

Nadal Pediatrics

813-655-0292
621 Victoria St
Brandon, FL 33510

813-681-7101
376 E. Bloomingdale Ave
Brandon, FL 33511

Información del Paciente

Fecha: _____

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento.: _____

Dirección: _____ Sexo: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono.: () _____

Seguridad Social #: _____ Teléfono Celular: () _____

Alergias del paciente: _____

Referido por: _____ Dirección: _____

Nombre del padre: _____

Ocupación: _____ Empleado por: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

S.S. #: _____ Fecha de nacimiento.: _____

Licencia de Conductor #: _____

Nombre de la madre _____

Ocupación: _____ Empleado por: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

S.S. #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Licencia de Conductor #: _____

Persona responsable de esta cuenta _____

Nombre y dirección de la compañía de seguro: _____

Portador de la póliza: _____

Número de la póliza: _____

El nombre de un pariente que **no** vive con usted: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Relación del Paciente: _____ Ocupación: _____

*** Información Importante con respecto a su cuenta ***

Declaración de la responsabilidad financiera

Entiendo que soy responsable del pago de esta cuenta, y asumo y garantizo por este medio el pago pronto de todos los costos incurridos en.

Aviso de los servicios del “No Cubiertos”

Entiendo que algunos servicios realizados por Nadal Pediatrics se pueden considerar “no cubiertos” por mi portador de seguro o Medicaid, por lo tanto soy responsable del pago de estos servicios.

Renuncia de “Usual, Customary, and Reasonable Clauses”

(Para los pacientes con cobertura del “UCR”) reconozco que los honorarios cargados por Nadal Pediatrics para los servicios rendidos a, o a la persona para quien asumo responsabilidad financiera, puede exceder los honorarios considerados “usual, acostumbrado y prudencial”, debido a los servicios especializados y al personal. Sin embargo, acuerdo pagar honorarios de Nadal Pediatrics por completo, aunque la cantidad es mayor que mi compensar de mi seguros me reembolso.

Cuenta Instrucciones del pago

Inicial

Seguro comercial

Autorizo y solicito por este medio Nadal Pediatrics para enviar la cuenta a mi compañía de seguros para los servicios proporcionados a mi niño.

Inicial

Medicaid

Solicito el pago de las ventajas de Medicaid para ser hecho a la Nadal Pediatrics en mi favor para los servicios rendidos a mi niño.

Políticas de la Oficina

Es nuestra política que las visitas de la oficina se paguen por completo a la hora de visita

Entiendo completamente que si mi cuenta necesita ser enviada a una agencia de de pago, por no ser pagada, seré responsable un porcentaje adicional de la cantidad para cubrir los honorarios de los agencia.

Firma

Permiso para el tratamiento

El permiso se concede por este medio para los médicos, empleados o, agentes de Nadal Pediatrics para rendir al paciente nombrado debajo del tratamiento medico y quirúrgico tal como sea necesario.

Permiso para enviar la Información Médica

Autorizo Nadal Pediatrics para enviar la información de mi expediente medico, o del expediente medico de la persona de quien soy legalmente responsable, a mi compañía de seguros, otros tercero-pagadores o sus agencias de repaso. Esta información se debe limitar a el que sea necesario apresurar el proceso de la demanda. **Esta autorización es valida para cada visita a Nadal Pediatrics hasta que el aviso escrito que la revoca se proporcione.**

Yo libro a Nadal Pediatrics de toda la responsabilidad de la pérdida de secreto con el acceso yo las copias hechas de expedientes lanzaron en conformidad a esta autorización.

He leído todo el antedicho y estoy en total acuerdo de convenga todas las provisiones en esto con respecto a la responsabilidad del pago, enviarla de la información, y permiso para el tratamiento.

Nombre de Paciente _____

Firma del paciente o guardián legal _____ Fecha _____

Guardián legal, Relación al paciente _____

Nadal Pediatrics

813-655-0292
621 Victoria St
Brandon, FL 33510

813-681-7101
376 E. Bloomingdale Ave
Brandon, FL 33511

Cuestionario pediátrico de la salud

Fecha: _____

Nombre de paciente _____ Fecha de nacimiento: _____

Vive con _____ Guardería/escuela _____

LA HISTORIA DEBE SER COMPLETADA POR UN PADRE/ guarda legal

Embarazo y Nacimiento

1. ¿La madre tuvo alguna enfermedad o problemas durante embarazo? No _____ Si _____
2. ¿El bebe vino ha tiempo? Si _____ No _____
3. ¿Cuál fue el peso del bebe al nacer? _____
4. ¿El bebe tuvo problemas enseguida después del nacimiento? No _____ Si _____
5. ¿El bebe tuvo algún problema mientras estuvo en el hospital? No _____ Si _____

Alimentacion y Digestión

1. ¿Tuvo problemas de alimentación o cólicos severos los primeros 3 meses? No _____ Si _____
2. ¿Es el apetito del niño generalmente bueno? Si _____ No _____
3. ¿El apetito es bueno ahora? Si _____ No _____
4. ¿cual alimento discrepan con el o ella? No _____ Si _____
5. ¿El o ella tiene a diarrea a menudo? No _____ Si _____
6. ¿Tiene problema de estreñimiento? No _____ Si _____
7. ¿El o ella toma vitaminas? Si _____ No _____
8. Si aun toma formula ¿Cuál utiliza? _____

Antecedentes Familiares

1. ¿Están los padres del niño o niña ambos en buena salud? Si _____ No _____
2. ¿Algún padre fuma? No _____ Si _____
3. Enumere las edades, sexo y salud general de los hermanos y de las hermanas:

4. Circule cualquier de estas enfermedades que sufran los padres de los niño o niña, abuelos, tíos, tías, los hermanos o las hermanas han tenido: Tuberculosis, Diabetes, Asma, Alergia, Asimientos, Cáncer, Enfermedad mental, enfermedades heredadas, Hipertensión, Enfermedad cardiaca, Alcoholismo

5. ¿Algunos de sus niños han muerto? No _____ Si _____

Desarrollo del Historial Medico

- 1. ¿Su niño ha tenido más de 4 infecciones del oído en 1 año? No ____ Si ____
- 2. ¿El o ella tiene más de 3-4 catarros o infección de garganta con fiebre en un año? No ____ Si ____
- 3. ¿El o ella tiene problemas al orinar? No ____ Si ____
- 4. ¿El o ella ha sufrido alguna convulsión? No ____ Si ____
- 5. ¿El o ella oye bien? Si ____ No ____
- 6. ¿El o ella ha tenido problema con los ojos? No ____ Si ____
- 7. ¿A que edad se sentó solo(a)? _____
- 8. ¿A que edad caminó solo(a)? _____
- 9. ¿Su niño dijo cualquier palabra para el momento en que el o ella tuvo 18 meses? Si ____ No ____
- 10. ¿Su niño(a) tiene algún problema para dormir? No ____ Si ____
- 11. ¿Tiene alguna preocupación por la dentadura? No ____ Si ____
- 12. ¿Su niño ha tenido accidentes serios o huesos quebrados? No ____ Si ____
- 13. ¿El o ella toma medicamentos diarios? _____
- 14. ¿Otra enfermedad o enfermedades que sufre? _____
- 15. ¿Hospitalizaciones? ¿Cual fue la razón? _____
- 16. ¿Operaciones? _____

Alergias

- 1. ¿Su niño ha sufrido de eczema o colmenas? No ____ Si ____
 - 2. ¿Su niño ha sufrido de wheezing o asma? No ____ Si ____
 - 3. ¿El o ella ha tenido alergias o reacciones a medicinas o a inyecciones? No ____ Si ____
- Lista: _____

Historia Sicosocial

- 1. ¿Le va bien en la escuela? Si ____ No ____
- 2. ¿Se lleva bien con otros niños? Si ____ No ____
- 3. ¿Su niño tiene problemas del comportamiento que le preocupen a usted? No ____ Si ____
- 4. ¿Guardería o niñera? No ____ Si ____

Inmunizaciones

- 1. ¿Cuanto "DPT "; o diphtheria, tetanus, y whooping cough, tienen su niño? _____ Fecha _____
- 2. ¿Cuantas dosis de la vacuna de la poliomielitis? _____ Fecha _____
- 3. ¿Su niño ha tenido la vacuna de MMR? Si ____ No ____
- 4. ¿El o ella ha tenido una prueba de la piel para TB? Si ____ No ____
- 5. ¿Otras vacunas? Lista: _____

Firma del padre o del guardián _____ Relación _____ Fecha _____

Cualquier encasillado a mano derecha será investigado.

Reviewed by _____

Nadal Pediatrics

813-655-0292
621 Victoria St
Brandon, FL 33510

813-681-7101
376 E. Bloomingdale Ave
Brandon, FL 33511

Autorización para el tratamiento medico y las inmunizaciones

Fecha _____

Yo, _____ autorizo a los siguientes persona a traer
Padre o madre/Guardian Legal
_____ en Nadal Pediatrics para el tratamiento medico y o de
Nombre del paciente

Inmunizaciones:

Nombre de la persona

Relación al paciente

Nombre de la persona

Relación al paciente

Nombre de la persona

Relación al paciente

Nombre de la persona

Relación al paciente

Esta autorización es valida hasta que el aviso escrito que la revoca se proporcione.

Firma del padre o del guarda

Fecha