



INFORMACIÓN DEL PACIENTE NUEVO			
Apellido, Nombre		Fecha de Nac.	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Dirección		Apt#	Número de Seguro Social
Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección de Correo Electrónico
INFORMACIÓN DEL PADRE/ ENCARGADO LEGAL			
Nombre de la Madre		Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Número de Teléfono Móvil		Número de Teléfono del Trabajo	Lugar de Empleo/ Ocupación
Nombre del Padre		Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Número de Teléfono Móvil		Número de Teléfono del Trabajo	Lugar de Empleo/ Ocupación
INFORMACIÓN DE PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre	Número de Teléfono	Teléfono Móvil	Relación al Paciente
INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO			
Compañía de Seguro Médico		Número de Teléfono de la Compañía de Seguro Médico	
Nombre del Asegurado Principal		Relación del Asegurado Principal al Paciente (Circular Uno) Padre/ Mismo / Otro: _____	
Número de Póliza (ID#):		Número de Grupo (Group #):	
Dirección de la Compañía de Seguro Médico		Ciudad y Estado	
¿Quién, si alguien además del padre o encargado legal, tiene permiso a traer al niño(a) a LOOP Pediatrics en su ausencia, y a tomar decisiones en relación al tratamiento médico, incluyendo exámenes diagnósticos?		<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí, los siguientes individuos:
Nombre	Relación al Paciente		
Nombre	Relación al Paciente		
Nombre	Relación al Paciente		

Por éste medio certifico que la información proveída anteriormente es correcta. Por este medio elimino a LOOP Pediatrics, sus empleados y personal clínico de toda responsabilidad por resultados adversos causados por mi autoridad para tartar, revelar, y discutir información con los individuos antes nombrados en relación al cuidado y expediente médico de mi hijo(a).

Firma del Padre/ Encargado Lega y Persona Responsable Financieramente: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_



**\*Favor de completar TODOS los espacios**

**Historial del Paciente**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
Mencione a todas las personas que viven con el paciente presentemente:

Nombre	Edad	Relación al Paciente	Preocupaciones de Salud

**Idioma[s] hablado[s] en la casa:**

Inglés     Español     Portugués     Francés     Creóle     Urdú     Chino  
 Otro[s] (comenzado por el más hablado): \_\_\_\_\_

**Etnicidad:**     Hispano     Prefiero no contestar     Otro: \_\_\_\_\_

**Raza:**

Asiático     Americano/Indio Nativo     Negro     Blanco     Hawaiano Nativo     Islas del Pacífico     Prefiero no contestar

**Alergias:** (mencionar qué tipo de reacción)

Medicamento[s]: \_\_\_\_\_  
 Comida[s]: \_\_\_\_\_  
 Otro[s]: \_\_\_\_\_

**Historia Natal del Paciente**

¿Dónde nació el paciente? (Hospital y Cuidad) \_\_\_\_\_  
Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Estatura al nacer: \_\_\_\_\_ Edad Gestacional(¿cuántas semanas?): \_\_\_\_\_  
 Parto de Cesárea     Parto Natural (vaginal)  
 Problemas/complicaciones (mencione): \_\_\_\_\_

**Historial Médico Familiar (Marque y circule todos los que apliquen)**

Enfermedad del Corazón:  
Madre Padre AbuelaMaterna AbueloMaterno AbuelaPaterna AbueloPaterno Tía Tío Hermana Hermano  
 Asma: Madre Padre AbuelaM AbueloM AbuelaP AbueloP Tía Tío Hna Hno  
 Cáncer: Madre Padre AbuelaM AbueloM AbuelaP AbueloP Tía Tío Hna Hno  
Tipo of Cáncer: \_\_\_\_\_  
 Diabetes: Madre Padre AbuelaM AbueloM AbuelaP AbueloP Tía Tío Hna Hno  
 Quiste en el Ovario: Madre Padre AbuelaM AbueloM AbuelaP AbueloP Tía Tío Hna Hno  
 Tiroide: Madre Padre AbuelaM AbueloM AbuelaP AbueloP Tía Tío Hna Hno  
Tipo de Condición de Tiroide: \_\_\_\_\_  
 Otro[s] (mencione): \_\_\_\_\_



**\*Favor de completar TODOS los espacios**

**HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE (Marque todos los que apliquen)**

¿El paciente ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas alguna vez?: (Marque todas las que apliquen)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ ADHD                   | <input type="checkbox"/> Convulsiones (Epilepsia)    |
| <input type="checkbox"/> Alergias (Rinitis Alérgica) | <input type="checkbox"/> Diabetes                    |
| <input type="checkbox"/> Anemia                      | <input type="checkbox"/> Eczema (Dermatitis Atópico) |
| <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Obesidad                    |
| <input type="checkbox"/> Autismo                     | <input type="checkbox"/> Parálisi Cerebral           |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis/ Croup           | <input type="checkbox"/> PresióAlta                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                      | <input type="checkbox"/> Pulmonía                    |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones (Epilepsia)    | <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo    |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis                | <input type="checkbox"/> Sinusitis                   |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                   | <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal            | <input type="checkbox"/> Varicela (Fecha: _____)     |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto             | <input type="checkbox"/> Otro: _____                 |

Me gustaría discutir las siguientes preocupaciones con el doctor:

---

---

---

**Historia de Operaciones o Cirugías**

- Amígdalas     Adenoides     Reparación de Hernia Inguinal     Tubos en los Oídos  
 Operación del Corazón \_\_\_\_\_  Reparación de Hueso[s] Roto[s] \_\_\_\_\_  
Otro[s]: \_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones:**     Ninguna     Sí

Razón (si alguna): \_\_\_\_\_

Fecha[s]: \_\_\_\_\_

**Medicamentos**

Medicamentos Diarios (incluya dosis): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos tomados hoy: \_\_\_\_\_

**Historia Social**

Cuido     Escuela (Grado: \_\_\_\_\_)

Mascotas: Perro[s]: \_\_\_\_\_ Gato[s]: \_\_\_\_\_ Otro[s]: \_\_\_\_\_

Relativos que fuman en la casa o fuera: \_\_\_\_\_

**Hábitos** (si el paciente es >13 años de edad)

- No fuma  
 Fuma: Tabaco     Otro: \_\_\_\_\_

**Farmacia\*\* (Muy Importante! Sus recetas serán enviadas electrónicamente a la farmacia de su preferencia en un futuro cercano. Necesitamos como mínimo el número telefónico de su farmacia.)**

CVS     Walgreens     Publix     Target     Wal-Mart     Otro: \_\_\_\_\_

Número telefónico (incluya código de área): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_



Office: 407-483-5900  
Fax: 407-483-5902  
[looppediatrics@gmail.com](mailto:looppediatrics@gmail.com)

1144 Cypress Glen Circle  
Kissimmee, FL 34741  
[www.looppediatrics.com](http://www.looppediatrics.com)

**Dr. Sanjay Mehra**

\*\*\*\*\*PLEASE MAIL OR E-MAIL THE RECORDS IF MORE THAN 20 PAGES\*\*\*\*\*

**Medical Release**

I, \_\_\_\_\_ (Parent/Legal Guardian), hereby authorize Loop Pediatrics to:

\_\_\_\_\_ Release Copies of the medical records of my child

\_\_\_\_\_ (Patient name, DOB, and SSN) to:

\_\_\_\_\_ Obtain copies of the medical records of my child

\_\_\_\_\_ (Patient name, DOB, and SSN) from:

Name of Facility and/or Physician		Phone Number/ Fax Number
Address		
City	State	Zip

**THE FOLLOWING:**

- Hospital records including Hx & Phys and Discharge Summaries from the dates: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_
- Emergency Room Notes from the period: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_
- Diagnostic Tests and Labs
- Immunization Records (Please fax Immunization Records, All other requested records may be sent by mail)
- Office Notes from this period: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_
- Complete Medical Record

**PURPOSE OF DISCLOSURE:**

- Referral to Specialist
- Change of Physician
- Continuing Care
- Insurance
- Workers Comp
- Personal
- Legal Investigation
- Disability Determination/SSI
- Other, Please specify: \_\_\_\_\_

**INFORMATION TO BE EXCLUDED, NOT RELEASED:**

- Mental Health Records
- Sexual Assault/ Victimization Records
- Other, please specify: \_\_\_\_\_
- HIV Testing
- Drug Alcohol Treatment

I hereby authorize disclosure of the health information for the above name patient. This authorization is valid for 12 months from the date of signature. I understand that I may cancel this request with written notification but that it will not affect any information released prior to notification of cancellation. I understand that the information used or disclosed may be subject to re-disclosure by the person or class of persons or facility receiving it and would then no longer be protected by federal regulations. I understand that the medical provider to whom this is furnished may not condition its treatment of me on whether or not I sign the authorization.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PARENT/LEGAL GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
RELATION TO PATIENT

\_\_\_\_\_  
DATE



## AVISO DE PÓLIZA DE PRIVACIDAD

Ésta notificación describe cómo la información médica de su niño(a) (como paciente de este consultorio) o usted (como paciente de este consultorio) puede ser utilizada, revelada, y/o accesada. Favor de leer cuidadosamente.

### NUESTRO COMPROMISO A LA PRIVACIDAD

Loop Pediatrics está dedicado a mantener la protección de la información privada de sus pacientes (PHI). La ley nos requiere que mantengamos confidencial la información médica de los mismos. La ley también nos requiere a proveer a nuestros pacientes con este aviso de nuestras responsabilidades legales y el compromiso a la privacidad que mantenemos en nuestro consultorio (PHI). Nos reservamos el derecho de enmendar nuestro aviso. Por orden de la ley federal y estatal, debemos seguir los términos de la Póliza de Privacidad que tenemos en efecto al momento.

### USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PRIVADA DEL PACIENTE (PHI)

Nuestro consultorio podría utilizar y revelar parte de la información privada del paciente (PHI) para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de negocio. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en las que podríamos utilizar y/o revelar PHI para éstos propósitos:

- Tratamiento
- Finanzas
- Operaciones de Cuidado Médico
- Revelación de Información Compartida
- Derechos de Menores y Representantes Personales
- Revelación de Información a Compañeros de Negocio
- Revelación de Información Por Requerimiento Legal
- Propósitos de Investigación
- Propósitos de Mercadeo

### SUS DERECHOS A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene los siguientes derechos en relación al PHI que mantenemos de usted o su niño(a):

- Solicitar Restricciones del PHI
- Inspección y Copias del PHI
- Enmiendas al PHI
- Contabilidad de Revelaciones
- Derecho a una copia en papel de éste aviso
- Derecho a una querrela
- Derecho a Proveer una Autorización a Otros Usos y Revelaciones

Si usted tiene alguna pregunta sobre cualquiera de nuestras pólizas de privacidad, favor de contactar al Dr. Sanjay Mehra al 407-483-5900.

Hé leído el aviso de las pólizas de privacidad de éste consultorio, el cual explica cómo mi información médica podría ser utilizada y/o revelada. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de éste aviso.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Letra de Molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Padre o Encargado Legal del Paciente  
(La firma de el/la encargado(a) es requerida si el paciente es menor de edad o está incapacitado para firmar)

\_\_\_\_\_  
Relación del Representate con el Paciente



# PÓLIZAS FINANCIERAS Y DE SEGUROS MÉDICOS

FAVOR DE **PONER SUS INICIALES EN CADA LÍNEA DESPUÉS DE LEER, ENTENDER, Y ESTAR DE ACUERDO CON TODAS LAS PÓLIZAS ESCRITAS EN ÉSTA PÁGINA.**

\_\_\_\_\_  
Por éste medio autorizo el pago directo de mis beneficios médicos a Loop Pediatrics por los servicios recibidos de los doctores o de la organización; entiendo que soy responsable de cualquier balance no cubierto por mi seguro médico.

\_\_\_\_\_ Reclamos no pagados a tiempo (60 días) por mi compañía de seguro son mi completa responsabilidad.

\_\_\_\_\_ Cualquier cargo de co-pago, deducible y servicios no cubiertos deberá ser recibido al momento de la visita por completo. Cualquier otro arreglo de pago deberá ser hecho con nuestro departamento financiero 24 horas antes de la cita.

\_\_\_\_\_ Cualquier cheque devuelto por el banco tendrá un cargo de penalidad a la cuenta del paciente de \$25. Éste cargo será eliminado si el cheque fué devuelto por error del banco, siempre y cuando se provea la documentación adecuada para sostener el error. El cheque devuelto y el cargo de penalidad deberán ser pagos en efectivo, con tarjeta de crédito, o con giro postal. Si el cheque devuelto fue usado para pagar por más de un paciente, el cargo de \$25 se aplicará a la cuenta de cada uno de los pacientes por los cuales el cheque fué dado. Cuentas de un paciente en negativo por causa de un cheque devuelto son debidas y deberán saldarse de inmediato.

\_\_\_\_\_ Soy responsable de solicitar cualquier orden y /o referido necesario antes de ver a algún especialista, y/o antes de realizar cualquier exámen diagnóstico, procedimiento, o radiografías. Cuando sea posible, éstos deben ser solicitados con al menos 2 díasde anticipación a mi cita con el especialista. Está a discreción de Loop Pediatrics si se proveerá o no se proveerá un referido solicitado el mismo día o después de la cita o procedimiento.

\_\_\_\_\_ Los referidos no son garantía de pago de mi seguro o beneficios médicos. Preocupaciones en referencia a pagos denegados por pruebas, procedimientos ordenados, o visitas a proveedores de tercer partido deberán ser dirigidas a mi respectiva compañía de seguro medico.

\_\_\_\_\_ Por este medio autorizo a Loop Pediatrics a revelar cualquier información médica o de algún incidente que sea necesaria tanto para cuidado medico, así como para procesar beneficios financieros.

\_\_\_\_\_ Por éste medio certifico que la información proveída por mí en la solicitud de pago bajo el título XVII del acto de Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier responsable de mi información, ya sea médica u otra, a revelar a la administración de seguro social o sus intermediarios cualquier información necesaria para éstos propósitos, propósitos en relación a Medicaid/ Medicare, o en relación a reclamos del seguro médico. Por éste medio asigno y transfiero a los médicos u organización encargada de los servicios de todos mis derechos, título e interés del reembolso de mis beneficios médicos bajo mi póliza de seguro con cualquier y toda compañía de seguro médico, y permito que se utilice una copia de ésta autorización en lugar de la original.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/ ENCARGADO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE LEGAL DEL PADRE/ ENCARGADO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE