

Shelby Pediatrics, LLC

Karen S. Smith, MD

1431 N. Main Ave.

Sidney, OH 45365

P: 937-419-8687 F: 937-419-8688

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

1431 N. Main Ave.

Sidney, OH 45365

P: 937-419-8687 F: 937-419-8688

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

1431 N. Main Ave.

Sidney, OH 45365

P: 937-419-8687 F: 937-419-8688

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

1431 N. Main Ave.

Sidney, OH 45365

P: 937-419-8687 F: 937-419-8688

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 tiroides	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!