



Nombre del paciente: _____ M ___ F ___ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Dirección física: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Raza: CAUC AFR/AMER ASIAN NTV/AMER OTHER Origin Etnico: HISPANIC OTHER REFUSED

COMUNICACIÓN PREFERIDO

Como desea recibir comunicación/ recordatorios? (Seleccione todos los que apliquen): CORREO DE VOZ TEXTO EMAIL

Numero de telefono principal: _____ TELEFONO CELULAR TELEFONO DE CASA

Correo electronico: _____ IDIOMA: ENGLISH ESPANOL

PERSONA RESPONSABLE

Relacion a Paciente: Madre Padre Guardian

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ SSN: _____

Dirección física: _____ APT: _____ Ciudad/Estado/ Código Postal: _____

Casa#: _____ Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Nombre de empleador: _____

Relacion a Paciente: Madre Padre Guardian

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ SSN: _____

Dirección física: _____ APT: _____ Ciudad/Estado/ Código Postal: _____

Casa#: _____ Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Nombre de empleador: _____

INFORMACION DE ASEGURANSA:

ASEGURANSA PRIMARIA

Nombre de aseguransa: _____ ID#: _____ Grupo#: _____

Nombre de suscriptor _____ Fecha de nacimiento del Suscriptor: ___/___/___

ASEGURANSA SECONDARIA

Nombre de aseguransa: _____ ID#: _____ Grupo#: _____

Nombre de suscriptor _____ Fecha de nacimiento del Suscriptor: ___/___/___

FARMACIA DE PREFERENCIA:

Nombre: _____ Calles Principal: _____

***POR FAVOR LEA Y FIRME ABAJO: CONSENTIMIENTO MEDICO/CESIÓN/PRENSA:** Yo estoy de acuerdo con el tratamiento medico prestado bajo el control de West Valley Pediatrics, PC. Yo cedo mis beneficios de seguro a ser pagados directamente a West Valley Pediatrics, PC y yo soy financieramente responsable de todos los servicios no cubiertos. También autorizo a West Valley Pediatrics, PC, a dar información necesaria para procesar todas las reclamaciones por los servicios prestados. Rev 01/15

Nombre de padre/tutor

Firma de padre/tutor

Fecha

FORMA DE HISTORIAL FISICA

INFORMACION GENERAL

Nombre de niño _____
(apellido) (nombre)
Fecha de nacimiento _____ M F
(circulo)
El niño vive con _____
(madre, padre, padres, etc.)
Dirección _____
(calle)

(ciudad) (estado) (codigo postal)
Teléfono _____

Anteriormente Visto por/Tratado por _____
(Nombre de medico)
Dirección _____
(calle)

(ciudad) (estado) (codigo postal)
Escuela de niño _____
(nombre)
AHCCCS número del niño _____

HISTORIA DEL NACIMIENTO DEL NIÑO

¿Durante su embarazo con este niño?

Circule uno

1. ¿Tuvo usted presión alta de sangre? Sí No
2. ¿Tuvo usted diabetes o azúcar en la orina? ... Sí No
3. ¿Tuvo usted albumine o proteína en la orina? . Sí No
4. ¿Tuvo usted infección de la orina? Sí No
5. ¿Tuvo usted rubeola? Sí No
6. ¿Tomó medicinas? Sí No
7. ¿Fumó cigarrillos? Sí No

Circule uno

8. ¿Le trataron por gonorrea or sífilis? Sí No
9. ¿Tomó alcohol? Sí No
10. ¿Cuánto duró su embarazo? Sí No
11. ¿Qué tan pronto vio a su médico? Sí No
12. ¿Fue prematuro su niño? Sí No
13. ¿Tuvo más de un niño? Sí No
14. ¿Tuvo un parto difícil? Sí No
- ¿Nació de vagina? Sí No
- ¿Nació por cesárea? Sí No

HISTORIA PRESENTE/PASADO MEDICO/NUTRITIVA DEL NIÑO

Circule uno

1. ¿Respiró/lloró su niño inmediatamente Sí No
al nacer?
2. ¿Tuvo su niño ictericia al nacer? Sí No
3. ¿Tuvo su niño problema de RH? Sí No
4. ¿Recibió transfusión del sangre? Sí No
5. ¿Se vio normal el niño al nacer? Sí No
6. ¿Se le hizo la prueba de Célula Falciforme ... Sí No
al nacer?
7. ¿Se le hizo la prueba de PKU al nacer? Sí No
8. ¿Durante el primer año de vida, tomó pecho .. Sí No
el niño?
9. ¿Por cuánto tiempo? Sí No

Circule uno

8. ¿Durante el primer año tomó el niño fórmula?. Sí No
¿Por cuánto tiempo? _____
(semanas/meses)
9. Si tuvo problema de alimentación, explíquelo _____
10. Dejó el pecho a _____
(edad del niño(a))
11. Empezó a tomar leche entera _____
(edad del niño(a))
¿Problemas/Alergias? _____
12. Empezó a comer sólidos _____
(edad del niño(a))
¿Problemas/Alergias? _____

Nombre: _____ DOB: _____ Fecha: _____

PLOMO COMPROBACION CUESTIONARIA

Por favor de contestar las siguiente preguntas Si o No.

SI	NO	
_____	_____	1. ¿Su niño(a) vive, visita seguido, o juega cerca o edificio construido antes de 1978 con remodelaciones recientes? (Esto puede incluir una guardería, pre-escuela, y la casa de una niñera o un familiar.)
_____	_____	2. ¿Su niño(a) vive o visita seguido una casa con pintura cayéndose o pelándose construida antes de 1960?
_____	_____	3. ¿Su familia o su niño(a) a vivido fuera de los Estados Unidos, o acaba de llegar de otro país?
_____	_____	4. ¿Su hijo(a) tiene un hermano(a), vive con alguien o juega con alguien que ha sido examinado o tratado por envenenamiento de plomo?
_____	_____	5. ¿Su niño(a) se mete seguido cosas a la boca tales como juguetes joyería, o llaves? Su niño(a) come cualquier cosa que no sea comida?
_____	_____	6. ¿Su niño(a) esta en contacto con un adulto el cual su pasatiempo o trabajo incluye exponerse al plomo? (Trabajos incluyen, pintar cases, plomería, remodelación, construcción, reparación de autos, soldar, reparación de electrónicos, joyería o hacer artesanías. Ejemplos de pasatiempos son hacer vitrales o alfarería, pescar, hacer o disparar armes de fuego y coleccionar figures de plomo o pewter.)
_____	_____	7. ¿Su niño(a) vive cerca de una compañía active que derrite plomo, una planta que recicla baterías, u otra industria parecida que despide plomo?
_____	_____	8. ¿Su familia usa cosméticos de otros países como kohl, surma, o sindoor?
_____	_____	9. ¿Le da usted a su hijo(a) remedies caseros o medicinas tradicionales que puedan contener plomo?
_____	_____	10. ¿Su niño(a) come comida, toma jugo o ponche que ha sido guardado en alfarería de Mexico o que ha sido guardada en latas abiertas?
_____	_____	11. ¿Su niño(a) vive cerca de una carretera muy transitada donde la tierra y el polvo pudieran estar contaminados de plomo?
_____	_____	12. ¿La plomería de su casa tiene pipas de plomo o cobre con soldaduras de plomo?

West Valley Pediatrics Forma de Consentimiento

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Las siguientes personas tienen mi permiso de traer a mi hijo(a) a West Valley Pediatrics para recibir atención médica y tratamiento. También autorizo que las mismas personas reciban asesoramiento e información médica acerca de mi hijo(a), ya sea por teléfono o en la oficina. Estos individuos también servirán como contactos de emergencia para mi hijo(a).

Nombre	Relación con el paciente	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Doy mi consentimiento a el personal de West Valley Pediatrics de transmitir cualquier información imperativa por:

Marque todas las que apliquen:

_____ Correo de voz

_____ Correo electrónico (Si se ha registrado en el portal del paciente)

Esta declaración expirará 12 meses de la fecha firmada.

Nombre de padre/ tutor

Firma de padre/tutor

Fecha

West Valley Pediatrics Policies

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

Gracias por elegir a West Valley Pediatrics (WVP) como sus médicos de atención primaria. Esta norma ha sido puesta en marcha para garantizar que los pagos financieros debidos se recuperen y para que podamos continuar proporcionando atención médica de calidad a nuestros pacientes. Es importante que trabajemos juntos para asegurar que el pago de servicios sean lo mas facil y sencillo posible. Nuestro gerente y el departamento de facturación estarán encantados de discutir estas normas con usted.

¡Por favor lea cuidadosamente e inicie cada declaración y firme abajo.

1. _____ WVP permitirá 60 días a partir de la fecha de la presentación a mi compañía de seguros para procesar o pagar una reclamación, la ley de Arizona permite a las empresas de seguros que operan en el estado no más de 30 días para procesar reclamos. Es mi responsabilidad proveer a mi compañía de seguros con la información solicitada y necesaria para procesar un reclamo por servicios. También es mi responsabilidad notificar WVP si hay algún cambio en mi cobertura de seguro, de residencia o número de teléfono. **ULTIMADAMENTE, DEPENDE DE MI SABER MIS BENEFICIOS DE SEGURO.**
2. _____ Entiendo que si no proporciono mi tarjeta de seguro, o co-pago, que mi cita puede ser reprogramada hasta el momento en que pueda aportar los documentos o los pagos requeridos.
3. _____ Entiendo que los menores de edad deben ser acompañados por un padre o tutor legal para ser atendidos por WVP. El pago es debido al momento del servicio, independientemente de quien acompañe al niño(a). Si el niño(a) vive con una persona que no sea el padre(s), debemos tener una copia del documento(s) legal declarando con quien reside el niño(a).
4. _____ Entiendo que si no se presentan a la cita programada de mi hijo(a) constituye como un NO SHOW (falta). Sé que WVP se reserva el derecho de darme de alta, como paciente, de la práctica después del tercer NO SHOW (falta). Si no puedo asistir a la cita de mi hijo(a) llamare a la oficina por lo menos 24 horas antes de la cita programada para reprogramar o cancelar.
5. _____ Apagare todos los TELÉFONOS CELULARES DURANTE LA CITA; A medida que el uso de teléfonos celulares ha crecido, nos hemos dado cuenta de cómo interfieren en un consultorio médico. Entendemos que la gente no quiere perder llamadas importantes, pero los teléfonos celulares pueden interferir con la comunicación entre el paciente y el médico o el personal. Esto puede causar demoras, o peor puede provocar distracciones que puedan resultar en cuidados o atención médica no óptimas. Amablemente les pedimos que apaguen todos los telefonos celulares al llegar a su cita. Gracias por su cooperación y comprensión.
6. _____ Entiendo que hay un cobro de \$ 10 por cualquier forma que yo solicite al médico completar en mi nombre. El pago para la realización de estas formas se aplica en el momento de la solicitud.

He leído y entiendo las normas anteriores de West Valley Pediatrics.

Nombre de padre/ tutor impreso

Firma de padre/tutor

Fecha

Rev5/14

Nota de HIPAA de Prácticas de Intimidad

WEST VALLEY PEDIATRICS, PC
10750 West McDowell Road
Suite G-700

Avondale Arizona 85392

ESTA NOTA DESCRIBE INFORMACION CUAN MEDICA ACERCA DE USTED se PUEDE USAR Y PUEDE SER REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER el ACCESO A ESTA INFORMACION. REVISELO POR FAVOR DETENIDAMENTE.

Esta Nota de Prácticas de Intimidad describe cómo podemos usar y poder revelar que su ha información (PI) protegida de salud para llevarse a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones (TPO) del cuidado de la salud y para otros propósitos que se permiten o son requerido por la ley. Describe también sus derechos de conseguir acceso a y para controlar su información protegida de la salud. "Información protegida de salud" es información acerca de usted, inclusive información demográfica, eso lo puede identificar y eso relaciona a su pasado, presenta o la salud o la condición futura física o mental y los servicios relacionados del cuidado de la salud.

1. Los usos y las Revelaciones de Información Protegida de Salud

Los usos y las Revelaciones de Información Protegida de Salud

Su ha información protegida de salud se puede usar y puede ser revelada por su médico, nuestro personal de la oficina y el exterior de otros de nuestra oficina que se implican en su cuidado y el tratamiento para el propósito de proporcionar la salud los servicios del cuidado a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para sostener la operación del médico la práctica de s, y cualquier otro uso requerido por la ley.

El tratamiento: usaremos y revelaremos que su ha información protegida de salud para proporcionar, coordinar, o para manejar su cuidado de la salud y algún servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la administración de su cuidado de la salud con un terceros. Por ejemplo, nosotros revelaríamos que su ha información protegida de salud, como sea necesario, a una agencia buscadora de la salud que proporciona el cuidado a usted. Por ejemplo, su ha información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria diagnosticar o tratarlo.

El pago: Su ha información protegida de salud se usará, cuando necesitado, para obtener el pago para sus servicios del cuidado de la salud. Por ejemplo, la aprobación que obtiene para un hospital permanece puede requerir que su información protegida pertinente de la salud sea revelada al plan de la salud para obtener la aprobación para la admisión del hospital.

Las Operaciones de la asistencia sanitaria: podemos usar o podemos revelar, como necesitado, su ha información protegida de salud para sostener las actividades económicas de su médico la práctica de s. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a, las actividades de la evaluación de la calidad, las actividades de la revisión de empleado, instrucción de estudiantes médicos, de licenciar, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, nosotros podemos revelar que su ha información protegida de salud a estudiantes médicos de escuela que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar un signo en la hoja en el escritorio de matrícula donde usted se pedirá para se firmar su nombre e indicar a su médico. Nosotros también lo podemos llamar por nombre en la habitación que espera cuando su médico está lista para verlo. Podemos usar o podemos revelar que su ha información protegida de salud, como sea necesario, para avisarlo recordarlo de su cita.

Podemos usar o podemos revelar que su ha información protegida de salud en las situaciones siguientes sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como Requerido Por Ley, Salud Pública publica como requerido por ley, estas Enfermedades Communicable: Descuido publica Salud: Abuso o Descuido: Alimento y requisitos Administración Droga: Legal Procede: Aplicación Ley: Pesquisidores, Directores Funeral, y Donativo Organó: Investigación: Actividad Criminal: Actividad Militar y Seguridad Nacional: Trabajadores' Compensación: Presós: Usos Funeral por estas Y el Humano Atiende a investigar o determinar nuestra conformidad con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros Usos y las Revelaciones Permitidos y Requeridos se Harán Sólo Con Su Consentimiento, la Autorización o la Oportunidad de Oponerse a menos que requerido por la ley.

Usted puede revocar esta autorización, en cualquier vez, a escribir, menos hasta el punto que su médico o el médico la práctica de s ha tomado una acción en la dependencia en el uso o la revelación indicados en la autorización.

Sus Derechos que Siguen son una declaración de sus derechos con respecto a su información protegida de la salud.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su ha información protegida de salud. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar ni puede copiar los registros siguientes; notas de psicoterapia; información compilada en la anticipación razonable de, ni del uso en, en una acción ni proceder civiles criminales ni administrativos, y en información protegida de salud que es la ley con sujeción a que prohíbe el acceso a la información protegida de la salud.

Usted tiene el derecho de solicitar que una restricción de su ha información protegida de salud. Esto significa que usted nos puede preguntar no usar ni revelar en cualquier parte de su ha información protegida de salud para los propósitos del tratamiento, las operaciones del pago ni la asistencia sanitaria. Usted puede solicitar también que en cualquier parte de su ha información protegida de salud no sea revelada a miembros de familia ni amigos que puedan ser implicados en su cuidado ni para propósitos de notificación como descrito en esta Nota de Prácticas de Intimidad. Su pedido debe expresar la restricción específica solicitada y a quien usted quiere que la restricción aplique.

Su médico no es requerido a concordar a una restricción que usted puede solicitar. Si médico cree está en su mejor interés de permitir el uso y la revelación de su información protegida de la salud, su información protegida de la salud no será restringida. Usted entonces tiene el derecho de usar a otro Profesional de Asistencia sanitaria.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia de papel de esta nota de nosotros, sobre el pedido, aunque usted haya concordado en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

Usted puede tener el derecho de tener a su médico enmienda su información protegida de la salud. Si negamos su pedido para la enmienda, usted tiene el derecho de archivar una declaración del desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y lo proporcionará con una copia de cualquiera tal refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si cualquiera, Usted su ha información protegida de salud.

Reservamos el derecho de cambiar los términos de esta nota y lo informará por correo de cualquiera cambia. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

Las Quejas

Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Servicios de Salud y Humano si usted cree que sus derechos de la intimidad han sido violados por nosotros. Usted puede archivar una queja con nosotros notificando nuestro contacto de la intimidad de su queja. Nosotros no vengaremos contra usted para archivar una queja.

Esta nota se publicó y entra en vigencia en/o antes de el 14 de abril de 2003.

Somos requeridos por la ley a mantener la intimidad de, y proporcionar los individuos con, esta nota de nuestras prácticas legales de deberes e intimidad con respecto a información protegida de salud. Si usted tiene cualquier objeción a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de la Conformidad de HIPAA en la persona o por teléfono en nuestro Número Principal de Teléfono.

HIPAA Aviso de Practicas de Privacidad

West Valley Pediatrics
10750 W McDowell Rd, G700
Avondale, AZ 85392
623-873-0321

Por ley somos requeridos mantener su privacidad y proporcionar a las personas con este aviso de deberes legales y practicas de privacidad con respecto a la proteccion de su informacin de salud. Si usted tiene alguna objecion a este formulario por favor pida hablar con un representante de HIPAA ya sea en persona o por telefono.

La firma debajo es solo reconocimiento de que usted a recibido este aviso de practicas de privacidad.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del
Padre/guardian _____ Fecha _____