

REGISTRATION SHEET • HOJA DEL REGISTRO

PLEASE PRINT/ FAVOR DE IMPRIMIR

Today's Date/ Fecha: _____

PATIENT INFORMATION (MINOR CHILD)

Child's Name / Nombre del niño(a) _____

Male/ Niño Female/ Niña Last / Apellido First / Primer Nombre MI / Inicial

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS#/ Número de Seguridad Social _____

Address/ Dirección _____ City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código _____

Siblings/ Hermanos(as)

Name/ Nombre _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Name/ Nombre _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Name/ Nombre _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Name/ Nombre _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Name/ Nombre _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____

PARENT INFORMATION (PERSON RESPONSIBLE FOR BILLS)

Name/ Nombre _____ Relationship to Patient/ Relación al paciente _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS#/ Número de Seguridad Social _____

Address/ Dirección _____ City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código _____

Home Phone/ Teléfono Casero _____ Cell/ Célular _____ Work/ Trabajo _____

Employer Name/ Nombre de Trabajo _____

Employer Address/ Dirección de Trabajo _____ City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código _____

PRIMARY INSURANCE INFORMATION

Insured Party Employer (Employee)/ Empleado _____

Last / Apellido First / Primer Nombre MI / Inicial

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Relationship to Patient/ Relación al paciente _____

Address/ Dirección _____ City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código _____

SS#/ Número de Seguridad Social _____ DL#/ # de Licencia _____ State/ Estado _____

Employer Ins. Plan?/ ¿Régimen de seguros de trabajo? YES/Si NO

Insured Party's Employer/ Empleador _____ Plan Name/ Nombre del plan _____

Policy / ID#/ Política _____ Group #/ # de Grupo _____

Home Phone/ Teléfono Casero _____ Cell/ Célular _____ Work/ Trabajo _____

ADDITIONAL INSURANCE INFORMATION

Insured Party Employer (Employee)/ Empleado _____

Last / Apellido First / Primer Nombre MI / Inicial

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Relationship to Patient/ Relación al paciente _____

Address/ Dirección _____ City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código _____

SS#/ Número de Seguridad Social _____ DL#/ # de Licencia _____ State/ Estado _____

Employer Ins. Plan?/ ¿Régimen de seguros de trabajo? YES/Si NO

Insured Party's Employer/ Empleador _____ Plan Name/ Nombre del plan _____

Policy / ID#/ Política _____ Group #/ # de Grupo _____

Home Phone/ Teléfono Casero _____ Cell/ Célular _____ Work/ Trabajo _____

PARENTAL CONSENT INFORMATION

I, _____ give permission for
Yo, Parent/ Legal Guardian/ Padre doy permiso para que

to seek medical treatment for my child in my absence.
reciba tratamiento medico para mi hijo(a) sin mi presencia.

Executor/ Ejecutor Relationship to Child/ Relación al niño

Witness/ Testigo Date/ Fecha

Emergency Contact Name Relationship Phone Number
Nombre de contacto de la emergencia Relación Número de teléfono

AUTHORIZATION TO PAY BENEFITS TO PHYSICIAN

I hereby authorize payment directly to the Physician of the surgical and/ or
Medical Benefits, if any, otherwise payable to me for his/her services as
described, realizing I am responsible to pay for non-covered services.

I also authorize the Physician to release any information acquired in the course
of treatment necessary to process insurance claims.

Signature (Patient or Parent if Minor) / Firma Date/ Fecha

Today's Date/ Fecha ____/____/____

PATIENT MEDICAL HISTORY • HISTORIAL MÉDICO PACIENTE

Child's Name _____
Nombre del niño/niña

Birth Date ____/____/____
Fecha de nacimiento

Age _____
Edad

FAMILY / FAMILIA

Mother's Age _____ **Occupation** _____
Edad de la madre Ocupación

Father's Age _____ **Occupation** _____
Edad del padre Ocupación

Siblings/Hermanos	Age/Edad	Sex/Sexo	Health/Salud

**ANY FAMILY HISTORY OF:
ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE UN HISTORIAL DE:**

What / ¿Qué?	Who? / ¿Quién?
Alcoholism/Alcoholismo	
Allergies/Alergias	
Anemia	
Asthma/Asma	
Birth Defects/Defectos de Nacimiento	
Cancer/Cáncer	
Cystic Fibrosis/Fibrosis Cística	
Diabetes	
Drug Abuse/Abuso de Drogas	
Emotional Problems/ Problemas Emocionales	
Epilepsy/Seizures/Fits Epilepsia/Ataques	
Excessive Bleeding or Bruising/ Sangrado o Moretones Excesivos	
Family Violence and/or Child Abuse Violencia Familiar o Abuso Infantil	
Heart Disease/Enfermedad del Corazón	
Heart Attack or Stroke under age 55 yrs Ataque al Corazón o Emolia antes de los 55 años	
High Blood Pressure/Alta Presión	
High Cholesterol and/or Triglycerides Colesterol Alto y/o Triglicéridos	
Sickle Cell Disease/ Anemia de Glóbulos Faláformes	
Other/Otro	

Crept/Crawled/ Arrastró/Gateó _____ months/ meses
Walked alone/ Camió solo _____ months/ meses

Does anyone in the home smoke? Yes/Si No
¿Alguien en la familia fuma?

Is this child often around a smoker? Yes/Si No
¿Este niño esta frecuentemente cerca de un fumador?

Does your water have fluoride? Yes/Si No
¿Su agua tiena fluoruro? Unknown/No Sabe

BIRTH HISTORY / ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO

Pregnancy # _____ of _____ total
(Child # _____ of twins or triplets or _____)

Es el embarazo # _____ de _____ en total
(Es el niño # _____ de cuates o trillizos o _____)

Mother's problems/illnesses during pregnancy:
Enfermedades/problemas de la madre durante el embarazo:

- Full Term/ Tiempo Completo
 Premature/ Prematuro _____ weeks/ semanas
 Normal Delivery C-section Breech
Parto Normal Cesárea Nalgas

Hospital _____
Birth Weight/ Peso al Nacer _____ lbs _____ ozs

Length/ Longitud _____ inches
Apgar Scores/ Puntaje de Apgar _____/_____

Blood Type/ Tipo de Sangre _____
In Hospital/ En el Hospital _____ days/ días

Circumcised?/ ¿Circuncidado? Yes/Si No
Complications?/ ¿Complicaciones? Yes/Si No

FEEDING HISTORY / ANTECEDENTES ALIMENTICIOS

Breast Fed **Every** _____ hours for _____ minutes
Se Amamantó Cada _____ horas por _____ minutos

Formula **Name** _____
Nombre de la Leche en Polvo

_____ ounces every/ onzas cada _____ hours/ horas
Frequent formula changes? Yes/Si No

¿Hubo cambios frecuentes en la leche?

Whole milk given at _____ months _____ ozs per day
Se le dio leche entera a los _____ meses _____ ozs por día

Milk used: whole 2% 1% 1/2% skim/
Leche usada: entera _____ descremada

Foods added at _____ months
Se agregaron alimentos a los _____ meses

Appetite: Good Fair Poor Picky
Apetito: Bueno Regular Pobre Quisquilloso

Likes: _____ meats/ carnes vegetables/ verduras
Gustos: fruits/ frutas cereals/ cereales

Rejects: _____ meats/ carnes _____ vegetables/ verduras
Rechazos: fruits/ frutas cereals/ cereales

DEVELOPMENT / DESARROLLO

Rolled over/ Se volteó solo _____ months/ meses
Sat alone/ Se sentó solo _____ months/ meses

Clear words/ Palabras claras _____ months/ meses
Sentences/ Oraciones _____ months/ meses

Dry at night/ Seco de noche _____ months/ meses

Grade in school/ Año escolar _____

School performance: Good Fair Poor
Desempeño escolar: Bueno Regular Pobre

Child's Name / Nombre del niño(a) _____ Today's Date/ Fecha ____/____/____

CHILDHOOD ILLNESSES (CHICKENPOX, EAR INFECTIONS, ETC.)
ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ (VARICELA, INFECCIONES DE LOS OÍDOS, ETC.)

Month / Year Mes / Año	Age Edad	What? ¿Qué?

HOSPITALIZATIONS & SURGERIES
HOSPITALIZACIONES Y CIRUGIAS

Hospital Hospital	Month / Year Mes / Año	Age Edad	Reason Razón

ACCIDENTS & INJURIES (BROKEN BONES, STITCHES, ETC.)
ACCIDENTES Y LESIONES (HUESOS QUEBRADOS, PUNTADAS, ETC.)

Month / Year Mes / Año	Age Edad	What Happened? ¿Qué Paso?

MEDICINE OR DRUG ALLERGIES
ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Drug Medicamento	Age Edad	What Happened? ¿Qué Paso?

OTHER ALLERGIES (ANIMALS, PLANTS, HAY FEVER, ETC.)
OTRAS ALERGIAS (ANIMALES, PLANTAS, FIEBRE DEL HENO, ETC.)

Allergic to: Alérgico a:	Age Edad	Skin Tested: ¿Se hizo prueba en la piel?	What happened? ¿Qué Paso?
		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	

DOES THIS CHILD TAKE ANY MEDICINES FREQUENTLY?
¿ESTE NIÑO/NIÑA TOMA MEDICAMENTOS FRECUENTEMENTE?

Medicine Medicina	Started Empezó	How Often? ¿ Qué Tan Seguido?	Why? ¿Por Qué?

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA EL LANZAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

I hereby authorize:/ Autorizo:

(Previous Providers or Clinics, Health Dept. / Doctores Anteriores o Clinicas, Departamento de Salud)

Address (include City/State)/ Dirección _____

Phone/ Teléfono _____ **Fax** _____

to release information to:/ que le de información a:

LONGVIEW PEDIATRICS
1009 N Fourth St, Suite B
Longview, TX 75601
(903) 212-4330 · Fax (903) 212-4333

Patient Name (Please Print)/ Nombre del paciente

Social Security #/ Número de Seguridad Social

Date/ Fecha

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento

Information to be released:/ Información que se puede recibir:

Initial Examination/ Examinación inicial

Discharge Summary/ Resumen de la Descarga

Follow-up Care Progress Notes/ Notas de progreso

Office Visit Notes/ Notas de la Oficina

Special Procedure Results/ Notas de Procedimientos

ALL RECORDS/ TODO EL EXPEDIENTE

The above information is released for the following purpose and that purpose only. Any other use is forbidden: ESTABLISH CARE WITH LONGVIEW PEDIATRICS.

La información antedicha se lanza para el propósito siguiente y ese propósito solamente. Se prohíbe cualquier otro uso: ESTABLEZCA EL CUIDADO CON LONGVIEW PEDIATRICS.

ALL RECORDS include any and all medical records regarding my treatment, hospitalization and/or outpatient care for my condition including, but not limited to, psychological or psychiatric impairment, drug abuse and/or alcoholism, sickle cell anemia, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), AID's related complex (ARC), and HIV antibody testing.

This authorization will expire thirty (30) days from the date of my signature or as otherwise specified by date, event, or condition as follows:

Esta autorización expirará treinta (30) días a partir de la fecha de mi firma o según lo especificado de otra manera por la fecha, acontecimiento, o condicione como sigue:

Signature of Parent or Authorized Legal Representative/ Firma

Date/ Fecha

Relationship to Patient/ Relación al paciente

Witness Signature/ Testigo

Longview Pediatrics, PLLC POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir a Longview Pediatrics como su abastecedor del cuidado médico. Una hoja de información paciente y una información actual del seguro se requiere antes de ver al médico. Es su responsabilidad informar a nuestra oficina cualquier cambio que implica estos documentos.

Los siguientes son nuestros requisitos para el pago de servicios médicos:

En relación con el honorario para los servicios del paciente

Requerimos el pago por completo para los servicios proporcionados a los pacientes sin seguro. El pago se puede hacer por el efectivo, el cheque, la orden de dinero, o el de la tarjeta de crédito.

Abra un cobro adicional de \$35.00 si un cheque es regresado por fondos insufficient.

En relación con arreglos financieros

Entendemos que los costes a veces médicos pueden ser altos y/o los fondos no son fácilmente disponibles y los arreglos del pago es necesario. Es nuestra política que estos arreglos se hagan antes de los servicios que son realizados. Le tendremos firmar un “acuerdo” con los arreglos especificados para el pago.

En relación con las aseguransas

Aceptaremos la asignación de ventajas de su seguro primario y de un otro seguro. Una copia de sus tarjetas del seguro es requerida por nuestra oficina, y cualquier cambio se debe traer a nuestra oficina. Si su política tiene un deducible o la responsabilidad paciente co-paga, después le requerirán hacer ese pago a la hora de servicio a menos que se hayan tomado las medidas anteriores. **La falta de proveer de nuestra oficina la información actual del seguro que ésa lleva al no pago de la compañía de seguros dará lugar al equilibrio que es transferido a la responsabilidad paciente.**

En relación con servicios no cubiertos

Esté enterado por favor que el Medicaid y algunas compañías de seguros consideran ciertos servicios pues se esperará que los servicios no cubiertos, por lo tanto, usted paguen estos servicios.

En relación con regímenes de seguros donde estamos abastecedor participante

Todo co-paga y los deductibles son debidos antes del tratamiento.

En relación con equilibrios atrasados de cuenta de la Paciente-Responsabilidad

Si no se ha hecho ningún pago en el equilibrio de la paciente-responsabilidad en el plazo de 90 días, cargaremos interés en ese equilibrio a un índice de el 7%, compuesto anualmente, comenzando con el día 91.

Tarifas generalmente y acostumbradas

Nuestra práctica está confiada a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes, y cargamos cuál es generalmente y acostumbrado para nuestra área.

He leído y acuerdo seguir los términos de esta política financiera.

Firma de Padres

Fecha

Longview Pediatrics, PLLC

1009 N Fourth St, Suite B

Longview, TX 75601

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

La asistencia médica es un servicio del cuidado paciente proporcionado en respuesta a una amplia gama de las necesidades de la asistencia médica de todas las edades sin importar el genero, color, la raza, el credo, el origen nacional, o la inhabilidad cinco días a la semana en Premier Pediatrics.

El propósito de la asistencia médica es:

- Para tratar enfermedad, lesión, e inhabilidad por la examinación, la prueba, y el uso de procedimientos en la ayuda de la diagnosis y del tratamiento.
- Para obtener la información necesitó en pacientes de diagnóstico y de examen.
- Para prevenir o reducir al mínimo inhabilidad física y mental residual.
 - Para ayudar a pacientes en la realización de su potencial máximo dentro de sus capacidades.
- Para acelerar convalecencia y reducir la longitud de la recuperación funcional.

Todos los procedimientos serán explicados a fondo a usted antes de que se preformen. No se le espera que experimente ningun aumento en su nivel actual de dolor o de malestar. Usted debe parar cualquier procedimiento antes de que usted experimenta cualquier aumento en su nivel actual de dolor o de malestar.

Esta facilidad tiene en el personal un enfermera del médico.El/ella han recibido el entrenamiento y la educación avanzados en la disposición del cuidado médico. Ambos pueden diagnosticar, tratar, y supervisar enfermedades agudas y crónicas comunes así como proporcione el cuidado del mantenimiento de la salud.

De acuerdo con esta información, acuerdo cooperar completamente, participar en todos los procedimientos de la asistencia médica, y conformarme con el plan del cuidado mientras que se establece. Consiento por este medio a los servicios de un médico o de nivel medio (el ayudante del médico / la enfermera del médico).

Para su seguridad personal, no utilice ningun equipo ni entre en el área del laboratorio sin el permiso.

Yo Reconozco que he leído y las copias recibidas de la autorización para el tratamiento y las derechas y las responsabilidades del paciente.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma de Padres

Firma de Personal

Longview Pediatrics, PLLC

1009 N Fourth St, Suite B

Longview, TX 75601

ACKNOWLEDGEMENT OF PRIVACY PRACTICES
RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE LA AISLAMIENTO

I, _____ **acknowledge that**
Yo _____ **(Name of Guardian/ Nombre del Guarda)** reconozca que he

I have read and understand the Notice of Privacy Practices as given

leído y entiendo el aviso de las prácticas de la aislamiento dado

to me this _____ day of _____, 20____.
a mí este **(Day/ Día)** día de **(Month/ Mes)** **(Year/ Año)**

Signature/ Firma _____

Printed Name/ Nombre _____

Witness/ Testigo _____

Patient Name/ Nombre del Paciente _____

Social Security Number/ Número de Seguridad Social

Longview Pediatrics, PLLC

Estimado Padre,

Nos gustaría informarle acerca de nuestra política sobre citas de su niño. Debido a los retrasos recurrentes, el papeleo extra, y las limitaciones de tiempo, le pedimos que llegue quince (15) minutos (por niño) antes de la hora de su cita programada. **Si no puede llegar a tiempo, le ayudaremos a reprogramar su cita.** Su cooperación con esta política nos permitirá darle a su familia una atención de calidad en el momento oportuno. Gracias por su ayuda.

Asegúrese de traer la tarjeta de vacunas de su hijo con usted para cada visita y lo mantendremos al día. Si pierde la tarjeta de vacunas y requieren un reemplazo, habrá un cargo nominal en el momento de la sustitución. Gracias por su consideración.

Con el fin de poder proporcionar mismo día visita por enfermedad y programar citas de chequeos para su niño en forma oportuna, también tenemos una política no presentarse. Le pedimos que por favor llame por lo menos 24 horas de anticipación si no puede llegar a la cita de su hijo. De lo contrario, se dará a conocer en nuestro sistema como no llamar o no presentarse. Después de tres no llamar / no presentarse, Longview Pediatríc puede despedirlo a usted y a sus hijos de la oficina.

Atentamente,

Amanda Prince, RN, CPNP

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

Consentimiento para dejar mensajes telefónicos / Publicación de Información

Estimado Padre / Tutor:

Longview Pediatrics PLLC ha adoptado una política que requiere nuestro personal para obtener la autorización del paciente para liberar y / o dejar un mensaje detallado para el paciente. Secundaria a las nuevas directrices de HIPAA que necesitamos para evitar cualquier violación de la confidencialidad del paciente y proteger a nuestro personal. Si no tenemos un acuerdo firmado en el expediente sólo podemos dejar nuestro nombre y número de teléfono en el contestador automático le pedirá que devuelva la llamada.

Al completar el consentimiento por debajo de usted nos autoriza a divulgar información o dejar un mensaje en el buzón de voz o con una persona en particular en materia de nombramientos, laboratorio y / o resultados de la prueba (normal / anormal) o cualquier otra información relacionada con la salud. Para que podamos relacionar su información médica a alguien que no sea usted mismo, por favor completa la respuesta #3.

A. Doy mi consentimiento a Longview Pediatrics médicos, profesionales de enfermería y el personal para liberar y / o dejar mensajes relacionados con mi cuidado o resultados de exámenes, según sea necesario en las siguientes situaciones

1. _____ en el contestador en casa
2. _____ en correo de voz en el teléfono celular
3. _____ con _____ (relación) _____

Firma del Paciente

Date

B. _____ No doy mi consentimiento para que se dejen mensajes. Por favor, póngase en contacto conmigo directamente

Firma del paciente