



# Lafayette

Pediatric Clinic

(Solo para uso en la oficina) MRN: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Last First MI

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono postal: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

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

Sex: M/F Raza: \_\_\_\_\_ Hispano: Y/N Idioma preferido: \_\_\_\_\_

### Padre/tutor o Persona Responsable del pago de la factura

Relación con el paciente:  Madre  Padre Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_  
Last First MI

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono postal : \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

### Información del seguro: por favor dé la tarjeta del seguro a la recepcionista para copiar

Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo : \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo : \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono postal: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

### Hermanos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Confirмо que he leído y recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad, política de no presentación, consentimiento para tratar y divulgación de información médica y acepto todos los términos establecidos en los acuerdos.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Relación del padre / tutor legal:** \_\_\_\_\_

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

# Lafayette Pediatric Clinic

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Tabla #: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Masculino [ ] Femenino [ ] Fecha: \_\_\_\_\_

Forma completado por: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR** (Por favor todos los miembros de la familia que vivan en el hogar)

Nombre	Relacion	Fecha de Nacimiento	Problemas de Salud

**PADRES:** Casado [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Soltero/a [ ]

Si estas separado/a / divorciado/a, quien tiene total custodia del paciente? \_\_\_\_\_

El paciente tiene algun hermano/a que reside fuera del hogar? Si [ ] No [ ] En caso afirmativo, por favor ponga el nombre, edad, y direccion del mismo:

\_\_\_\_\_

	Si	No	Comentario:
Su hijo/a asiste una guarderia?			Donde:
Su hijo/a asiste la escuela?			Donde:
Alguien en su familia fuma?			Donde: Adentro/Afuera/Ambos Quien:
Su familia tiene mascota?			Typo:
Su hogar tiene detector de humo?			
Su flia usa cinturones y/o asiento de carro?			
Su hogar usa agua de pozo?			

**HISTORIA DE NACIMIENTO**

En cual hospital nacio su hijo/a? \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Su hijo/a nacio? [ ] Temprano [ ] A tiempo [ ] Tarde

Si nacio temprano, cuantas semanas de gestacion? \_\_\_\_\_

Su hijo/a nacio via cesarea? \_\_\_\_\_ Afirmativo, por que? \_\_\_\_\_

Su hijo/a tuvo algun defecto/problema despues de nacer? \_\_\_\_\_ Afirmativo por que? \_\_\_\_\_

La madre tuvo complicaciones durante el embarazo? \_\_\_\_\_ Afirmativo, cuales? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MEDICOS**

	SI	NO	AFIRMATIVO, COMENTE:
Su hijo/a es alergico a algun tipo de medicamento?			
Su hijo/a a sido hospitalizado?			
Su hijo/a a tenido cirugia?			

Su hijo/a tiene problemas de desarrollo?			
Su hijo/a padece de alguna enfermedad severa/ Cronica			
Su hijo/a sufrido un accidente o lesion?			
Su hijo/a esta atrasado en sus vacunas?			
Actualmente, su hijo/a consume algun medicamento? (Recetada, o no)			

*Initial Pediatric History*

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR** (Padre/Madre, Hermanos/as, Abuelos/as, Tios/as que padezca de lo siguiente?)

	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Relacion</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Relacion</b>
Alergico/a				Problemas de los ojos			
Asmatico/a				Problemas auditivo			
Enfermedad del Corazon				Enfermedad mental			
Colesterol Alto				Convulsiones			
Diabetes				Cancer			
Enfermedad de tiroides				Defectos de nacimiento			
Anemia				Tuberculosis			
Enfermedad del Riñon				Abuso de drogas o \ alcohol			
Enfermedad del Hgado				Desorden de la sangria			
Problemas del Sistema inmune				Eczema			
Gastrointestinal							

Afirmativo, explique brevemente: \_\_\_\_\_

**REVISION DE SISTEMAS** (Su hijo/a padece de algunas enfermedades mencionadas?)

	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Comente</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Comente</b>
Asma, Rusuello				Problemas de la piel			
Anemia				Convulsiones			
Vision u ojos				Dolores de cabeza Frecuentes			
Infeccion del oido				Diabetes			
Problemas nasals				Problemas de los Tiroides			
Corazon, murmullos				Desorden de la sangria			
Problemas del higado				Varicela			
Presion alta				Problemas de desarrollo			
Neumonia				Problemas de atencion			

<i>Dolor abdominal</i>				<i>Problemas del sueño</i>			
<i>Estreñimiento</i>				<i>Sangre en heces</i>			
<i>Dolor en las Articulaciones/hinchazon</i>				<i>Alergias</i>			
<i>Huesos rotos</i>				<i>Problemas menstruales</i>			
<i>Problemas de la vejiga/riñon</i>				<i>Consumo de droga/alcohol</i>			
<i>Estrepitosa frecuente</i>				<i>Otro</i>			
<i>Problemas auditivos</i>				<i>Otro</i>			
<i>Mojar/ensuciar la cama</i>				<i>Otro</i>			

*Comentarios adicionales:*

---



---

*Firma*

*Relacion*

*Fecha*

**COMENTARIOS DEL PROVEEDOR**


*Historia revisado/a por:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_

*Initial Pediatric History*



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

### Consentimiento para tratamiento médico de un menor

Yo (nosotros) los tutores legales abajo firmantes de un niño (s) declarado (s), menor (es), autorizo y doy mi consentimiento para cualquier examen médico o tratamiento brindado bajo la supervisión general o especial de cualquier Clínica Pediátrica o Enfermera Profesional de Lafayette. médico o enfermero practicante con licencia, autorizado bajo las disposiciones de las leyes en el estado de Mississippi.

Se entiende que esta autorización se otorga antes de que se requiera un diagnóstico específico, tratamiento recomendado o atención médica recomendada, pero se brinda para proporcionar autoridad y poder para prestar atención, lo que el médico o la enfermera practicante en el ejercicio de su mejor juicio puede juzgar conveniente.

---

### Formulario de liberación para las personas involucradas en la atención al paciente

En caso de que no pueda estar con mi hijo (s) durante una visita médica, autorizo a la (s) siguiente (s) persona (s) para que actúen como el representante personal de mi (s) hijo (s) en mi ausencia. Entiendo que este representante incluye, pero no se limita a, permitirle al representante designado programar y cancelar citas, obtener asesoramiento médico del personal clínico, acompañar a mi hijo (s) a las citas, firmar el consentimiento para inmunizaciones y pagar los servicios de salud

Clínica pediátrica de Lafayette puede hablar con:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Reconozco que se me brindó el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica Pediátrica Lafayette.

Firma del padre / tutor legal: \_\_\_\_\_

Relación del padre / tutor legal con el paciente: \_\_\_\_\_

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

# Clínica Pediátrica Lafayette

## Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y revelada y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise con cuidado.

**Introducción:** Mantenemos protocolos para garantizar la seguridad y confidencialidad de su información personal. Tenemos la seguridad física en el edificio, las contraseñas a las bases de datos de proteger, auditorías de cumplimiento, y el software de detección de virus / intrusión. Dentro de nuestra práctica, el acceso a la información se limita a aquellos que lo necesitan para realizar su trabajo. En Lafayette Clínica Pediátrica, estamos comprometidos a tratar y utilizar la información protegida sobre su salud de manera responsable. Este aviso de las Políticas de Privacidad describe la información personal que recogemos, y cómo y cuándo usar o revelar dicha información. También describe sus derechos en lo que respecta a su información médica protegida. Este aviso es efectivo el 1 de noviembre de 2007 y se aplica a toda la información de salud protegida y definen los reglamentos federales.

**Explicación de la Historia de Salud:** Cada vez que visite Lafayette Clínica Pediátrica, se hace un registro de su visita. Típicamente, este registro contiene sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para el cuidado o tratamiento futuro. Esta información se refiere a su salud o médico, sirve como frecuencia:

- Base para la planificación del tratamiento que usted cuida,
- Medios de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a su cuidado,
- documento legal que describe la atención que recibió,
- Medio por el cual usted o un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron proporcionados,
- Herramientas en la formación de profesionales de la salud,
- Fuente de datos para la investigación médica,
- Fuente de información para los funcionarios de salud pública encargados de mejorar la salud de estado de la nación,
- Fuente de datos para nuestra planificación y comercialización, y
- Herramientas con las que podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que prestamos y los resultados que obtenemos.

La comprensión de lo que está en su expediente y cómo su información de salud se usa le ayuda a: asegurar su exactitud; entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden tener acceso a su información de salud; y tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación a otros.

**Sus Derechos de Información de Salud:** Aunque su expediente médico es la propiedad física de Lafayette Clínica Pediátrica, la información le pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia impresa de este aviso de políticas de privacidad a petición,
- Inspeccionar y obtener una copia de su expediente médico (honorarios razonables de copia se aplican de conformidad w ley estatal),
- Modificar su registro de salud,
- Obtener un informe de la divulgación de su información médica,
- Solicitar comunicaciones confidenciales de su información de salud, y
- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información (sin embargo, no estamos obligados por ley a aceptar una restricción solicitada.)

**nuestra Responsabilities-**Se requiere nuestra práctica:

- Mantener la privacidad de su información de salud,
- proporcionarle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted,
- Cumplir con el término de esta notificación,
- notificarle si no podemos estar de acuerdo con la restricción solicitada, y
- UNaccommodate solicitudes razonables que usted pueda tener para comunicar su información médica.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer las nuevas disposiciones para toda la información de salud protegida que mantenemos. Vamos a mantener una copia del aviso publicado más reciente en nuestras instalaciones que contiene la fecha efectiva. Además, cada vez que visite nuestras instalaciones para su tratamiento, usted puede obtener una copia de la notificación vigente a petición. No vamos a usar o divulgar su información de salud en una forma distinta a la descrita en el apartado relativo a los ejemplos de divulgación para el tratamiento, pago, y servicios de salud, sin su autorización por escrito, que puede revocar, excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomado.

**Para más información o para reportar un problema** Si tiene preguntas y desea información adicional, puede comunicarse con nuestra práctica de privacidad de Oficial, Pat Nelson 615-236-3939.

Si usted considera que se han violado sus derechos, puede presentar una queja con la patente Nelson, o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (OCR). No habrá represalias por presentar una queja con cualquiera de las partes.

**Ejemplos de divulgaciones para tratamiento, pago, y la salud de funcionamiento**-Nosotros usaremos su información de salud para el tratamiento.

**Por ejemplo:**

La información obtenida por una enfermera, médico u otro miembro de su equipo médico será registrada en su expediente y se utiliza para determinar el curso del tratamiento que sea mejor para usted. Su información médica será compartida entre los profesionales de la salud involucrados en su cuidado.

También vamos a proporcionar su otro médico (s) o subsiguiente proveedor de atención médica (s) (en su caso) con copias de varios informes que deben ayudar con ellos el tratamiento de usted.

Vamos a utilizar su información de pago.

Podemos revelar su información para que podamos recoger o hacer el pago de los servicios de atención médica que recibe.

**Por ejemplo:**

Si usted participa en un plan de seguro médico, daremos a conocer la información necesaria para que el plan para obtener el pago de usted cuida.

Nosotros usaremos su información de salud para operaciones regulares de salud.

Podemos revelar su información de salud para nuestras operaciones de rutina. Estos usos son necesarias para ciertos administrativas, financieras, legales y de calidad actividades de mejora que son necesarios para nuestra práctica y apoyan las funciones básicas.

**Por ejemplo:**

Los miembros del equipo de mejora de la calidad pueden usar información de su expediente médico para acceder a la atención y los resultados en su caso y otros similares. Esta información será utilizada para mejorar continuamente la calidad y efectividad del cuidado de la salud y el servicio que ofrecemos y para reducir los costos del cuidado de la salud.

- **reminders- cita** Podemos revelar información médica para proporcionar recordatorios de citas (por ejemplo, que poner en contacto al número de teléfono que ha provisto para nosotros y dejando un mensaje como un recordatorio de cita.)
- **Decedents-** Conforme a la ley, podemos divulgar información médica a un médico forense, o la dirección funeral.
- **trabajadores de Compensación de la** Podemos divulgar información de salud a la medida autorizada por y necesario para cumplir con las leyes relativas a la compensación del trabajador u otros programas similares establecidos por la ley.
- **Salud pública-**Como es requerido por la ley, podemos divulgar su información médica para la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- **Investigación-** Podemos revelar información a investigadores cuando su investigación ha sido aprobada y el investigador obtuvo una dispensa requerida de la Junta de Revisión Institucional / Junta de Privacidad, que ha revisado la propuesta de investigación.
- **Obtención de Órganos Organization-** Conforme a la ley, podemos divulgar información médica a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades involucradas en la adquisición, almacenamiento o trasplante de órganos para la donación y el trasplante.
- **UNAs solicitada de la Ley-**Podemos revelar información médica según lo requiera la ley. Esto puede incluir reportar un crimen, en respuesta a una orden judicial.
- **Funciones- Gobierno especializada** Podemos revelar su información para actividades de seguridad nacional e inteligencia asuntos militares y de veteranos o.
- **Socios de negocio-**Hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través de contactos con socios comerciales. Algunos ejemplos son los servicios de facturación o de transcripción que pueden utilizar. Debido a la naturaleza de los servicios asociados de negocios, que deben recibir información sobre su salud con el fin de realizar los trabajos que les hemos pedido que hagan. Para proteger su información de salud, sin embargo, cuando se contratan estos servicios requerimos los socios de negocios para custodiar adecuadamente segura su información.
- **Marketing-práctica** Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted (por ejemplo: Para notificarle de nuevos ensayos o servicios que pueden ofrecer)
- **Food and Drug Administration (FDA) -** Podemos divulgar la información de salud de la FDA con respecto a los eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos en el producto, o la información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir la retirada, reparación y reemplazo.
- **Representante personal-** Podemos usar o revelar información a su representante personal (persona legalmente responsable de su cuidado y autorizada para actuar en su nombre en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica.

- **Al anuncio de una grave amenaza para la salud / seguridad**-Podemos revelar su información cuando creemos de buena fe, que esto es necesario para evitar una amenaza grave para su seguridad o la de otra persona. Esto puede incluir los casos de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **La comunicación con Familia**- A menos que se oponga, podemos divulgar información sobre su salud a una organización que presta asistencia en caso de desastre.
- **Alivio de desastres**- A menos que se oponga, podemos divulgar información sobre su salud a una organización que presta asistencia en caso de desastre.

Para todas las operaciones no rutinarias, obtendremos su autorización por escrito antes de revelar su información personal. Además, tenemos mucho cuidado para proteger su información de todas las maneras que podemos. REVISADO 08/01/2018