



Chandler Pediatrics

1850 W Frye Rd Suite 102

Chandler, AZ 85224

Nombre completo de niño/nina: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Niño reside con:  Ambos padres  Madre  Padre  Otro

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número security sociales: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: ( ) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Me todo preferido de contacto:  celular or  Email

Nombre de la padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número security sociales: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: ( ) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Me todo preferido de contacto:  celular or  Email

Es bien dejar resultado de laboratorio en el teléfono?  Si or  No

Número:# ( ) \_\_\_\_\_

**Informacion del seguro primario:**

Nombre del seguro principal: \_\_\_\_\_

Numero: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la poliza: \_\_\_\_\_

Numero de grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la poliza: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

**Informacion del seguro secundario:**

Nombre del seguro principal: \_\_\_\_\_

Numero: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la poliza: \_\_\_\_\_

Numero de grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la poliza: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia (ademas de los padres):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Numero: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

**Informacion de la farmacia:**

Chandler Pediatrics tienen el consentimiento para e-prescribir medicacions? [ ] Si [ ] No

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Numero: \_\_\_\_\_ Cruces de calles: \_\_\_\_\_

Como oir hablar de Chandler Pediatrics?

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE:**

I, Que actua como tutor para el paciente antes mencionado, por la presente doy mi consentimiento para el paciente arriba para recibir una evaluacion medica y tratamiento por parte del proveedor.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre

SEXO: <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	Race	SSN	D.O.B.
--	------	-----	--------

Enumere todos las personas en el hogar:

NOMBRE	Fecha de nacimiento	OCCUPACION	EDUCACION
Padre			
Madre			
Otro			

Se han producido cambios importantes recientes o estos en la vida de su hijo?  SI  NO

En caso afirmativo, explique:

---

---

Su hijo va a una nintera, una escuela preescolar, guarderia regularidad?  SI  NO

La historia del nacimiento:

Peso al nacer \_\_\_\_\_ La longitud al nacer \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, explique?  SI  NO

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

Tienen algun problema medico?  SI  NO \_\_\_\_\_

Fumar ni beber?  SI  NO \_\_\_\_\_

Utilizar cualquier medicamento?  SI  NO \_\_\_\_\_

Usar alcohol u otras drogas?  SI  NO \_\_\_\_\_

Problemas con el trabajo de parto?  SI  NO \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo se quedo bebe en el hospital despues del nacimiento?

---

Antecedentes medicos:

Es la salud general del nino:  bueno  Feria  Thal pobre

Tiene su hijo alguna dergia?  SI  NO

Es su hijo tomando algun medicamento?  SI  NO

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

Por favor escribe cualquier hospitalizaciones, operaciones, enfermedades graves, o accidentes con muertes:

Fecha: \_\_\_\_\_

Su hijo ha tenido algun problema con el siguiente. En caso afirmativo, explique.

Ojos/Vision	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Pies	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Digestion/Nitrition	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Orejas/audicion	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Orina/rinones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Articulaciones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Piel	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Pulmones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Dientes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Corazon	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Convulsiones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Infecciones repetidas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____

Historia de la Familia

Alguno de hermano o hermana del nino fallecido?  SI  NO

Si es asi darle edad y la causa

\_\_\_\_\_

Alguno de los parientes consanguineos del nino tenia la siguiente enfermedad? Si es asi por favor escriba mimbros de la familia.

Enfermedad del corazon	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Hipertension	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Enfermedad del los rinones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Alergias/Asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Cancer	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Problemas emocionales y mentales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
De celulas falciformes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Convulsiones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____

DESARROLLO

Tiene alguna preocupacion acerca de la siguiente? En caso afirmativo, explique.

Desarrollo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Comportamiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Los habitos alimentarlos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Habitos de sueno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Experiencia escolar	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Bano/habitos de aseo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Disciplina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Otro (explique)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____

Vacunas al dia?  SI  NO

Política Financiera de Chandler Pediatrics

Gracias por elegir Chandler Pediatrics. Estamos comprometidos a ofrecer a nuestros pacientes la atención médica de alta calidad. La política financiera es una parte importante de la atención del niño. Debido al aumento de la demanda de la compañía de seguros, le pedimos que lea y acepte las siguientes.

Hacemos todo lo posible para aceptar una amplia variedad de planes de seguro. Para la conveniencia de los pacientes que presenten reclamaciones médicas con los planes de seguros con los que tenemos un acuerdo, siempre y cuando se preste el seguro válido para nosotros. Sin embargo, todas las políticas tienen diferentes beneficios y no podemos saber los detalles específicos de cada póliza individual. **Usted como un garante es responsable de conocer las políticas individuales y para verificar todas las prestaciones y la formación de cobertura antes de tener todos los servicios prestados. También el garante es responsable de notificarnos de cualquier cambio en el plan de seguro de los pacientes o de la póliza antes de su visita.**

**Copagos y Deductibles:** Pólizas de seguros son un acuerdo entre el titular de la póliza y la compañía de seguros. La contratación con las compañías de seguro de salud nos obliga a recopilar copagos y deductibles. Usted como el garante debe pagar esta cantidad antes de ver cualquiera de nuestros proveedores de atención médica.

**Tasas Adicionales:** Si el paciente no tiene seguro médico o si Chandler Pediatrics, no es un proveedor contratado durante el tratamiento será debido y pagadero al momento de servicio. Un cargo de \$25.00 será aplicada a todos los cheques de vuelta.

Si un paciente es incapaz de mantener una cita de calendario debemos ser notificados con 48 horas de anticipación. Citas canceladas después de que el marco de tiempo pueden estar sujetos a un cargo por cancelación. Cualquier solicitud de registros médicos enviados a alguien que no sea un médico estará sujeto a un cargo.

**Pago Puntual:** Si por alguna razón el paciente incurre en un saldo de cuenta le enviaremos por correo la declaración. El pago es debido por el garante a la recepción de la primera declaración de nuestra oficina. Si el balance no es pagado en su totalidad, Chandler Pediatrics se reserva el derecho de enviar a los pacientes representantes a las colecciones y cargo adicional de recobro de 33% se añaden. Tenga en cuenta que cualquier saldo de la cuenta en mora podrá prohibir al paciente de la programación de citas futuras.

**Política de Divorcio:** El garante es financieramente responsable independientemente de quien realice el seguro para el niño.

**Dificultades Financieras:** Lo haremos en colaboración con los pacientes que están bajo dificultades financieras para desarrollar planes de pago justos y razonables. Dificultades financieras es determinada por la política, y es un proceso formal que debe ser un esfuerzo conjunto entre nuestro consejero financiero y usted como el garante. Le pediremos el favor de proporcionar documentación y una explicación completa de las circunstancias. Circunstancias atenuantes y/o especiales que no incluyen los que más se han extendido a sí mismos financieramente. Un garante que tiene la capacidad de pago y no se ha determinado formalmente que sea en unas dificultades financieras se espera pagar en el momento del servicio y mantener ningún saldo.

He leído y entendido las políticas financieras de Chandler Pediatrics. Autorizo Chandler Pediatrics para obtener y/o divulgar la información de reclamaciones de seguros en mi nombre y para los fines de la gestión sanitaria. Le asigno todos los beneficios de salud a los que el paciente o asegurado tiene derecho para mi tratamiento y los servicios médicos que se me proporcionen a pagar directamente a Chandler Pediatrics. Debe hacerse el pago de seguros directamente al asegurado, estoy de acuerdo a pagar de inmediato estos fondos para Chandler Pediatrics.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha De Hoy

## Chandler Pediatrics

### La Autorizacion Para Liberar Los Registros Medicos

**STAT!**

Por la presente autorizo la entrega de fotocopias de mis registros medicos registros medicos en la posesion y el control de los siguientes nombre individual/instalaciones, empleados y/o agents para lo fines del. Historiales deberan incluir toda la informacion confidencial relacionada con el VIH( Seccion A.R.S 35-6511); informacion sobre enfermedades transmisibles relacionadas(Seccion A.R.S 36-651); informacion relacinada con el abuso de alcohol y drogas confidencial la informacion del tratamiento diagnostico de salud mental, a menos que sea aprobado por mi. Descripcion de la la informacion que se publicara(ie fecha de servicio, resultados de las pruebas, los registros de vacunacion, etc)

\_\_\_\_\_ cuya fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente Dia de nacimiento

De:

Nombre de la oficina: \_\_\_\_\_

El Nombre Del Medico: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Numero: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Para: Chandler Pediatrics

1850 W Frye Rd Ste 102

Chandler AZ 85224

Numero: 480-782-5575 Fax: 480-782-5576

Por favor, transferir y/o la siguiente informacon

- Registros medicas , archivos, reportes y otra informacion de salud asociales
- La siguiente informacion de salud protegisa especifica marque toas la que correspondan
  - Registros medicos y graficos
  - Registros de vacunas por fax lo antes posible
  - Radiografias o resultados, resultados de diagnostico/ laboatorio
  - Otro(por favor especifique ) \_\_\_\_\_

Para ser Lanzado:

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Persona que llena el formulario

\_\_\_\_\_  
Relacion al paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que llena el formulario

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy