



PEDIATRIC PARTNERS OF ZEPHYRHILLS, PA

Fecha: _____

6712 Dairy Rd
Zephyrhills, FL 33542
Office: (813)782-6064
Fax: (813)782-0984
www.ppzdocs.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente NUEVO Paciente Existente

Apellido del paciente: _____ Primer Nombre: _____ I _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Seguro social #: ___ - ___ - ___ Sexo: M F

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN DE PADRES/GUARDIAN

¿Quién es responsable del paciente? Padre/madre: ___ Abuelo (a) ___ Otro: ___

CORREO ELECTRONICO PRIMARIO: _____

TELEFONO PRIMARIO: (____) _____ - _____

PADRES/GUARDIAN Apellido: _____ Primer Nombre: _____ I _____

Relación al paciente: _____

Seguro social #: ___ - ___ - ___ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono móvil: (____) _____ - _____ Teléfono de trabajo: (____) _____ - _____

Empleador: _____

PADRES/GUARDIAN Apellido: _____ Primer Nombre: _____ I _____

Relación al paciente: _____

Seguro social #: ___ - ___ - ___ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono móvil: (____) _____ - _____ Teléfono de trabajo: (____) _____ - _____

Empleador: _____

Contacto alternativo:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ I _____ Relación al paciente: _____

Teléfono de contacto: (____) _____

Idioma preferido:

- Inglés
- Español
- Otro: ___

Origen étnico del paciente:

- Desconocido
- Hispano o Latino
- No hispano o Latino
- No repuesta

Raza del paciente:

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Hawaiano nativo o isleño del Pacífico
- Blanco
- No repuesta

Formulario completado por:

Nombre: _____ Firma _____ Fecha _____

POR FAVOR TENGA LA TARJETA DE SEGURO MEDICO E IDENTIFICACION PARA LA RECEPCIONISTA
PAGO POR SERVICIOS PROFESIONALES SE DEBEN EFECTUAR AL MOMENTO DE RECIBIRLOS



Fecha: _____

HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE

Apellido del paciente: _____ Primer nombre: _____ I _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Alergias a medicamentos: _____

Otras alergias: _____

Historia prenatal/nacimiento

Problemas maternos durante el embarazo: _____

Tipo de nacimiento: Vaginal Cesárea, ¿por qué? _____

¿Complicaciones durante el parto? No Sí, especifique: _____

Peso al nacer: _____ lbs ___ oz Estatura: _____ Hospital: _____

Tiempo completo o Prematuro (menos de 37 semanas), especifique; _____

¿Salió el recién nacido del hospital con la madre? Sí No

Si no: ¿por qué? _____

¿Problemas con el recién nacido? No Sí, especifique: _____

Problemas médicos crónicos: _____

Cirugías: _____

Hospitalizaciones: _____

¿Están las vacunas a tiempo? Sí No, especifique: _____

Historia de la familia (relación con el paciente, ej: mamá, papá, hermano, abuelo paterno, tío)

Alergias	_____	Asma	_____
Defectos de nacimiento	_____	Retraso mental	_____
Cáncer	_____	Enfermedad mental	_____
Diabetes	_____	Convulsiones	_____
Enfermedades del corazón	_____	Tiroides	_____
Otros	_____		_____

Historia social

Están los padres casados juntos separados divorciados

Nombres de hermanos (as): _____

Vive con: _____

Asiste a la guardería? No Sí, nombre de la guardería: _____

Asiste a la escuela? No Sí, nombre de la escuela: _____

Mascotas: No Sí, ¿de qué tipo?: _____

Fumadores: No Sí, ¿quién?: _____

Ocupación de los padres: Madre: _____ Padre: _____



**PEDIATRIC PARTNERS
OF ZEPHYRHILLS, PA**

6712 Dairy Road
Zephyrhills FL 33542
(813) 782-6064 office
(813) 782-0984 fax

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Plan de seguro primario: _____

Plan de seguro secundario: _____

Nombre primario en la póliza: _____

Nombre primario en la póliza: _____

Relación al paciente: _____

Relación al paciente: _____

de Póliza: _____

de Póliza: _____

ASIGNACIÓN DE SEGUROS

Autorizo que mi beneficio de seguro sea pagado directamente a Pediatric Partners of Zephyrhills, PA. Entiendo y acepto que, independientemente de mi condición de seguro, yo soy responsable de los servicios profesionales prestados.

Firma del responsable

Fecha

LIBERACIÓN DE ARCHIVOS MÉDICOS

Autorizo la liberación de información médica para compañías de seguros o para continuar la atención al paciente.

Firma del responsable

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN O TRATAMIENTO

El abajo firmante autoriza a cualquier evaluación o tratamiento que el médico asignado considere necesario para el paciente antes mencionado.

Firma del responsable

Fecha



**PEDIATRIC PARTNERS
of ZEPHYRHILLS, PA**

6712 Dairy Road
Zephyrhills FL 33542
(813) 782-6064 office
(813) 782-0984 fax

Consentimiento para el uso y divulgación de información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médicos y acuse de recibo del aviso de prácticas de información

Entiendo que como parte de mi atención médica, Pediatric Partners Zephyrhills, PA origina y mantiene registros de salud que describen mi historial médico, síntomas, resultados de examen y prueba, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Entiendo que esta información sirva como:

- Una base para la planificación de mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen al cuidado de mi
- Una fuente de información para la aplicación de mi diagnóstico y quirúrgico información a mi cuenta
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que el servicio fue efectivamente otorgado
- Y una herramienta para operaciones de atención médica de rutina tales como evaluación de la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la salud

Entiendo y han recibido un *Aviso de prácticas de información* que proporciona una descripción más completa de los usos de la información y divulgación.

Entiendo que tengo el derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que la práctica reserva el derecho a modificar su aviso y prácticas y antes de la aplicación le enviará por correo una copia de cualquier aviso modificado en la dirección que he proporcionado.

Entiendo que tengo derecho a oponerse al uso de mi información de salud para los fines del directorio.

Entiendo que tengo derecho a ver y obtener copias de mi expediente médico.

Entiendo que tengo derecho a solicitar modificaciones a mi expediente médico.

Entiendo que una historia de 6 años de todas las declaraciones serán accesible para mí como el propósito de la divulgación y la dirección del destinatario. ¿Puedo recibir una copia de esta historia dentro de 60 días de mi solicitud y entiendo que tengo que pagar un precio razonable de \$1 por página después de la primera solicitada en un período de 12 meses.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser usada o divulgada para llevar a cabo el pago del tratamiento u operaciones de cuidado de la salud y la práctica no está obligado a aceptar la restricción solicitada.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando la clínica haya tomado medidas al respecto.

Solicito las siguientes restricciones para el uso o la divulgación de mi información de salud:

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

Firma del paciente o representante legal

Relación al paciente

Fecha