

Paciente Nuevo

CHILDREN'S HEART INSTITUTE

Clinic:

 Existente/Actualizacion

Registro del Paciente

**Bienvenido a nuestra Clinica. Por favor complete la Informacion de abajo.**

Nombre del Paciente (Primer Nombre- Segundo - Apellido)		Sexo: M [ ] F [ ]	Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____	Estado Civil: Soltero (a) [ ] Casado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Divorciado(a) [ ]	
Direccion de la casa	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Telefono de casa:	Seguro Social del Paciente #
Nombre de la Madre		El mismo [ ] Conyugue [ ] Padres [ ]	Fecha de Nacimiento ____/____/____	SSN de la Madre	
Direccion de la Madre [ ] <i>La misma de arriba</i>			Telefono del Empleador		
Nombre del Empleador (Madre) →			Telefono Celular	Correo Electronico	
Nombre del Padre ( Primer Nombre, Apellido)			Telefono de la Casa	Occupación	
Nombre del Empleador (Padre)		Fecha de Nacimiento	Telefono del Empleador	SSN del Padre	
Motivo de la Visita		Nombre del Pediatra o Telefono:			
Persona de Contacto en caso de Emergencia		Relacion con el paciente	Telefono		
Medicaid	Si [ ]	No [ ]	Numero de Medicaid	Fecha de Vigencia	
Compañía de Seguros		# de Poliza	Grupo / Plan #	Fecha(s) de Vigencia	
Es el Seguro a traves de su Empleador? [ ] Si [ ] No	Nombre del Empleador		Direccion del Empleador		
Nombre del Subscriptor - Titular de la Poliza		Fecha de Nacimiento del Titular	SSN del Titular	Relación con el Paciente	
Compañía de Seguros Secundaria		# de Poliza	Grupo / Plan #	Fecha(s) de Vigencia	
Es el Seguro a traves de su Empleador? [ ] Yes [ ] No	Nombre del Empleador		Direccion del Empleador		
Nombre del Subscriptor - Titular de la Poliza		Fecha de Nacimiento del Titular	SSN del Titular	Relacion con el Paciente	

**Certifico que la información que he reportado anteriormente es correcta y que, como entiende un padre/tutor/Garante he leído, y acepto plenamente las condiciones y la Política Financiera de pago del Paciente y de inscripción.**

Firma del Paciente/Padre o Guardian

Nombre del Padre/Guardian

Fecha

**Por favor, lea y firme la Política Financiera de pago asi como el Acta de Privacidad adjuntos a este formulario. Gracias**

## HISTORIA DEL PACIENTE – CARDIOLOGIA / CARDIOVASCULAR

### HISTORIA: REVISION DE SISTEMAS-TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SINTOMAS?

POR FAVOR MARQUE ( X ) SI USTED TIENE ALGUNO DE LO SIGUIENTE APLICADO A SU ESTADO <u>ACTUAL</u> , EN EL <u>PASADO</u> O <u>NUNCA</u>				
SALUD GENERAL	ACTUALMENTE	EN EL PASADO	NUNCA	ENLISTE OTROS SINTOMAS O SIGNOS RELACIONADOS
Apetito Saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perdida o Ganancia de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fiebre(mas de 5 dias de duraci3n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Letargua (cansancio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatiga Extrema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>OJOS</b>				
Cambios en la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>OIDOS, NARIZ, GARGANTA Y BOCA</b>				
Zumbidos en los oidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de sinusitis o inflamacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En la garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>PERIFERICO/CARDIOVASCULAR</b>				
Dolor de pecho o malestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ritmos cardiacos o irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cambio de color en labios o lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hinchazon alrededor de los ojos, manos o pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>RESPIRATORIO</b>				
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad para respirar durante el				
Ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respiracion dolorosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respiracion rapida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>GASTROINTESTINAL</b>				
Dolores Abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nausea o Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heces negras o con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor en la boca del estomago o reflujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>URINARIO</b>				
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>MUSCULOESQUELETICO</b>				
Dolor/debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor de huesos/ dolores/ debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hinchazon en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor en las extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>PIEL/PECHO</b>				
Bultos/masas or sarpullido/llagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>NEUROLOGICO</b>				
Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Olvidos o confusion mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Amortiguamiento/adormecimiento				
De las extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>PIYCHIATRICO</b>				
Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ansiedad / Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>ENDOCRINO</b>				
Sudor Excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sed anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>HEMATOLOGICO / LINFATICO</b>				
Moretones Frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nodulos Linfaticos Inflamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**NURSE NOTES:**

**HISTORIA MEDICA Y QUIRURGICA**

<b>Drogas con o sin prescripción Medica - Nombre/Dosis / Frecuencia</b>		<b>Alergias a Medicamentos o alimentos?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sabe	
*		Enliste Medicamentos o Medicamentos:	
*		*	
<b>Cirugias/Hospitalizaciones – Motivo</b>	<b>Fecha</b>	<b>Cirugias/Hospitalizaciones – Motivo</b>	<b>Fecha</b>

**HISTORIA MEDICA Y FAMILIAR**

POR FAVOR INDIQUE SI USTED O UN FAMILIAR - (M) =MADRE / (P) =PADRE / (H) =SIBLING / (A) =ABUELOS – HA SIDO AFECTADO (A) POR LAS SIGUIENTES CONDICIONES

<b>Condicion</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiares</b>	<b>Condicion</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiares</b>
Anemia			Colesterol o Trigliceridos altos		
Tapon de sangre o desorden de sangrado			Enfermedad de Kawasaki		
Enfermedad congenital del Corazon (Nacido con)			Prolapso de Valvula Mitral		
Sordo de Nacimiento (Neuronal)			Fiebre Reumatica		
Diabetes - <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II			Derrame Cerebral o Mini derrames cerebrales (strokes)		
Soplo del Corazón			Muerte subita sin explicacion en niñez o juventud		
Ataque Cardiaco			Problemas de Tiroides		
Presion Alta			Otra Enfermedad Cardio-Vascular		

## CHILDREN'S HEART INSTITUTE

### Declaracion de Acuerdo Financiero

Updated 05/29/13

Gracias por elegir nuestros medicos para sus necesidades de atención medica. Estamos comprometidos a brindar la mejor atencion medica y un tratamiento exitoso. La siguiente es una declaracion de nuestro Acuerdo Financiero, la cual ustedes deben leer, aceptar y firmar, previo al tratamiento. Nuestro Acuerdo Financiero se aplica a todos los servicios medicos prestados por nuestros medicos y personal, ya sea hospitalario o ambulatorio.

Orientaciones Generales de Acuerdo de pago:

Los pacientes / tutores son responsables financieramente de todos los cargos, a pesar de la participación de terceros.

Responsabilidades del Paciente y Acuerdos Financieros:

Proporcionar Informacion Precisa: Usted tiene la responsabilidad de proporcionar información precisa y completa acerca de su historial médico, su dirección postal, seguro de salud y otra información de facturación. Si alguna información cambia - nombre, dirección, teléfono, cobertura de seguro, etc - se debe informar inmediatamente a esta práctica. Negaciones de seguros o errores de facturación debido a la información suministrada por el paciente/tutores dará lugar a la transferencia del saldo de la cuenta a la responsabilidad financiera inmediata del paciente.

Conocer sus beneficios de cobertura de seguros y los requisitos de referencia: El seguro médico es un contrato entre usted y su plan de seguro médico (s). Los pacientes tienen la responsabilidad de entender su cobertura de seguro médico (s), beneficios y requisitos de referencias para recibir servicios de diagnóstico y terapéuticos de nuestros médicos. Los pacientes tienen la responsabilidad de solicitar las referencias escritas necesarias, autorizaciones previas o pre-certificaciones de su médico de atención primaria o plan de salud previo a los servicios prestados. Si no hemos recibido las autorizaciones necesarias previa-a • su cita, se volverá a programar la cita. Por favor, presente su tarjeta de identificación de seguro a nuestro personal en cada visita al consultorio.

Pacientes sin Seguro Medico: Se espera que los pacientes sin cobertura de seguro paguen la totalidad por los servicios recibidos al momento del servicio, a menos que un acuerdo de pago satisfactorio haya sido arreglado con nuestro gestor de facturación anterior a los servicios.

Los pacientes con Seguro Privado / Cobertura de Medicare / Medicaid: Nuestros médicos participan en los programas de Medicare y Medicaid, y con la mayoría de las principales compañías de seguros. Presentaremos un reclamo (s) a la compañía de seguros proporcionada siempre y cuando se autorize la "asignación de beneficios" para obtener el pago directamente a nuestra Clínica. Para los planes de seguros en los que nuestros medicos participan, la Clínica acepta el pago en base a sus acuerdos contractuales. Para los planes de seguros en los que nosotros no participamos (es decir, no existe un acuerdo contractual), la Clínica esperará el pago completo del paciente al momento del servicio.. Cualquier cobertura o disputas de pago es un asunto entre el asegurado y la compañía de seguros.

Acuerdo de Pago del Paciente: Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de la participación de terceros. Estoy de acuerdo en pagar cualquier deducible, coaseguro, copago o servicios considerados como servicios "incidentales" "sin cobertura" o por mi compañía de seguros, incluyendo, prescripciones de emergencia u otra atención orientada al servicio prestado. Estoy de acuerdo en pagar una tarifa por cita perdida de \$ 50.00 por citas canceladas con una anticipación menor a 24 horas. Si mi seguro no ha pagado por mí en 60 días, los servicios serán mi responsabilidad para el pago inmediato (con excepción de Medicare y Medicaid). En caso de surgir cualquier saldo debido al seguro de co-pagos, co-seguros, deducibles, la terminación de la cobertura, la falta de pago al momento del servicio y / o cualquier otra razón, estoy de acuerdo en pagar todos los cargos dentro de los 30 días de aviso. Entiendo que si no pago los saldos pendientes o hago arreglos de pago dentro de los 75 días, el importe adeudado será considerado moroso y sujeto a acción legal. Entiendo, además, que a las cuentas morosas se les aplicará un recargo del 1,5% de interés mensual (18% TAE), y de la posible destitución de los pacientes de nuestra atención. Si mi cuenta es enviada a "colecciones", estoy de acuerdo en pagar todos los costos de cobranza, incluyendo, pero sin limitarse a los costos judiciales, honorarios de abogados iguales al 33,33% de la cantidad adeudada, y los intereses devengados hasta la fecha. Estoy de acuerdo en pagar un cargo por cheque devuelto de \$ 35.00.

Autorización y Asignación de Beneficios del Seguro: Yo permito que una copia de esta autorización y firma sea utilizada en lugar de la original en todas las presentaciones de facturación de seguros y para la divulgación de la información protegida de salud médica u otra específica, ya sea manual, electrónica o telefónica. Autorizo a la Clínica a solicitar beneficios por los servicios rendidos a mi mismo o a mi hijo menor de edad o bajo cualquier póliza de seguro de salud que proporcionan beneficios y que además por este medio asignar y autorizar el pago de las prestaciones de mi compañía de seguros a la Clínica (incluyendo los beneficios pagaderos bajo el Título XVIII de la Social Ley de seguridad y / o cualquier otra agencia gubernamental) irrevocablemente autorizo todos esos pagos a la Clínica. Autorizo a la Clínica a contactar con el empleador o compañía de seguros con respecto a la información del seguro, la existencia de un seguro y la cobertura de mis beneficios.

En consideración por servicios médicos prestados, reconozco haber recibido la notificación de la política financiera y acepto pagar por dichos servicios médicos de acuerdo con los términos anteriores. Mi firma abajo indica que he leído y acepto la política anterior ..

---

Firma del Paciente/ Tutor

---

Fecha

**CHILDREN'S HEART INSTITUTE**  
**AVISO DE LA LEY DE PRIVACIDAD**  
**(Efectiva Julio 20, 2004)**

1. **Children's Heart Institute puede utilizar y divulgar la información de salud protegida para tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud y la investigaciones voluntarias de salud. Ejemplos de esto incluyen, pero no se limitan a las remisiones a las agencias de salud en el hogar y otros proveedores de tratamiento. Ejemplos de pago incluyen pero no se limitan a las agencias de cobro, compañías de seguros para reclamos y pre-autorización, incluidas la coordinación de beneficios con otros seguros. Operaciones de cuidado de la salud incluyen, pero no se limitan a, el control interno de la calidad y la garantía incluyendo auditoría de los registros.**
2. **Children's Heart Institute permite o puede revelar información protegida sin el consentimiento escrito de la persona en determinadas circunstancias. Dos ejemplos de este tipo son los requisitos de salud pública u órdenes judiciales**
3. **Children's Heart Institute no hará ningún otro uso o divulgación de la información protegida de la salud de un paciente sin la autorización por escrito de la persona la misma que podrá ser revocada en cualquier momento por escrito.**
4. **Children's Heart Institute se atendrá a los términos vigentes de esta notificación en el momento de la divulgación.**
5. **Children's Heart Institute se reserva el derecho de modificar los términos de su notificación y de hacer nuevas provisiones para toda la información protegida de salud que mantiene. Todas las revisiones serán publicadas y las copias pueden ser obtenidas en cualquier momento en nuestra oficina.**
6. **Cualquier paciente, tutor o representante legal tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de los registros médicos. Un cargo razonable sera aplicado por las copias.**
7. **Cualquier paciente, tutor o representante personal tiene el derecho de solicitar modificaciones que deban añadirse en sus registros médicos.**
8. **Cualquier paciente, tutor o representante legal tiene el derecho de solicitar Estados de seis años de todas las divulgaciones de sus registros médicos entre abril de 2003 en adelante. La historia se proporcionará dentro de los 60 días de la solicitud y un cargo razonable sera aplicado por la primera solicitud de las copias en un periodo de 12 meses.**
9. **Cualquier paciente, tutor o representante legal tiene derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo se puede usar su información de salud a dar a conocer para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. La práctica no está obligada a aceptar la restricción solicitada en un plazo de 12 meses.**
10. **Cualquier persona o paciente puede presentar una queja de la Clinica a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si cree que su privacidad ha sido violada. Para presentar una queja con la práctica, por favor póngase en contacto con el oficial de privacidad de Children's Heart Institute en el 571-291-9025.**
11. **Una copia detallada de este Aviso de la Privacidad está disponible bajo petición.**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Tutor \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

### **Acuerdo de Responsabilidad Financiera – Medicaid**

Este formulario debe ser firmado antes de recibir los servicios prestados

Children's Heart Institute certifica que esta oficina tiene una política establecida para la facturación de todos los pacientes (incluyendo Medicaid) para los servicios que no están cubiertos por su compañía de seguros. De acuerdo con las directrices de facturación de proveedores de Medicaid del estado, el paciente ha sido advertido de que los cargos pueden no ser pagados por las siguientes razones:

- El paciente identificado como afiliado de Medicaid, pero o bien no tiene una tarjeta de identificación de Medicaid actual, o tiene otra compañía de seguros que aparece en su elegibilidad de Medicaid a través de la página web de Medicaid, el paciente será responsable por los servicios en régimen de auto-pago.
- Si uno de nuestros médicos proporciona al paciente un monitor ambulatorio, el paciente/tutor será responsable de devolver el dispositivo. En caso de no devolver el monitor dentro de las 72 horas de la finalización del servicio, 24 horas para monitores Holter y 30 días para Monitores de Eventos, se le cobrará \$ 30.00 por cada día adicional que el monitor no se devuelve. En caso de que el dispositivo no ha sido devuelto después de 10 días o se haya dañado, usted será responsable del costo del dispositivo, hasta por un total de \$ 2,000.

Firma \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor- \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_