

Northwoods Pediatric Center  
(Por favor imprima claramente)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad/código postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Información de Mama

Nombre: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Trabajo# \_\_\_\_\_ Cell# \_\_\_\_\_

Información de Papa

Nombre: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Trabajo# \_\_\_\_\_ Cell# \_\_\_\_\_

Información de aseguranza medica

Aetna \_\_\_\_\_ Blue Cross/Blue Shield \_\_\_\_\_ Cigna \_\_\_\_\_ Humana \_\_\_\_\_ Memorial Hermann \_\_\_\_\_

United Healthcare \_\_\_\_\_ CHIP \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Nombre de asegurado:

Papa \_\_\_\_\_ Mama \_\_\_\_\_ Póliza del niño \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono de \_\_\_\_\_

Casa: \_\_\_\_\_ Cell# \_\_\_\_\_

Familiar mas cercano (que no vive con usted)

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono de \_\_\_\_\_

Casa: \_\_\_\_\_ Cell# \_\_\_\_\_ Autorizaciones

Yo autorizo a las siguientes personas para llevar a mi hijo/a para las visitas de chequeo general o enfermedad en el centro pediátrico de Northwoods y recibir los resultados de laboratorio de radiografía en mi ausencia:(Persona autorizada debe tener por lo menos 18 años de edad)

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ -Autorizo a Northwoods Pediatric dejar resultados de laboratorio/radiografía de mi hijo en mi casa/teléfono celular si no se pueden comunicar conmigo.

\_\_\_\_\_ - No autorizo Northwoods Pediatric dejar resultados de laboratorio/radiografía de mi hijo en mi casa / teléfono celular si no pueden comunicarse conmigo.

Al firmar abajo usted autoriza Northwoods Pediatric para el tratamiento del paciente y también autorizo el pago de beneficios médicos, entrega de correspondencia y/o expedientes médicos a otros proveedores médicos involucrados en el cuidado de su hijo. He leído también y entiendo la póliza financiera de Northwoods Pediatric.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Firma del padre/ Guardián Legal \_\_\_\_\_

Northwoods Pediatric Center  
Historia de la salud pediátrica

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Complicaciones del embarazo: Si No

Menos de 9 meses de embarazo \_\_\_\_\_

Presión arterial alta \_\_\_\_\_

Diabetes gestacional \_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_

Desangrado \_\_\_\_\_

Enfermedades graves \_\_\_\_\_

Infecciones graves \_\_\_\_\_

Aborto espontáneos previos \_\_\_\_\_

Cesárea (Si, ¿por qué?) \_\_\_\_\_

¿Se utilizaron fórceps? \_\_\_\_\_

Historia de nacimiento:

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Peso al nacer \_\_\_\_\_

Duración del parto \_\_\_\_\_

Pasó pantalla de audiencia Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Esta adoptado el niño? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Problemas: Si No

Ictericia \_\_\_\_\_

Problemas respiratorios \_\_\_\_\_

Infección por estreptococos grupo B \_\_\_\_\_

Otros problemas (explique) \_\_\_\_\_

Pecho: \_\_\_\_\_ Formula: \_\_\_\_\_

Desarrollo: A qué edad su hijo...

Sonrió \_\_\_\_\_ Se a rodillo \_\_\_\_\_ Sentó solo \_\_\_\_\_ Camino solo \_\_\_\_\_

Primer palabra con significado \_\_\_\_\_ Uso oraciones de 2 palabras \_\_\_\_\_

Formado de la vejiga \_\_\_\_\_ Entrenamiento de defecación \_\_\_\_\_

Andar en bicicleta \_\_\_\_\_ Se lazo los zapatos \_\_\_\_\_

Lista de medicación que el niño/a toma regularmente: Hospitalizaciones y operaciones:

Enfermedades del niño Si No Fecha

Varicela \_\_\_\_\_

Infección por el VSR \_\_\_\_\_

Meningitis \_\_\_\_\_

Neumonía \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Enfermedades graves: Fechas:

Convulsiones	___	___	___	_____	_____
Mojar la cama	___	___	___	_____	_____
Enfermedad del riñón	___	___	___	<u>Alergia a medicamentos:</u>	
De células falciformes	___	___	___	_____	_____
Reflujo GE	___	___	___	_____	_____
Alergias	___	___	___	_____	_____
Asma	___	___	___	_____	_____

### Northwoods Pediatric Center

Gracias por elegir Northwoods Pediatric para ser su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a proveer atención médica de calidad para su hijo/a. Por favor lea cuidadosamente e ponga sus iniciales en cada poliza.

\_\_\_ Poliza de Vacunas- Los pediatras de Northwoods Pediatric creen firmemente en la vacunación de todos los niños según los lineamientos estándar de AAP/CDC/TDH. No se hará excepciones para aplazar las vacunas, la división del calendario de vacunas o alterar el calendario de vacunas. Si alguna familia requiere obtener una excepción se pedirá transferir cuidado médico a otra práctica pediátrica.

\_\_\_ Poliza de pago- Pago se requiere al tiempo del servicio médico. Para su conveniencia, aceptamos VISA, MasterCard, American Express, Discover y en efectivo. Cheques personales no son aceptados. La persona trayendo el paciente a la clínica se responsabiliza a cualquier copago que deben ser obtenidos al tiempo de servicio.

\_\_\_ Padres divorciados/separado- El padre que autoriza o trae al paciente para atención médica será ese el responsable por cualquier pago médico. Si un decreto de divorcio requiere a cualquier de ambos padres pagar todo o parte de los costos médicos, es responsabilidad de ambos padres que colecten pago necesario del otro antes de su cita. Northwoods Pediatric, no podrá actuar como mediador en la recolección de nuestros pagos.

\_\_\_ Saldos pendientes- Pacientes con un saldo pendiente debe ser pagado o debe obtener un acuerdo de pago antes de ser vistos por nuestros proveedores. Cuentas más de 90 días de vencida se considerarán seriamente delincuentes y tendrán que ser referidos al Buro de crédito.

\_\_\_\_ Seguro medico- Fracuramos a las companias de seguro participantes como una cortesia a usted. Si no tiene infomracion sobre su seguro con que participamos, e pago complete se espera en el momento del servicio. Nuestra oficina no siempre puede decirle de antemano sis us cobros seran cubiertos por su plan de seguridad port esta razon le pedimos que uested se familiarice con su plan lo mas posible. Es su responsabilidad de notificaarnos de cualquier cambio en el seguro. Si no hemos recibido pogo de su plan medico dentro de 30 dias se requiere pago completo de usted directamente. Usted ultimadamente es el responsable de todos los cobros medicos.

\_\_\_\_ Referencias- Si usted esta inscrito en un plan de seguro de atencion medica administrada, debe recibir una referencia de nuestra oficina antes de ver a un especialista. No se dara referidos retroactivos. Se requiere al menos una semana de antelacion para organizer su referencia para el especialista.

\_\_\_\_ Prueba de laboratorio/ citas de especialista- Yo tomo toda la responsabilidad de completar laboratorios, otros examines necesarios, y el seguimiento con especialistas segun lo recomendado por el medico.

\_\_\_\_ Medicamentos- Con el fin de proporcionar atencion medica de calidad para su hijo, nuestros medicos no Mandan medicamentos por telefono, que incluyen antibioticos, sin primero evaluar al paciente.

\_\_\_\_ Chequeo general- 1 semana, 2 semanas, 1 mes, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 2 anos, 2 ½ anos, 3 anos y anualmente desues de eso hasta los 18 anos de edad.

\_\_\_\_ Grabaciones de Video y audio/ uso de celulares telefonos- Estrictamente sera prohibido dentro de la oficina.

\_\_\_\_ Fotos- Doy permiso para que mi hio/a sea usadas para su expediente medico.

\_\_\_\_\_

Nombre del paciente

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del padre/ guarda

# Northwood Pediatrics Center, PA

## Faltas a Citas /Reprogrammacion de citas/ Cancelaciones Tardias

Esta politica se ha establecido para ayudar a servirle mejor.

Es necesario hacer citas con el fin de ver a nuestros patients lo mas eficientemente posible. El no presentarse a una cita y las cancelaciones muy tardes causan problemas que van más allá de un impacto financiero en nuestra práctica. Cuando se hace una cita , le quita esa tiempo a otro paciente. Si no se presenta a la cita, o cancela la cita muy tarde, eso impide que podamos ayudar a otros pacientes que quizás esten bastante enfermos.

La "Falta a Cita" es cuando ha hecho una cita, pero no viene a la cita y tampoco habla para cancelarla. La "Cancelacion Tardia" es cuando ha hecho una cita, y habla para cancelarla, pero no nos da por lo menos 2 horas de aviso.

Entendemos que hay situaciones, como emergencias medicas, que pasan y impiden que pueda llegar a su cita. Estas situaciones se consideraran caso por caso.

Un cargo de \$25.00 será evaluada para cada "Falta de Cita" o "Cancelacion Tardia" o "Reprogramacion Tardia" si no se nos ha notificado por los menos 2 horas de anticipo.

Por favor entienda que las companias de seguro consideran este tipo de cargo ser enteramente responsabilidad del paciente.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Northwoods Pediatric Center**  
**Ph 281-296-7770**  
**Fx 281-296-9777**

**Que significa “Examen General” y que incluye?**

Hoy, su hijo/hija tiene cita para su Examen General. Si esa no es la razon para su visita hoy, favor de dejarnos saber el motivo de su cita inmediatamente.

**Que es un “Examen General”?**

Un examen general es una visita con el Pediatra para revisar el crecimiento y desarrollo del paciente.

**Que debo esperar durante la visita del Examen General?**

- Un examen general incluye el tomar el peso, estatura, y presion arterial. En algunas edades, examen de vision y Prueba de audicion
- Un examen genital para los hombres (mujeres solo cuando es indicado)
- Vacunas, cuando es necesario
- Asesoría de nutricion/ preocupaciones de la nutricion
- Laboratorios de investigacion

**Que NO esta incluido en el “Examen General”?**

- Discusion acerca de enfermedades or sintomas nuevas o recurrentes (physicos o mentales)
- **Nuevas problemas de salud o enfermedades que se discubren durante el Examen General (por ejemplo: infeccion del oido, alergias, erupciones en la piel, estrenimiento etc.)**
- Revision detallada de enfermedades cronicas
- **Examen para deportes**
- Cualquier pregunta que acerca de la salud de otro miembro de familia, amigo, o conocido
- Relleno de medicamentos para enfermedades cronicas

**Que sucede si mi hijo/hija esta enfermo/a o necesita algo ademas de su Examen General?**

El Examen General no incluye la visita para una enfermedad. Por lo tanto, si el paciente hoy esta enfermo o necesita que discutir algo acerca de una enfermedad cronica, dejemos saber de antemano para asegurarnos que su seguro cubra los dos tipos de consulta al mismo tiempo. Si es permitido, y el horario del doctor lo permite, le haremos las dos visitas al mismo tiempo. Segun lo que diga su plan de seguro, tendra la responsabilidad de hacer el copago o deducible.

**Temas de seguros:**

Por favor recuerde que facturamos su seguro como **Cortesía a usted**. Haremos lo mejor para determinar la cobertura de su seguro, pero en fin es su responsabilidad estar familiarizado con la cobertura de su plan de seguro y cualquier balance financiero . Algunos seguros cubren el Examen General junto con una visita de enfermedad, siempre y cuando se pague el copago/ deducible.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/ Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_