



Date: ____/____/____

Office Location: _____

NEW PATIENT REGISTRATION

(Black ink only, please!)

Como se entero acerca de Angel kids Pediatria? Por favor, marque todas las que aplican!

- Google
- Senal electronica o cartelera
- Folleto
- Television
- www.myangelkids.com
- Seminario de bebe recién nacido
- Link from another website
- Facebook
- Twitter
- Internet Ad.
- Jax 4 Kids
- Jax Moms Blog
- Fun 4 First Coast Kids
- Conducio por alguna Oficina
- Correo directo
- Pagina amarillas
- Revista
- Hospital/OB-GYN Office/ Dr. Referral (please specify): _____
- Referido por familiar o amigo (please specify): _____
- Evento comunitario (please specify): _____
- Otro (please specify): _____

Informacion del paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ I. _____

Fecha de Nacimiento: _____ Genero: Masculin Femenino Primer Lenguaje: _____

Origen etnico: Hispano No-Hispano desconocido Raza: Asiatico Negro Hawaiano Caucasico Indio Americano

Direccion Postal : _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono Principal: __ (____) _____ Casa Cell Trabajo Otro

Telefono Secundario: __ (____) _____ Casa Cell Trabajo Otro

Como le gustaria ser alcanzado sobre loas siguientes materias? (porfavor marque un circulo para cada uno)

Problemas medicos: Direccion Postal Telefono del hogar Telefono del trabajo Cell Correo Electronico Correo Electronico del Trabajo

Recordatorio de cita: Direccion Postal Telefono del hogar Texto Cell Correo Electronico Correo Electronico del Trabajo

Recordar Aviso: Direccion Postal Telefono del Hogar Texto Cell Correo Electronico

Declaracion de Facturacion: Direccion Postal Correo Electronico Correo Electronico del Trabajo

Avisos General: Direccion Postal Telefono del Hogar Texto Cell Correo Electronico

Notificacion del Portal de Pciente: Texto Correo Electronico Correo Electronico del Trabajo

Podemos Dejar Mensaje ? Si No

Informacion de Contacto:

Contacto 1:

Nombre: _____ Relacion al Paciente: Madre Padre Otro: _____
¿Vive con el Paciente? Si No Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social #: ____-____-____
Cell: ____ (____) _____ Telefono del Trabajo: ____ (____) _____
Correo Electronico: _____ Correo Electronico del trabajo: _____
Empleo: _____ Ocupacion: _____

Contacto 2:

Nombre: _____ Relacion al Paciente: Madre Padre Otro: _____
¿Vive con el paciente? Yes No Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social #: ____-____-____
Cell: ____ (____) _____ Telefono del Trabajo: ____ (____) _____
Correo Electronico: _____ Correo Electronico del trabajo: _____
Empleo: _____ Ocupacion: _____

Contactos de Emergencia:

Contacto 1:

Nombre (no vive en la misma direccion): _____ Relacion: _____
Telefono del hogar: ____ (____) _____ Cell: ____ (____) _____ Telefono del trabajo(____) _____

Contacto 2:

Nombre (no vive en la misma direccion): _____ Relacion: _____
Telefono del Hogar: ____ (____) _____ Cell: ____ (____) _____ Telefono del trabajo(____) _____

Informacion del Seguro:

Poliza Primaria

Nombre del Titular de la poliza: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Genero: M F
Nombre de Seguro: _____ I.D. #: _____ Grupo #: _____

Poliza Secundaria

Nombre del Titular de la Poliza: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Genero: M F
Nombre de Seguro: _____ I.D. #: _____ Grupo #: _____

Cobertura Recien Nacidos: Si su hijo no es un recién nacido, por favor, omite esta seccion.

Isi no lo ha hecho, por favor notifique a su compañía de seguro de la llegada de su recién nacido tan pronto sea posible. Muchos planes de seguro, incluyendo Medicaid, requieren una notificación inmediata. No hacerlo podría resultar en falta de pago de la reclamacion presentada. Al firmar abajo, entiendo que sere responsable por el pago total de los servicios si mi compañía de seguro se niega a pagarlo .

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Nombre padre/tutor: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____
Testigo: _____ Fecha: ____/____/____

Facturacion:

¿Quien debe recibirlos estados de cuenta? Madre Padre Otro: _____

¿Todos los contactos pueden tener acceso a los registros del paciente electronicamente? Yes No

Si los padres estan divorciado o separados, por favor llene la siguiente seccion:

Quien tiene custodia del paciente? Madre Padre Otro: _____

¿Existe alguna restricción legal que restringiría al padre sin custodia de consentir al tratamiento medico para el paciente o de la obtención de información sobre el tratamiento méico del paciente? Si No

En caso afirmativo, por favor, explicar y proporcionar una copia de la documentación jurídica que soporta esta restricción: _____

ACUERDO DE FINANCIACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Autorizo a mi seguro a pagar beneficios directamente a la práctica médico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance que mi seguro no cubre También autorizo a Angel Kids Pediatrics o a mi seguro a divulgar cualquier información para precesar mi reclamo . Entiendo que hay un cargo por servicio de \$25.00 por todos los chaques devueltos.

Firm de Padre/Tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre: _____ Relacion al Paciente: _____



www.myangelkids.com
904-224-5437

13241 Bartram Blvd. #209
Jacksonville, FL. 32258

6801 Beach Blvd
Jacksonville, FL 32216

13770 Beach Blvd. #6
Jacksonville, FL. 32224

774 State Road 13
St. Johns, FL 32259

8225 Normandy Blvd.
Jacksonville, FL. 32221

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

No rellenar este formulario para que ultimos registros puedan obtenerse puede ocasionar que su hijo sea descargado de nuestra practica

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Información solocitada a:

Persona/Instalación: _____ Telefono: __ (____) _____

Dirección: _____ Fax: ____ (____) _____

*** Por fax solo un maximo de 25 páginas,por favor envíela a nuestra oficina. Gracias! ***

Información puede ser revelada a:

Person/ Facility: Medical Records Department/ Angel Kids Pediatrics Phone: (904) 242-4220

Address: _____ Fax: _____

Con el fin de:

Continuidad del cuidado Uso personal Otro: _____

Información ser relevada (por fax o correo):

Record Medico General Historial Medico Resultados Physicos Notas de Progreso

Resultados de Pruebas Inmunización Notas de Consultas Otro: _____

Inicia la siguiente declaracion:

Estos registros pueden incluir información relacionada con:enfermedades de tranmisión sexual,VIH/SIDA, Tuberculosis,abuso de alcohol o drogas,embarazo,salud mental,maltrato infantil,intervención temprana y/o elegibilidad WIC.

La autorización caducara el _____. Entiendo que si no especifico uan fecha de caducidad,esta firma de autorización vencerá (6) meses a partir de la fecha en que se firmo.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Relació al paciente: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

*** Como Cortesía, por favor, no disco. Gracias! ***

AUTORIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Yo, _____ (padre o tutor legal), doy autorización a Angel Kids Pediatric a divulgar información relative al estado de atención de mi hijo, incluyendo laboratorio y resultado de imagenes para proporcionar servicios medicos y tratamiento :

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Mientras son acompañados por las siguientes personas en mi ausencia:

Nombre: _____ Relacion al Paciente: _____

Dirección: _____

Telefono de casa: ____ (____) _____ Cell: ____ (____) _____

Nombre: _____ Relación al Pacientet: _____

Dirección: _____

Telefono de casa: ____ (____) _____ Cell: ____ (____) _____

Nombre: _____ Relación al Pacientet: _____

Dirección: _____

Telefono de Casa: ____ (____) _____ Cell: ____ (____) _____

POLÍTICA DE SALA DE EMERGENCIA

Por favor,lea la declaración y firme abajo.

Si su hijo tiene más de dos visita de urgencias durante nuestro horario regular (incluyendo nuestros otros lugares que está abierto por la noches y fines de semana) su hijo puede ser removido de nuestra practica.

Padre/Firma de Tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre : _____ Telefono: ____ (____) _____

POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y NO SHOW

Se requiere que lo nuevos pacientes lleguen 30 minutos antes de la cita de su hijo para fines de seguro y documentación. Para cualquier cita posterior, le pedimos que llegue 15 minutos antes de la cita programada. Como cortesía q nuestros proveedores, personal y otro pacientes,le pedimos que llame al menos 24 horas antes de su cita programada para las cancelaciones. Si no es posible, por favor notifiquenos tan pronto como sea posible. Si llega tarde a su cita y no tenemos disponibilidad, su cita tendra que ser reprogramda. Si usted no llamar para cancelar la cita de su hijo, un "No Show" será documentado en el registro del niño, y puede ser removido de la practica.

Inicial al lado de cada declaracion.

_____ Despues del primer "no show", Habra un cargo de \$50.00. Su seguro no cubre este pago..

_____ Despues del Segundo "no show", Habra un cargo de \$50.00. Su seguro no cubre este pago y el paciente sera removido de la practica .

Certifico que he leído, entendido y estoy de acuerdo a los terminus presentados anteriormente.

Nombre del Paciente: _____

Nombre de Padre/ Tutor: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Genero: M F El niño es adoptado?
 No Si

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Condición	SÍ	NO	Comentarios
Comentarios			
Lesiones graves o accidentes			
Hospitalizaciones o visitas a Sala de Emergencia			
Cirugías			
Problemas con el oído o audición			
Asma / Bronquitis / Bronquiolitis / o Neumonía (círcule si aplica)			
Alérgenos exteriores			
Alérgenos de interiores			
Problemas de Corazon o Soplo Cardíaco			
Anemia o Problema de Sangrado			
Transfusión de Sangre			
Dolor Abdominal Frecuente			
Estreñimiento que requieren visita medica			
Infección de Riñon o Vejiga			
Mojar la Cama (Despues de los 5 Años de Edad)			
¿Si es paciente femenino, Inicio su Periodo Menstrual?			
¿Paciente Femenino, Alguna problema con el Periodo? (Cólicos, Secreción, cyclo irregular)			
Problemas de Piel Cronico o Recurrente? (Acné, Eczema, Etc.)			
Frecuentes Dolores de Cabeza			
Convulsiones u Otros Problemas Nuerológico			
Problemas Endocrinos y de Tiroides			
Algún Otro Problema Significativo			
Cánceres			
Recibe Atención Medica de Algún Especialista			
Toma Medicamentos diarios, Vitaminas o Suplementos de Hierbas			
Retraso o Falta de Vacunas			
Problemas de Salud Recurrentes (Infeccion de Oídos, Estreptococica, Infección Urinarias)			

HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE

HISTORIA SOCIAL	COMENTARIOS
Problemas de Comportamiento o de Salud Mental	
Historia de Abuso Infantil	
Uso de Tabaco, Droga , Alcohol	
Animales/Mascotas en la casa	

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

HEALTH HISTORY CONTINUED

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

Condición	SÍ	NO	Miembro de la familia	Comentarios
Comentarios				
Sordera				
Alergia Nasales				
Asma				
Tuberculosis				
Enfermedad del Corazón ante de los 50 años				
Presión Arterial alta antes de los 50 años				
Cholesterol Alto				
Anemia				
Trastorno de Coagulación				
Enfermedad Hepática				
Enfermedad Renal				
Diabetes (Antes de los 50)				
Enuresis Nocturna (despes de los 10 años)				
Epilepsia o convulsiones				
Abuso de Alcohol				
Abuso de Droga				
Enfermedad Mental				
Retraso Mental				
Problemas Inmunitarios,VIH o Sida				
Otras Precupaciones Pertinentes				

HISTORIA DEL NACIMIENTO DEL PACIENTE

Historia de Nacimiento	Comentarios		
Edad gestacional del bebé	_____ semanas		
Peso al nacer	_____ lbs. _____ oz.		
Hospital de Nacimiento			
Medico que entrego al niño			
¿Vaginal or Cesaria?			
¿Lactancia Materna, Formula o ambos?			
Porfavor,conteste las siguientes	SÍ	NO	Comentarios
¿Fue dada la vacuna contra la Hepatitis B en hospital?			
¿Paso la evaluación de audición en el Hospital?			
¿El niño tuvo ictericia?			

OTROS OCUPANTES QUE VIVEN CON EL PACIENTE:

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

ACUERDO DE AVISO DE PRIVACIDAD Y FINANCIAMIENTO DE ANGEL KIDS PEDIATRICS

ACUERDO DE AVISO DE PRIVACIDAD

Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar una copia de la notificación de privacidad de Angel Kids Pediatrics. Entiendo que soy responsable de leer este aviso y notificar a Angel Kids Pediatrics, por escrito, cualquier solicitud de restricciones en el uso o la divulgación de información de salud individualmente identificable de mi niño. Entiendo que el aviso incluye acceso electrónico a la historia clínica de mi hijo. Angel Kids Pediatrics tiene el derecho de revisar este aviso en cualquier momento y publicar una copia del aviso actual en la oficina en lugar visible en todo momento y en su sitio web en www.myangelkids.com. Angel Kids Pediatrics me proporcionará una copia de su aviso más reciente a mi petición.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Firma de Padre/ Tutor Legal: _____

Personas autorizada a tener acceso a los registros del paciente:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que teniendo en cuenta los servicios prestados al paciente, soy directa y principalmente responsable de pagar la suma de todos los cargos incurridos por servicios y procedimientos rendidos por Angel Kids Pediatrics. Soy responsable de cualquier deducible, coseguro o copagos ante de la presentación de servicios.

Angel Kids Pediatrics puede presentar una solicitud de pago a mi compañía de seguros como es requerido por el acuerdo contractual. Si la aseguradora no le paga a Angel Kids Pediatrics de manera oportuna por cualquier razón, entiendo que sere responsable por el pago puntual de los montos adeudados a Angel Kids Pediatric. De tener que referir la cuanta a una agencia de colección o un abogado para la colección, el abajo firmante debere pagar todo los costos de colección, incluyendo honorarios razonable de abogado.

El departamento de facturación o los gerentes de oficina manejan asuntos financieros, no los médico. Por favor, dirija sus preguntas a las personas correspondiente. Liquidación / responsabilidad financiera, como el divorcio, debere ser resuelto por los padres. No estaremos involucrado en esos asuntos.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR PRUEBAS DE SEGURO

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a Angel Kids Pediatric una copia de la actual tarjeta de seguro de mi hijo. Si no tengo seguro, sere considerado un paciente de pago privado (o pagar uno mismo) y yo soy financieramente responsable por monto total de los servicios prestado. Notificaré a Angel Kids Pediatrics inmediatamente sobre cualquier cambio en mi seguro.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Por la presente consiento y autorizo el funcionamiento de todos los procedimientos apropiados y curso de tratamiento, la administración de todo los anestésicos y cualquier medicamentos que a juicio de mi proveedor puede considerarse necesario o aconsejable para el diagnóstico o el tratamiento de mi hijo.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Angel Kids Pediatrics acepta pagos en: efectivo, cheque, tarjetas de débito y crédito.

Entiendo que cargos adicionales de (\$25.00) se aplicaran a mi cuenta por cualquier cheque devuelto para pagar por mi cuenta. Tambien puedo ser cobrado si no concelo mi cita, por no pagar mi co-pago o coseguro o responsabilidad de paciente como el deducible en el momento del servicio y para otros gastos administrativos no cubierto por mi plan de seguro.

En el evento de recibir un pago de mi aseguradora, estoy de acuerdo en aporbar cualquier pago debido por los servicios rendido a Angel Kids Pediatrics.

PAGOS PARA DOCUMENTOS

Para que documentos especiales sean completados, se le cobrará \$25.00 por documento. Formularios de exámenes físicos y vacunas después de la visita de examen físico incurrirán un cargo de \$10.00 por los dos. Esta cuota deberá pagarse en su totalidad antes de recibir los formularios completados. Angel Kids Pediatrics no se hace responsable de enviar por fax o correo los documentos. Por favor avisenos con 48-72 hora de anticipación para que tengamos tiempo suficiente para prepararlo.

SEGURO EN LA RED

AETNA PPO, HMO, (COVENTRY-PPO/Meritan Health solo-DR. AFFAN solo), AVMED, ASSURANT, BCBS (BLUECARE, BLUE OPTION, FLORIDA AZUL, PLANES TRADICIONALES), CAMBRIDGE PPO (Plan integrado de salud), CIGNA PPO (GREATWEST/PHCS), GOLDEN RULE, HUMANA, MMSI, TRICARE (PRIME/STANDARD/RETIRED), UMR, UNITED HEALTHCARE PPO ONLY, SUNSHINE (MEDICAID/HEALTHYKIDS-STARS-STARSPLUS), MOLINA HEALTHCARE MEDICAID, ALLSTATE (ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICOS SÓLO NECESITAN # DE CASO), DAIRYLAND (ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO SÓLO NECESITAN # DE CASO), GEICO (ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICOS SÓLO NECESITAN # DE CASO) DIRECT GENERAL (ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICOS SÓLO NECESITAN # DE CASO) SMARTHEALTH (LOCAL BCBS-DR. AFFAN SOLAMENTE PPO), PROGRESSIVE (ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICOS SÓLO NECESITAN # DE CASO), GEHA PPO, GREAT WEST PPO, HEALTHPARTNERS PPO (DR. AFFAN SOLAMENTE), MAYO PPO (UNA VEZ PRESENTADA LA RECLAMACIÓN EL PCP DEL PACIENTE CAERA BAJO EL TAX ID), MOAA, ONENET PPO (DR. AFFAN SOLO), OXFORD HEALTH (DR. AFFAN SOLO), RSL SPECIALTY, CORESOURCE PPO (DR. AFFAN SOLO), MVP (DR. AFFAN-SOLO), PHCH PPO, MULTIPLAN PPO, STATE FARM (ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICOS SÓLO NECESITAN # DE CASO), UHS SERVICES (DR. AFFAN SOLO), HEALTHEASE KIDS (WELLCARE/STAYWELL EDADES 3-17 SOLO), HUMANA PPO

PLANES FUERA DE LA RED GATORCARE (BCBS-SHAND/UFHEALTH), UNITED HEALTHCARE HMO/COMPASS/COMMUNITY MEDICAID/HEALTHYKIDS, AETNA (HEALTHSCOPE)

***ALL INSURANCES WE ACCEPT ARE SUBJECT TO CHANGE WITHOUT NOTICE.**

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo y asigno todo pago/beneficio de seguro para servicios médicos/procedimiento quirúrgicos rendido al paciente, directamente Angel Kids Pediatrics. Autorizo Angel Kids Pediatrics a comunicar información médica necesaria para obtener el pago. Entiendo que yo soy financieramente responsable por todos los cambios no cubiertos por mi plan de seguro.

FIRMA

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, RECONOSCO QUE LO HE LEÍDO DETENIDAMENTE, ENTIENDO Y ACEPTO LOS TERMINOS Y CONDICIONES.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL: _____ FECHA: ____/____/____