yo (o el paciente indicado en la parte superior de este formulario) deseo evaluación y / o tratamiento en Tampa Family Health Centers, Inc., voluntariamente accedo a someterme a dicho cuidado de salud. Doy mi consentimiento para los procedimientos de diagnóstico de rutina, incluyendo pero no limitados a radiografías, extracción de sangre, pruebas de laboratorio, administración de medicamentos y tratamientos por los médicos y otros miembros del personal médico de Tampa Family Health Centers, Inc. y otros proveedores de atención médica que mi médico o personal médico consideren necesarios para consulta o ayuda en mi cuidado. Estoy at tanto de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados de mi examen o tratamiento en Tampa Family Health Centers, Inc. Reconozco que el tratamiento en Tampa Family Health Centers, Inc. tiene como objetivo tratar episodios específicos de enfermedades o lesiones y no pretende sustituir la atención integral de un médico de atención primaria u otro médico especialista. A fin de contribuir a las mejores condiciones para un tratamiento exitoso, acepto la responsabilidad de seguir las recomendaciones de mi proveedor de cuidados de salud, incluyendo el cumplimiento con los medicamentos, instrucciones detalladas y re-evaluación de seguimiento o referidos a otros médicos. Estoy de acuerdo en regresar a la clínica o buscar ayuda en la sala de emergencias de un hospital si mi condición cambia sustancialmente. También eximo de responsabilidad a los médicos y al personal de Tampa Family Health Centers, Inc. si no cumplo con las condiciones ya estipuladas.

Los pacientes en Tampa Family Health Centers, Inc. serán tratados sin distinción de raza, color, origen nacional, discapacidad o religión. Sin perjuicio de los criterios anteriores, Tampa Family Health Centers, Inc. se reserva el derecho a rechazar la atención a cualquier persona que pueda tener un saldo pendiente de pago, muestra un comportamiento grosero o perjudicial, o cualquier razón a discreción del personal del proveedor de servicios.

Este consentimiento permanecerá vigente hasta el momento en que sea específicamente revocado.

Firma del paciente o representante del paciente: _____

Fecha: _____