



Hollister Pediatrics

Hue Nguyen-Ngo, D.O.
Nicole A. Shelton MSHS, PA-C

831-630-1477 or 831-313-0496
831-313-0291
Info@Hollisterpediatrics.com

930 Sunnyslope Road Suite E3 Hollister, CA 95023

Informacion del Paciente

Nombre de paciente: _____ Segundo Nombre: _____
Apellido: _____
Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Direccion: _____
Ciudad _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Fecha de 1er visita: _____
Telefono de casa.() _____ # Celular.() _____
Correo electrónico: _____ Farmacia de Preferencia: _____
Raza: _____ Etnicidad: _____
Lenguaje de Preferencia: _____ Cobrara: _____
(Persona Financialmente Responsable)

Nombre Del Padre _____	Nombre de la Madre _____
# Celular. () _____	# Celular. () _____
# Del Trabajo:() _____	# Del Trabajo.() _____
# De Seguro Social. _____ - _____ - _____	# De Seguro Social.. _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento: _____ Ocupacion: _____	Fecha de Nacimiento: _____ Ocupacion: _____
Direccion(si es diferente al paciente): _____	Direccion(si es diferente al paciente): _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre(persona que no viva en mismo hogar) _____
Relacion: _____ # Telefonico: _____

YO AUTORIZO TRATAMIENTO Y ASIGNO PAGO DE BENEFICIOS MEDICOS A HOLLISTER PEDIATRICS POR LOS SERVICIOS RENDIDOS A MI HIJO. YO COMPRENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR TODOS LOS CARGOS PAGADOS O NO POR MI SEGURO MEDICO. POR ESTE MEDIO YO AUTORIZO AL PROVEEDOR QUE COMPARTA LA INFORMACION NECESSARIA PARA ASEGURAR EL PAGO DE MIS BENEFICIOS ASI COMO CON OTROS PROVEEDORES PARA EL PROPOSITO DE COMPLETAR EL PLAN DE TRATAMIENTO MEDICO NECESARIO.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR: _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

Nombre de la Aseguranza: _____
Nombre del Asegurado: _____
De Poliza(# de ID): _____ # De Grupo: _____

HERMANOS ADICIONALES

Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____

A. EMBARAZO Y NACIMIENTO

1) HISTORIA MATERNA:

1. Edad de madre cuando nacio bebe _____
2. Algun enfermedad / complicación durante el embarazo.? **SI** **NO**
Si, explique: _____
3. Fumo cigarros? **SI** **NO**
Cuántos paquetes al dia? _____
4. Tomo alcohol? **SI** **NO**
Cuántas bebidas? _____
5. Dependiene de drogas? **SI** **NO**
Cuales? _____
6. Cuántos embarazos as tenido? _____
7. Numero de niños vivos? _____
8. Cuántos aborto espontáneo's / aborto's: _____

2) HISTORIA DE PACIENTE:

1. Cual era la edad gestacional? _____
2. ¿En qué hospital nació el bebé? _____
3. Método de la entrega:
 - a. Sección c Motivo de la cesárea _____
 - b. Inducido
 - c. Vaginal
 - d. Otro: _____

3) OTROS DETALLES:

1. ¿Tuvo el bebé algún problema mientras estaba en el hospital? SI NO
Si, explique ? _____
2. Cuál fue el peso al nacer? **lbs:** _____ **oz:** _____
3. Cuál fue la altura de nacimiento? **Pulgadas:** _____

B. HISTORIA MEDICAL:

1. Dónde ha ido su hijo para los chequeos hasta ahora? _____
2. Fecha del último chequeo: _____
3. Ha tenido su hijo alguna reacción alérgica a medicamentos, alimentos, picaduras de insectos? **SI** **NO**
Si, explique: _____
4. Ha tenido su hijo reacciones a alguna vacuna? **SI** **NO**
Si, explique: _____
5. Cualquier hospitalización que no sea por nacimiento? **SI** **NO**
Si, explique: _____
6. Ha tenido su hijo alguna de las siguientes enfermedades?
 NEUMONÍA INFECCIÓN EN EL OÍDO STREP GARGANTA
 INFECCIÓN SINUSAL INFECCIÓN DE ORINA INFECCIÓN DE ORINA INFECCIÓN EN LA PIEL
 ASMA OTHER ILLNESS: _____
7. Cualquier lesión grave? **SI** **NO**
Si, explique: _____
8. Cualquier cirugía? **SI** **NO**
Si, explique: _____

C. MEDICACIÓN ACTUAL (O medicación tomada regularmente):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

D. HISTORIA SOCIAL Y LA HISTORIA FAMILIAR:

1. MADRE
 - a. Edad: _____
 - b. Altura: _____
 - c. Estado de salud: _____
2. FATHER
 - a. Edad: _____
 - b. Altura: _____
 - c. Estado de salud: _____
3. Cuántos niños viven con ustedes? Nombre, sexo y edad por favor

4. Marque las enfermedades / problemas que los padres, hermanos, hermanas, abuelos o tíos y tías de este niño han tenido:
 Anemia Alergias Diabetes
 Alta presión Problemas del corazón Tuberculosis
 Enfermedad mental Problemas de drogas Problemas de alcohol
 Enfermedades hereditarias Enfermedad venérea Cáncer
 SIDA Problema de visión Escuchando problemas
 Enfermedad del riñón Problemas intestinales Enfermedad de célula falciforme
 Enfermedad ósea o articular Convulsiones OTROS: _____

5. Familia historia de muerte infantil? **SI** **NO**

Si, explique: _____

E. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN:

1. Es el apetito de su hijo usualmente bueno? **SI** **NO**

2. Es bueno ahora? **SINO**

3. Si todavía en la fórmula, ¿cuál utilizas? _____

4. Qué come su hijo en un día típico

DESAYUNO _____

ALMUERZO _____

CENA _____

APERITIVOS _____

5. Alguna alergia alimentaria **SI** **NO**

Si, explique:

RESUMEN DEL AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Esto es un resumen de la Notificación de Prácticas de Privacidad emitido por: Dra. Hue Nguyen-Ngo El documento describe detalladamente, cómo se puede usarse y divulgarse su información como paciente. También le informa de sus derechos para obtener esta información.

Al usar esta notificación Dr. Nguyen-Ngo le informa que su información de salud puede ser compartida para fines de tratamiento, pago o operaciones de atención médica. Este "intercambio" de información de salud se usa únicamente para abordar sus necesidades de atención médica y para ayudarnos a mantener o mejorando la calidad del servicio, que le proporcionamos.

Se le aconseja que las siguientes entidades cumplan con las restricciones de este aviso:

- Cualquier persona autorizada para ingresar información en el expediente del pacientes
- Todos los empleados, personal y otro personal de práctica.

Estamos obligados por ley a:

- Asegúrese de que la información médica que identifica al paciente se mantenga privada;
- Dar a cada paciente una copia de este aviso sobre sus deberes legales y prácticas de privacidad con respeto a su información médica;
- Siga los términos de la notificación

La Dra. Nguyen puede usar y divulgar su información médica:

- Para tratamiento
- Para pago
- Para operaciones de atención médica
- Recordatorios de citas
- Alternativas de tratamiento
- Beneficios y servicio relacionados con la salud
- Identificar a los pacientes en nuestro cuidado relacionados con las circunstancias de socorro de desastres
- Investigación médica
- Según lo requiera la ley
- Para evitar amenazas graves a la salud o la seguridad

Además, hay algunas situaciones especiales para la liberación de información

- Donación de órganos y tejidos
- Militares y veteranos
- Compensación de trabajadores
- Riesgo de salud pública
- Actividades de supervisión de salud
- Demandas y controversias
- Cumplimiento de la ley
- Médicos forenses, examen médico
- Actividades de seguridad nacional e inteligencia
- Servicio de Protección Infantil
- Presos

Forma Consentimiento de Privacidad (HIPAA)

Entiendo que bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Medico (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información medica protegida. Entiendo que esta información puede u será usada para:

- Conducir, planificar y dirgir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples
- Obtener el pago de terceros pagadores
- Leve a cabo operaciones normales de atención medica, como evaluaciones de calidad y certificaciones de medicos

He sido informado por usted de su Notificación de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción mas completa y usos y divulgaciones de mi información de salud. Se me ha dado el derecho de revisar dicho Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización en la dirección abajo para obtener una copia actual de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar escrito que restrinja como se usa o divulga mi información privada para realizar operaciones de tratamiento, pago o atención medica. También entiendo que usted no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si usted está de acuerdo, entonces usted está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Entiendo que puedo revocar por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que usted haya tomado medidas dependiendo de mi consentimiento.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

Relacion al Paciente: _____

Fecha: _____

Consentimiento Paterno

Yo, _____, Por la presente autorizo a la (s) siguiente (s) persona (s) a llevar a mis hijos a sus citas programadas en la Oficina del Dr. Nguyen. Las personas mencionadas a continuación pueden actuar en mi nombre para decidir sobre cualquier tratamiento relacionado con la enfermedad de mis hijos o vacunas en sus chequeo físico. Esto incluye todas las pruebas necesarias que mi hijo / a puede ser debido o recomendadas por el médico.

Nombre del niño/a

1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

5) _____ 6) _____

Nombre de Persona(s) Autorizadas

1) _____ Relacion _____ Teléfono _____

2) _____ Relacion _____ Teléfono _____

3) _____ Relacion _____ Teléfono _____

4) _____ Relacion _____ Teléfono _____

Nombre del Padre/Guardián

Firma del Padre/Guardian

Fecha

Contrato de Citas Perdidas

A Partir de Junio 25, 2018 empezaremos a cobrar **\$50** por cada cita perdida después del primer incidente. Su Cuenta automaticamente sera cobrada después de estas ofensas;

- Citas Programadas Perdidas
- Citas Perdidas después de confirmar
- Citas Perdidas/Canceladas hechas el mismo dia
- Citas no canceladas antes de 24 horas
- Citas para un Chequeo Fisico Perdidas

Llamadas para Confirmar son de cortesía y no siempre se pueden hacer.

Para darle el mejor servicio al paciente, tratamos de preparar el expediente de su hijo con un día de anticipación, por lo tanto le pedimos que ***amablemente nos avise 24 horas antes o a primera hora de la mañana si no puede mantener su cita para evitar un cobro.***

De esta manera evitaremos negarle la cita a un paciente que esté enfermo.

Gracias por su cooperación en mantener sus citas.

Yo, _____, entiendo estas reglas y condiciones y cooperaré con estas condiciones de la clínica.

Firma

Fecha