

Informacion del guardian primario:NSS: --*(Viviendo en la misma direccion que el paciente)*Relacion al paciente: Madre Padre Abuelo/a Hermano/a Guardian temporal
 Other __________/_____/_____
Nombre Segundo nombre Apellido Fecha de nacimiento_____
Direccion Ciudad Estado Codigo postalPronombre preferido: El Ella Ellos Otro: _____Numero de telefono primario (_____) _____ Casa Celular Otro _____Numero de telefono secundario (_____) _____ Casa Celular Otro _____Estado civil: Casados Divorciados Juntos Soltero**Consiente a los correos de voz?** SI NO**LA DIRECION ARRIBA ES LA CORECTA PARA MANDAR AS FACTURAS?** SI NO**Information del guardian primario:**NSS: --*(Viviendo en la misma direccion que el paciente)*Relacion al paciente: Madre Padre Abuelo/a Hermano/a Guardian temporal
 Other __________/_____/_____
Nombre Segundo nombre Apellido Fecha de nacimiento_____
Direccion Ciudad Estado Codigo postalPronombre preferido: El Ella Ellos Otro: _____Numero de telefono primario (_____) _____ Casa Celular Otro _____Numero de telefono secundario (_____) _____ Casa Celular Otro _____Estado civil: Casados Divorciados Juntos Soltero **Consiente a los correos de voz ?** SI NO LA**DIRECION ARRIBA ES LA CORECTA PARA MANDAR AS FACTURAS?** SI NO**Contacto de emergencias:** *(Familiar o amigo que vive fuera de su hogar)*_____

Nombre	Apellido	Numero de contacto	Relacion at paciente
<i>**Esta informacion se mantendra en cu cuenta hasta que usted la cambie**</i>			
Azeguranza Primaria:			
Nombre de la poliza	Numero de identificacion	Numero de grupo #	Fecha efectiva
Nombre del titular	Fecha de nacimiento	Empleador	
Relacion a el paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Other _____			
Azeguranza Secundaria: <input type="checkbox"/> No hay azeguranza secundaria			
Nombre de la poliza	Numero de identificacion	Numero de grupo #	Fecha efectiva
Nombre del titular	Fecha de nacimiento	Empleador	
Relacion a el paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Other _____			

Authorizacion para el tratamiento de su menor:		
Yo, _____, el guardian legal or padre/madre natural de _____, autorizo a los medicos de South Sound Pediatrics a proveer cuidado medico a el menor mencionado arriba.		
Firma	Fecha	Relacion a el paciente
Responsabilidad financiera, Divulgacion de informacion, and Asignacion de prestaciones:		
Yo autorizo la divulgacion de informacion como se necesario para presentar un reclamo ante mi compania de seguros y asigno los beneficios que de otro modo serian pagados a mi, al medico o grupo indicado en el reclamo. Entiendo que soy financieramente responsable se cualquier saldo no cubierto por mi compania de seguros. Una copia de mi firma es valida como la original.		
Firma	Fecha	Relacion a el paciente

Noticia de Practicas de Privacidad

La clinica South Sound Pediatrics tiene la responsabilidad a proteger la privacidad de su informacion de salud y a proveer una Noticia de Practicas de Privacidad la cual describe como su informacion de salud sera utilizada y divulgada, como usted puede acceder a su informacion medica y a quien comunicarse si tiene preguntas, inquietudes o quejas.

El aviso de Practicas de Privacidad podra ser actualizado en cualquier momento. Puede comunicarse con nuestra oficina para obtener una copia de la Noticia de Practicas de Privacidad o si tiene preguntas (360) 456- 1600

Con mi firma confirmo que he recibido de un representante de South Sound Pediatrics la Noticia de Practicas de Privacidad.

Firma

Nombre imprimido

Relacion a el paciente

Fecha

Noticia de Poliza de Citas Perdidas

South Sound Pediatrics tiene responsabilidad de informarle de nuestra poliza de citas perdidas y las consecuencias de perder citas sin aviso. Entendemos que puede haber una buena razón para que no asista a una cita, también esperamos que comprenda que se reservó una hora para la cita de su hijo.

Cada vez que pierde una cita, priva a otro paciente de la oportunidad de ver a uno de nuestros proveedores. Si no puede asistir a una cita que programó, requerimos un aviso de cancelación de 24 horas para que podamos utilizar este tiempo para otro paciente.

Las familias establecidas están limitadas a 3 citas perdidas en el período de 12 meses. Los nuevos pacientes que pierdan una cita, cancelen en el último minuto o lleguen tarde más de una vez, ya no serán aceptados como nuevos pacientes.

Con mi firma confirmo que he recibido de un representante de South Sound Pediatrics la Poliza de Citas Perdidas.

Firma

Nombre imprimido

Relacion a el paciente

Fecha



Consentimiento de Tratar a Menores

Autortizacion de Tramiento de South Sound Pediatrics:

Yo autorizo y consiento el tratamiento médico de rutina y de emergencia para mi hijo por parte de personal médico de South Sound Pediatrics. Autorizo y doy mi consentimiento para recibir tratamientos médicos de emergencia cuando se considere necesario o aconsejable para salvaguardar la salud inmediata de mi hijo, si no se me puede contactar dentro de un tiempo razonable por motivos de mi ausencia. Renuncio a mi derecho al consentimiento informado para dicho tratamiento con el entendido de que se ha realizado todo intento de contactarme.

Firma	Nombre imprimido	Relacion a el paciente	Fecha
-------	------------------	------------------------	-------

Otra Autorizacion:

Yo autorizo que las personas (no los padres) que se enumeran a continuación tienen mi permiso para autorizar la atención médica necesaria para mi hijo, si yo no puedo acompañarlo a su cita con el médico. Esta autorización estará vigente hasta que yo la revoque por escrito. Acepto la responsabilidad financiera por el tratamiento y los servicios necesarios.

Nombre	Relacion a el paciente	Telefono
--------	------------------------	----------

Nombre	Relacion a el paciente	Telefono
--------	------------------------	----------

¿Tiene la(s) persona(s) mencionada(s) permiso(s) para hablar con South Sound Pediatrics por teléfono sobre la información de atención médica de su hijo? SI NO

Firma	Nombre imprimido	Relacion a el paciente	Fecha
-------	------------------	------------------------	-------

Preguntas de Salud

Conteste cada pregunta, Deje en blanco las preguntas que no son pertinentes.

Historial médico (marque todo lo que corresponda)

Está su hijo/a tomando algún medicamento o vitamina? SI NO

En caso afirmativo, indique los medicamentos, dosis y frecuencia:

Tiene su hijo/a alergias a medicamentos o comidas? SI NO

En caso afirmativo, indique las alergias y cual es la reacion:

Tiene su hijo algún problema médico crónico (asma, alergias, autismo, ansiedad, depresión, problemas de comportamiento, diabetes, convulsiones, etc.)? SI NO

En caso afirmativo, por favor enumérelos aquí:

Su hijo/a ha sido internado alguna vez en el hospital? SI NO En caso afirmativo, explique aqui:

Su hijo/a ha tenido alguna cirugía? SI NO En caso afirmativo, explique aqui:

Su hijo/a ha tenido heridas o huesos rotos? SI NO En caso afirmativo, explique aqui:

Su hijo/a está al día con las vacunas? SI NO

Su hijo/a ha tenido alguna reacion a las vacunas? SI NO

En caso afirmativo, explique cual fue la reacion aqui:

Historia social:

Su hijo esta en cuidado de ninos fuera de la casa? SI NO

Alguen en su hogar fuma? SI NO

Tiene mascotas en casa? SI NO

En caso afirmativo, que tipo de mascota?

Quien vive en el mismo hogar que su hijo/a?

Historia familiar:

Alguien en la familia inmediata (padres, hermanos, abuelos maternos, abuelos paternos) tiene alguno de los siguientes problemas médicos? (marque si corresponde e indique la relación del miembro de la familia)

TDAH _____ Diabetes _____

Alergias _____ Fiebre del heino _____

Anemia _____ Alta presion _____

Ansiedad _____ Enfermedades del rinon _____

Asma _____ Dificultad de Aprender _____

Autismo _____ Enfermedad de higado _____

Cancer _____ Convulsiones _____

Retraso de desarrollo _____ Adiccion _____

Depresion _____

Enfermedad cardíaca? (Menor de 55 años de edad) _____

CONSENTIMIENTO DE REGISTRO A EL PORTAL DE PACIENTES "MY KIDS CHART"

South Sound Peds anuncia nuestro nuevo portal para pacientes: My Kids Chart. Este portal le proporcionará acceso a el expediente de su hijo/a donde y cuando lo necesite.

Con My Kids Chart podrás iniciar sesión y:

- * Mensaje seguro a la enfermera de su hijo
- * Ver citas pasadas y presentes.
- * Acceda al registro de inmunización de su hijo
- * Ver las recetas actuales de su hijo
- * Ver los resultados de laboratorio de su hijo
- * Acceda al resumen de la visita de su hijo

Yo _____ Autorizo a Pediatric Associates a comunicarse a través de mi dirección de correo electrónico que he proporcionado con el único propósito de acceder a la tabla electrónica de mi paciente. Entiendo que la dirección de correo electrónico que proporciono se mantendrá en uso a menos que notifique a Pediatric Associates por escrito sobre un cambio.

**Firma	Relacion	Fecha
---------	----------	-------

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Email
---------------------	---------------------	-------

**** Si el paciente tiene más de 13 años de edad, debe firmar para obtener la autorización.**

Cuando un menor tiene derecho a dar su consentimiento para recibir tratamiento médico, también tiene derecho a controlar la información relacionada con el tratamiento. Se requiere la firma de un paciente menor de edad para divulgar la siguiente información: (1) afecciones relacionadas con la atención reproductiva del menor, que incluyen, entre otras, anticoncepción, interrupción del embarazo y embarazo, cualquier edad de enfermedades de transmisión sexual (13 años o más) (2) consumo de alcohol y / o drogas (13 años o más) (3) salud mental (13 años o más).

Uso oficial:

Picture ID checked: _____ (initials) Name of parent/guardian verified in chart _____ (initials)

Login in created: _____ (date) _____ (initials)



Aviso de politica sobre comportamiento disruptivo

South Sound Pediatrics es una clinica centrada en la familia y el paciente. Estamos comprometidos a brindar un ambiente seguro para todos. Los comportamientos agresivos, amenazantes, intimidantes o disruptivos no seran tolerados.

Ejemplos de la agresion, amenazas, intimidar o disruptivo incluyen:

Acoso verbal – Gritar, palabras o lenguaje corporal amenazantes o intimidantes
Declaraciones exigentes o solicitudes de control o manipulacion
Lenguaje ofensivo abusivo o malas palabras
Violencia o agresion fisica
Amenazas de cualquier tipo

South Sound Pediatrics no tolerara ninguna forma de comportamiento agresivo o disruptivo. Este tipo de comportamiento resultara en la separacion de su familia de esta clinica.

Firma

Fecha

Relacion a el paciente