

Northwest Suburban Family Physicians

Hoja De Información Para El Paciente Nuevo- Peds

Fecha: _____

Información del paciente:

Nombre: _____

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Estado Civil(círcula): Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Pareja Doméstica

Raza(Información necesaria para la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible)
Afroamericano Indio Americano Asiático Caucásico (blanco) Hispano Otro: _____

Dirección: _____

Apt/Condo #: _____ Ciudad: _____ St: _____

Codigo Postal: _____

Teléfono de Casa (_____) _____ Teléfono Celular (_____) _____

Teléfono de Trabajo (_____) _____

Nombre del empleador _____

¿Podemos dejar un mensaje en el trabajo? Si No

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Correo electrónico (todas las direcciones de correo electrónico serán confidenciales):

Nombre de Farmacia _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Número de teléfono _____

Información del Suscriptor:

Nombre: _____

Número de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____

Relación al paciente: _____

Información de contacto de emergencia

Nombre: _____

Teléfono de Casa (_____) _____ Teléfono Celular (_____) _____

Teléfono de Trabajo (_____) _____

Relación al paciente: _____

TENEMOS PERMISO DE DEJAR UN MENSAJE DE VOZ CON DETALLE? SI NO

Mejor número para dejar mensajes: _____

Firma del Paciente: _____

Ley de privacidad HIPAA

Northwest Suburban Family Physicians

Autorización del paciente para el uso y la divulgación de la información de salud del paciente
Con la firma, yo autorizo a **Northwest Suburban Family Physicians** usar y/o revelar cierta información (PHI) de salud protegida acerca de mí.

Esta autorización permite a **Northwest Suburban Family Physicians** usar o revelar la siguiente información de salud identificable individualmente sobre mí. Esta información será usada o divulgada para los siguientes propósitos:

Tratamiento, pago, recordatorios de la cita, beneficios, divulgación de información a amigos y familiares relacionados con la salud (si es así por favor llene la sección 2) y la revelación requerida por la ley. (Explicado en partes C y D en las páginas 2 y 3).

El objetivo(s) es para que yo pueda tomar una decisión informada si permiten la libertad de la información.

No tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento de Northwest Suburban Family Physicians. De hecho tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Cuando mi información es usada o divulgada en virtud de esta autorización, podrán ser sometido a nueva divulgación por parte del receptor y ya no puede estar protegido por la regla de privacidad HIPAA federal. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito excepto en la medida en que la práctica ha actuado confiando en esta autorización. Mi revocación escrita debe presentarse al oficial de privacidad en:

Carmen Morse
Northwest Suburban Family Physicians, LLC
Oak Mill Mall
7900 N. Milwaukee Ave #234
Niles, IL 60714

Firmado por: _____

Firma del paciente o tutor legal

Relación con paciente

Imprimir el nombre del paciente

Fecha

Imprimir nombre y apellidos del paciente o tutor legal, si procede

Sección 2:

Si desea autorizar a familia o un amigo para recibir información acerca de usted por favor firme a continuación

Nombre y apellidos de la persona autorizada para recibir información

Firma del paciente

Expectativa de Pago

Northwest Suburban Family Physicians

Gracias por elegir Northwest Suburban Family Physicians.

Como una cortesía a nuestros pacientes aceptamos la mayoría de planes de seguros y presentamos reclamaciones a estos planes en su nombre. Para realizar este proceso de manera eficiente, es importante que tengamos información exacta y completa sobre la cobertura de seguro y el suscriptor. Información que incluye: nombre del suscriptor, número de seguro social y fecha de nacimiento. Además, es importante que se cumplan todos los requisitos de su plan de seguro antes de prestar servicio.

Es responsabilidad del paciente para pagar por todos los servicios prestados que no son cubiertos por el seguro. Nos complace ofrecer el servicio que usted necesita. Sin embargo, si su plan de seguro médico no cubre estos servicios se espera que usted pague en el momento del servicio. Si no hemos recibido el pago de su plan de seguros por 30 días después de la fecha de servicio o si su plan de seguros cancelará el pago en su totalidad o en parte, facturaremos el equilibrio.

Northwest Suburban Family Physicians acepta la siguiente satisfacción de la obligación: la mayoría de las tarjetas de crédito, cheque o efectivo.

Se le cobrará los saldos pendientes mensualmente, el pago debe efectuarse en el momento de la recepción. Los saldos de las cuentas que no han sido pagados en cuatro ciclos serán entregados a una agencia de colección con licencia.

Si no hago un pago completo de cada uno de los servicios autorizo a Northwest Suburban Family Physicians y sus agentes a presentar una reclamación de seguro sanitario para cualquier servicio y recibir el pago del seguro.

Nos reservamos el derecho de cobrar por las citas, si usted no se presenta y no la cancelan en un plazo razonable de tiempo (24 HRS). Por favor, ayúdenos a servirle mejor, manteniendo las citas programadas.

Yo autorizo a Northwest Suburban y sus agentes para que den a conocer la información de mi expediente médico que se refiere a la presentación de la solicitud y documentación adecuada para cualquier reclamación de seguro. Soy consciente de que si me niego a aceptar esta versión o la información de archivo para mí, los gastos por concepto será mi responsabilidad.

Por este medio declaro que he revelado totalmente todos los seguros y la información es verdadera. Entiendo y estoy de acuerdo que soy responsable por el pago de todos los servicios recibidos de Northwest Suburban Family Physicians que no es cubierto por mi plan de seguro médico. Entiendo que este consentimiento no tiene fecha de caducidad.

Nos reservamos el derecho de cobrar por las citas, si usted no se presenta y no se cancelan en un plazo de tiempo razonable.

Firma del paciente o tutor legal

Imprimir nombre y apellidos del paciente o tutor legal

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE NUEVO

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Historia de Nacimiento:

1. Término Completo? _____ Prematuro? _____
Si es así qué tan temprano? _____
Peso de nacimiento? _____ Sesarea? _____ Parto Vaginal _____

2. Problemas durante el embarazo?

3. Problemas en el nacimiento o durante la infancia?

4. Alergias? (incluir medicamentos , alimentos , polen, y la reacción de esto):

5. Medicamentos: (Incluir todo)

Nombre	Dosis	Con qué frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6. Cirugías

Cirugías	Fecha	Hospital	Cirujano
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

7. Hospitalizaciones

Razon	Date	Hospital	Doctor
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

8. Enfermedades de infancia
- Varicela
 - Measles
 - German Measles
 - Mumps
 - Otro: _____

9. Problemas o enfermedad medica: (tales como asma , diabetes, convulsions) Favor de indicar cuanto tiene con el problema y el especialista que esta biendo:

10. Historia de un soplo en el Corazon? _____

11. Grado en la escuela? _____ Problemas en la escuela? Si es así que tipo de problemas son?

12. Inmunizaciones(Si trajo todo escrito no necesita llenar esto)

	Date				
Diphtheria- Pertussis- Tetanus(DPT)	Dose1	Dose2	Dose3	Dose4	Dose5
Diphtheria- Tetanus	Dose1			Dose2	
Polio (OPV)	Dose1	Dose2	Dose3	Dose4	Dose5
Measels- Mumps- Rubella(MMR)	Dose1			Dose2	
HIB (Meningitis)			Dose 1		
TB Test	Dose 1		Dose2		

13. Las siguientes condiciones son Hereditarias: _____ Quien lo tiene? Relacion al paciente

Diabetes	
Presion Arterial Alta	
Colesterol Alto	
Convulsiones	
Asma	
Alcoholismo	
Cancer(que tipo)	
Enfermedad mental(Que tipo)	
Sindrome de Muerte Subita del Lactante (SIDS o Muerte en la cuna)	
Otro	

14. Fumas? _____ Cuanto? _____

15. Tomas Alcohol? _____ Cuanto? _____ Que tan seguido?

16. Usas Drogas? _____ Que tipo? _____ Que tan seguido?

17. Intereses o Adiciones?

Para las Mujeres Jovenes

18. Edad en la que empezó el periodo _____ Cuanto duro?

19. Dias entre periodo _____ Fecha de ultimo periodo

20. Lista de todas las personas que viven con usted

Nombre	Edad	Relacion

21. Animales domesticos en la casa? _____ Que tipo?

22. Si el paciente es un niño quien es el cuidador principal durante el día?

23. Algo mas que deberíamos saber?

