



# Shelby Pediatrics, LLC

Karen S. Smith, MD

430 Fourth Ave., Suite 1  
Sidney, OH 45365  
937-419-TOTS (8687)

Bienvenido,

Gracias por elegir Shelby Pediatrics, LLC para el cuidado de su hijo. Apreciamos la confianza que ha depositado en nosotros y esperamos desarrollar una relación larga y saludable con usted y su (s) hijo (s). Nuestro objetivo es brindar una atención excepcional en un ambiente cómodo, acogedor y divertido para los niños.

Por favor revise las siguientes políticas de la oficina.

- **Política de retraso:** si su hijo llega 15 minutos tarde o más
  - *Cita de bienestar:* se le puede pedir que re programe la cita.
  - *Visita por enfermedad:* intentaremos trabajar en ellos, pero puede haber una espera ya que vemos a los pacientes que llegaron a tiempo.
- **No presentación:** en caso de que su hijo no se presente a una cita, le notificaremos sobre la ausencia y le pediremos que llame a nuestra oficina para reprogramar la cita de su hijo. Después de la tercera fecha perdida en un período de un año, podemos despedir a su familia de la práctica.
- **Cancelaciones:** si necesita cancelar la cita de su hijo, asegúrese de avisarnos con 24 horas de anticipación. Esto es para que podamos llenar ese espacio vacío para otro niño que necesita ser visto. Si no nos informa con 24 horas de anticipación, se le puede cobrar por no presentarse.
- **Despido del paciente:** el Dr. Smith puede liberarlo de nuestra práctica por conducta disruptiva, incumplimiento de los consejos médicos o si su familia tiene más de 3 ausencias.

Esperamos trabajar juntos para lograr la salud óptima de su (s) hijo (s). Si tiene alguna pregunta, sientase con libertad de preguntar.

Firme a continuación, indicando que comprende estas políticas.

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**With you every step of the way!**

# Shelby Pediatrics, LLC

Karen S. Smith, MD

430 Fourth Ave., Suite 1  
Sidney, OH 45365  
937-419-TOTS (8687)

## Información del paciente

Nombre de pila \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo M F

Dirección: \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Móvil  Teléfono secundario (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Móvil

Email \_\_\_\_\_ ¿Recordatorios de texto a la primaria?   secundario

Idioma \_\_\_\_\_ La raza \_\_\_\_\_ Etnicidad \_\_\_\_\_

Después de la visita Resumen de atención al paciente: Portal  Papel

¿Cómo te enteraste de nosotros? \_\_\_\_\_

## Información del padre / tutor

**Nombre de la madre** \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SSN \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Relación: Madre Foster Guardián legal Step Other

Estado civil: S M D W Empleadora \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono móvil (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Texto (si) o (no)

**La siguiente información es la misma que la del niño.**

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre** \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SSN \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Relación: Padre Foster Guardián legal Step Other

Estado civil: S M D W Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono móvil (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Texto (si) o (no)

**La siguiente información es la misma que la del niño.**

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

With you every step of the way!

**Contacto de emergencia (alguien que no sea un padre)**

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Número de teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ or (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**Información de hermanos**

Nombre completo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nombre completo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nombre completo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nombre completo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Información del seguro**

**Primario:**

Nombre completo del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente de los pacientes) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ La compañía \_\_\_\_\_  
ID# \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
Fecha de vigencia del seguro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Secundario:**

Nombre completo del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente de los pacientes) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ La compañía \_\_\_\_\_  
ID# \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
Fecha de vigencia del seguro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**With you every step of the way!**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo (Nosotros) autorizo a las siguientes personas a traer a mi hijo para tratamiento y consentimiento, o recibir asesoramiento médico por teléfono si están cuidando a mi hijo en mi ausencia.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Mi hijo tiene 16 años o más y tiene mi permiso para buscar atención médica sin la presencia de un padre o tutor. Entiendo que los detalles de la visita serán privados o confidenciales entre el paciente y el proveedor, a menos que el paciente esté en riesgo de sufrir daños.  
\_\_\_\_ Iniciales del padre / tutor

### **Política de privacidad**

He recibido una copia de la carta de bienvenida, la política financiera, la HIPAA y la información del portal. Por la presente autorizo a Shelby Pediatrics, LLC a proporcionar información a las aseguradoras sobre enfermedades y / o tratamiento. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro, incluidos los copagos y deducibles.

Nombre firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**With you every step of the way!**

# Shelby Pediatrics, LLC

Karen S. Smith, MD

430 Fourth Ave., Suite 1  
Sidney, OH 45365  
937-419-TOTS (8687)

## Responsabilidad financiera

- 1) Según su plan de seguro, usted es responsable de todos y cada uno de los copagos, deducibles y coseguros.
- 2) Los copagos se deben al momento del servicio.
- 3) Se espera que los pacientes que pagan por su cuenta paguen el 50% al momento del servicio. Si desea pagar en su totalidad al momento del servicio, habrá un descuento del 30%.
- 4) Si no participamos en su plan de seguro, usted será responsable de todos los cargos por los servicios prestados.
- 5) Los saldos de los pacientes se facturan inmediatamente después de recibir la explicación de los beneficios de su plan de seguro. El saldo debe pagarse 10 días después de recibir la factura.
- 6) Cualquier saldo pendiente de más de 90 días se enviará a una agencia de cobro.
- 7) Para citas programadas, los saldos anteriores deben pagarse antes de la visita.
- 8) Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, American Express y Discover.
- (9) Se cobrará una tarifa de \$ 30 por los cheques devueltos por fondos insuficientes.

Firma del paciente o tutor.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**With you every step of the way!**

# Shelby Pediatrics, LLC

Karen S. Smith, MD

430 Fourth Ave., Suite 1  
Sidney, OH 45365  
937-419-TOTS (8687)

## Medical Release Form

Patient Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Person filling out form (print name): \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

### I Hereby Authorize:

### To Release to:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Purpose for Request (Check all that applies)

Change of Physician    Insurance    Continuity of Care    HIV    Personal    Other: \_\_\_\_\_

### Information to Release:

All Clinical Records    Progress Note    Lab Reports    Immunizations    Other: \_\_\_\_\_

I understand that:

- My right to healthcare treatment is not conditioned on this authorization.
- I may cancel this authorization at any time by submitting a written request to the address provided at the top of this form, except where a disclosure has already been made in reliance on my prior authorization.
- I release Shelby Pediatrics, LLC from all legal responsibility or liability that may arise from authorized release of information.
- If the person or facility receiving this information is not a health care or medical insurance provider covered by privacy regulations, we must have permission by parent/guardian.
- Shelby Pediatrics, LLC will not transfer this information without permission, unless the law authorizes or compels us to do so.
- This authorization will include the release of information concerning HIV testing or treatment of AIDS, Aids related conditions, drugs, or alcohol abuse, drug related conditions, alcoholism, and/or psychiatric or psychological conditions.

Signature of Patient or Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print name of Patient or Guardian: \_\_\_\_\_

**With you every step of the way!**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historia social**

¿Es el niño tuyo por \_\_\_\_\_ Nacimiento \_\_\_\_\_ Adopción \_\_\_\_\_ Hijastro \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Número de personas que viven en el hogar. \_\_\_\_\_ Numero de hermanos \_\_\_\_\_

Consumo de alcohol \_\_\_\_\_

Exposición animal \_\_\_\_\_

Cascos de bicicleta \_\_\_\_\_

Ciegas o dificultades serias para ver \_\_\_\_\_

Bully / ¿Siendo intimidado? \_\_\_\_\_

Ingesta de cafeína \_\_\_\_\_

¿Cambios en la situación familiar / social? \_\_\_\_\_

El consumo de tabaco \_\_\_\_\_ ¿Algún miembro del hogar consume tabaco? \_\_\_\_\_

Cuidado de niños \_\_\_\_\_

Sordera o dificultad auditiva severa \_\_\_\_\_

¿Ejercicio? ¿Cuánto cuesta? \_\_\_\_\_

¿Nombre de Escuela? ¿Grado? \_\_\_\_\_

Cinturón de seguridad / asiento de cuidado \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_

Detectores de humo / detectores de CO en el hogar \_\_\_\_\_

**Historia quirúrgica**

Por favor enumere todas las cirugías \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medicinas**

Enumere todos los medicamentos actuales. Incluya medicamentos recetados y de venta libre, como vitaminas e inhaladores. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**With you every step of the way!**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Historial médico

Por favor circule todos los que apliquen

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| ADD/ADHD                       | Desorden del espectro autista                  |
| Alergias                       | Trastorno del desarrollo o del comportamiento. |
| En caso afirmativo a qué _____ | Diabetes                                       |
| Anemia                         | Dificultad para tragar                         |
| Trastorno de ansiedad          | Problemas de audición o audición               |
| Asma                           | Lesión en la cabeza / conmoción cerebral       |
| Enuresis - Bedwetting          | Problemas del corazón                          |
| Problemas de vejiga o riñón    | Ingreso al hospital que no sea el nacimiento   |
| Enfermedades de la sangre      | Enfermedad mental                              |
| Cáncer                         | Problemas musculares, articulares o óseos      |
| Varicela - Chicken Pox         | Convulsiones / epilepsia                       |
| Infecciones crónicas del oído  | Problemas de la piel                           |
| Anomalías congénitas           | Problemas tiroideos                            |
| Estreñimiento                  | Problemas de visión u ojos                     |
| Depresión                      | Otro _____                                     |

### Historia familiar

Marque todas las enfermedades que aplican.

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergias                           | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia                             | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad              | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma                               | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Desorden sanguíneo                 | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Desorden depresivo                 | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> De desarrollo                      | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                           | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado              | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la glándula tiroideas | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón             | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto                    | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hipertensivo             | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de inmunodeficiencia     | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón               | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad neoplásica maligna      | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno mental                   | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Migraña                            | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                       | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias                | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis                       | Miembro de la familia _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro, por favor enumere _____      | Miembro de la familia _____ |

With you every step of the way!