

Denver Pediatrics, PC
Gita Sikand, M.D.
Registro de pacientes

Fecha _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Legal _____

Dirección _____ Apt/Unidad # _____

Ciudad _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ SS# (Recibido en la primera visita) M F

Parte responsable: Nombre _____ **SS#** (Recibido en la primera visita) _____

Teléfono residencial _____ Hermanos _____

Nombre de la madre _____ Fecha de nacimiento _____ SS#: (Recibido en la primera visita)

Nombre del Padre _____ Fecha de nacimiento _____ SS#: (Recibido en la primera visita)

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

Tipo de Aseguranza Primaria (HMO/PPO, etc) _____ Nombre del asegurado _____

Relacion del asegurado _____

ID# _____ Grupo _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

Aseguranza secundaria _____

Nombre del asegurado _____ Grupo _____

Contacto de Emergencia _____

Relacion del Paciente _____

Teléfono residencial _____ Trabajo _____

¿A quién podemos agradecer por referirle?

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo / el de mi hijo

Fecha firmada (Va a firmar en la primera visita) _____

Autorización de información médica: Autorizo beneficios médicos a los proveedores mencionados anteriormente . Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta autorización. Acepto pagar todas las tarifas no cubiertas incurridas dentro de los 30 días o mi cuenta puede incurrir en intereses a la tasa de 18% tasa porcentual anual. Además, acepto pagar todos los costos, incluidos los honorarios reales de abogados incurridos por el cobro de mi cuenta.

Fecha del nombre de la parte responsable/padre o tutor legal _____

GITA S. SIKAND, M.D.

Diplomático de la Academia Americana de Pediatría de la Junta Americana de Pediatría

PRE-AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA A LOS NIÑOS

Para las familias que son pacientes en curso de DENVER PEDIATRICS, puede ser más conveniente tener una autorización previa para la atención médica entregada directamente a los menores sin que un padre tenga que estar presente para el tratamiento. Por favor, revise la siguiente autorización forma para el tratamiento y complete la información si desea autorizar dicho tratamiento con anticipación.

AUTORIZACIÓN

Solicito y autorizo a Denver Pediatrics y su personal a brindar atención médica a mis hijos que se nombran a continuación:

POR FAVOR, IMPRIMA

_____ NOMBRE DEL NIÑO	_____ FECHA DE NACIMIENTO
_____ NOMBRE DEL NIÑO	_____ FECHA DE NACIMIENTO
_____ NOMBRE DEL NIÑO	_____ FECHA DE NACIMIENTO
_____ NOMBRE DEL NIÑO	_____ FECHA DE NACIMIENTO

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a traer a mis hijos para recibir atención médica en mi ausencia:

_____ NOMBRE	_____ RELACIÓN DE NOMBRE
_____ NOMBRE	_____ RELACIÓN DE NOMBRE
_____ NOMBRE	_____ RELACIÓN DE NOMBRE

NOTA: Si hay alguna relación parental o de custodia especial custodia de uno de los padres solamente, custodia / tutela legal con no padres, etc. por favor, explique en el espacio a continuación con su firma y número de teléfono donde puede ser contactado.

(SIGNATURE) FECHA DE FIRMA

DATE

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

DENVER PEDIATRICS
9141 GRANT STREET, SUITE 115
THORNTON, CO 80229
303-920-9000
303-920-4000 Fax

FORMA DE RECONOCIMIENTO

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo.

Nombre del padre/tutor legal/Impresión: _____

Firma del Tutor Legal de los Padres: _____

Nombre del niño : _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

DENVER PEDIATRICS
Gita Sikand, M.D., FAAP
9141 Grant Street, Suite 115
Thornton, CO 80229

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PARA
TRATAMIENTO, PAGO O OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA**

NOMBRE DEL PACIENTE _____
FECHA DE NACIMIENTO _____

Entiendo que como parte de mi atención médica, esta organización origina y mantiene registros de salud que describen mi historial de salud, síntomas, examen, resultados de pruebas, diagnóstico y tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento futuro.

Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar mi atención y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura.
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados se proporcionaron realmente
- Una herramienta para las operaciones sanitarias rutinarias, como la evaluación de la calidad de la atención y la revisión de la competencia de los profesionales sanitarios.

Entiendo que tengo el derecho:

- Oponerse al uso de mi información de salud para fines de directorio.
- Solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas.
- Revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas en base a ello.

solicito las siguientes restricciones para el uso o divulgación de mi / la información de salud de mi hijo:

PACIENTE : _____
SOLO USO DE OFFICE
<input type="checkbox"/> ACEPTADO _____ Fecha del título de la firma
<input type="checkbox"/> NEGADO

Denver Pediatrics

Cuestionario pediátrico del paciente completado por: _____

Nombre del niño: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

?Algun fumador en la casa? S N

?Alguna pistola en la casa? S N

Immunizations

Vacunas actualizadas? S N

Tiene un registro de disparo? S N

Hospitalizaciones? S N

 Donde: _____

 Cuando: _____

 Por que: _____

Enumere las lesiones graves: _____

Allergies

Alergia a algun medicamento? S N

Alergia a comidas? S N

Alergia a animales? S N

Alergia a picada de insecto? S N

Cuales medicamentos toma? _____

Historial Medico

Reflujo/GERD S N

ADHD S N

Anemia S N

Asma S N

Autismo S N

Infeccion de orina S N

Paralisis Cerebral S N

Retraso Mental S N

Eczema S N

Environmental Allergies S N

Food Allergies S N

Fracture S N

Hearing Problems S N

Heart Murmur S N

Obesity S N

Convulsiones S N

Problemas de vista S N

Otro historial medico: _____

Historial de Cirugia

Adenoides Removidas S N

Apendectomia S N

Circuncion S N

Tubos en el oido S N

Cirugia en los ojos S N

Fracturas S N

G Tube S N

Cirugia del corazon S N

Reparo de Hernia S N

Funduplicatura de Nissen S N

Amigdalectomia S N

Derivación VP S N

Historial Familiar

Escriba el nombre de la persona, su estado (vivo o fallecido) y marque la casilla correcta que corresponda a esa persona.

Nota: Abuela Mat.: Abuela Maternal, **Abuelo Mat.:** Abuelo Maternal, **Abuela Pat.:** Abuela Paternal, **Abuelo Pat.:** Abuelo Paternal

Relationship	Nombre	Status	Abnormal Lipids	Alcohol/Drug Abuse	Allergies	Arthritis	Asthma	Blood Disease	Cancer	Diabetes	Excema	Gastrointestinal (GI)	Genetic Disorder	Heart Disease	Hypertension	Lung Disease	Neurological Diagnosis	Psychiatric Disorder	Stroke	Thyroid Disease	Other
Madre																					
Padre																					
Hermana																					
Hermano																					
Abuela Mat.																					
Abuelo Mat.																					
Abuela Pat.																					
Abuelo Pat.																					
Madres Tia																					
Madres Tio																					
Padres Tia																					
Padres Tio																					
Other																					

Historial de nacimiento

Altura: _____ Peso: _____ Edad gestacional: _____
 Tipo de nacimiento: _____ Método de alimentación: _____

Cigarrillo/vapeo

Actual todos los días	S	N	Usuario: estado actual desconocido	S	N
A veces todos los días	S	N	Usuario: estado actual desconocido	S	N
Ex usuario	S	N	Nunca usado	S	N
Nunca evaluado	S	N			

Exposición Pasiva	S	N	Condimento	S	N
Consejería dada	S	N	Desechable	S	N
Nicotina	S	N	Prellenado	S	N
THC	S	N	Tanque recargable	S	N
CBD	S	N	Cápsula precargada	S	N

Para enviar este formulario, elija la mejor opción para usted.

Opción 1

Imprima formularios usando el botón a continuación, traiga los formularios completos a su cita.

Opción 2

Guarde los formularios en su computadora como PDF. Envíe los formularios por correo electrónico como un archivo adjunto a pformsdpeds@aol.com

¡Gracias! ¡Esperamos su cita!