

Connecticut Otorrinolaringología Pediátrica

David E. Karas, MD • Eric D. Baum, MD • Rounak Rawal, MD • Lyuba Gitman, MD
Wendy Mackey, APRN • Lisa Gagnon, APRN • Melissa Dziedzic, APRN • Julie Ward, APRN

- Traiga la tarjeta de seguro de su niño y la forma de referencia (si es necesario) a cada visita.
- Co-pagos deben ser pagados en su totalidad en el momento de la cita.
- Favor de traer todas las pruebas importantes y los rayos X también.

Fecha: ___/___/___ Persona completando este formulario _____

Nombre Del Paciente: _____

Primer

Apellido

Apodo

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Género: Nino Nina

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono: (circule el mejor número para localizarlo durante el día)

Casa: () _____ Celular: () _____

Trabajo: () _____ Otro: () _____

Correo electrónico (no compartiremos esto con nadie): _____

Marque si desea que le comuniqué por correo electrónico para...

Recordatorio de sus citas Seguimiento clínico

Nombre de su farmacia: _____ Calle y Ciudad: _____

Escuela o guardería: _____ Grado: _____

Intereses especiales, hobbies, actividades extracurriculares: _____

Información de los padres (por favor marque): Madre Padre Madrastra Padrastro _____

Nombre: _____ Vive con el paciente? Si No

Empleado: _____ Ocupación: _____

Información de los padres (por favor marque): Madre Padre Madrastra Padrastro _____

Nombre: _____ Vive con el paciente? Si No

Empleado: _____ Ocupación: _____

Nombre y edades de otros niños en la familia: _____

Pediatra o proveedor de atención primaria: _____

Nombre

Dirección

Teléfono

Nombre de otros Doctores, Especialistas, etc. Envueltos en el cuidado de su hijo: _____

Quien le refirió a nuestra oficina? Pediatra _____ Usted _____ Otro _____

Historia Médica

Nombre Del Paciente: _____

Cuál es el problema que usted está aquí hoy? _____

Cuando le empezó este problema? _____

Ha Habido algún tratamiento para este problema aun? _____

Medicamentos (dosis, si se conoce) que está tomando el niño? _____

Medicamentos y alergias a los alimentos y la reacción que se produce? _____

Hospitalizaciones durante la noche y porque? _____

Cirugías anteriores? _____

Peso del paciente _____ lbs (o) _____ kg.

Esta su niño al día con sus vacunas? Sí _____ No _____

Su hijo ha sido diagnosticado o tratado por problemas en cualquiera de los siguientes sistemas del cuerpo?

Favor de explicar: _____

OJOS	Problemas de visión / Estrabismo Tratamiento:
OIDO, NARIA Y GARGANTA	Infecciones del oído frecuentes / Perdida de la audición / Zumbido / Infecciones de los Sinus / Respiración con la boca / Ronquido o Dificultad para tragar / Laringitis Estreptocócica frecuenté o Tonsilitis / Problemas de la voz / Problemas del habla y Retraso en el lenguaje Tratamiento:
CORAZON	Soplos anormales / Defectos cardiacos Tratamiento:
RESPIRATORIO Y PULMONES	Sibilansas / Asma / Grupa / Neumonía recurrente / Tos excesiva / bronquiolitis RSV /Bronquitis Tratamiento:
GATRO- INTESTINAL (GI)	Dificultades en la alimentación / Reflujo gastroesofágico y enfermedades del hígado / Hepatitis / Colitis / Vómitos / Diarrea / Dolor de estómago frecuenté Tratamiento:
ENDOCRINO	Diabetes / Tiroides / Sed o hambre excesiva / Lento o excesivo crecimiento Tratamiento:
URINARIAS Y EL RINON	Infección urinaria / Problemas del riñón / Mojar la cama Tratamiento:

MUSCULOESQUELETICO / ARTICULACIONES Y HUESOS	Artritis / Fracturas (innuendo fractura nasal) / Debilidad muscular / Cojera Tratamiento:
NEUROLOGICO Y EL CEREBRO	Dolores de cabeza / Migrañas / Ataques / Convulsiones otics motores / Autismo / Retraso en el desarrollo penetrante (PDD) / Meningitis / Desmayos o mareos / Parálisis cerebral (PC) / Lesión o traumatismo de cráneo Tratamiento:
PSICOLOGICO Y DE COMPORTAMIENTO	Depresión / TDA / Hiperactividad / Problema de drogas / Trastornos psiquiátricos Tratamiento:
PIEL	Eccema / Erupciones recurrentes / Colmenas Tratamiento:
HEMATOLOGICAS	Anemia / Tendencia al sangrando / Trastorno de la sangre / Linfoma / Leucemia / Enfermedad de células falciformes Tratamiento:
ALERGIA Y IMMUNOLOGIA	Inmunodeficiencia / VIH / SIDA / Alergias ambientes Tratamientos:
ANOMALIAS CONGENITAL Y PROBLEMAS GENETICAS	Síndrome / Desarrollo facial anormal / Labio leporino o paladar hendido / Anormalidad craneofacial Tratamiento:

Historial Médico Familiar

Hay algún miembro de la familia que el paciente ha experimentado problemas con cualquiera de los siguientes?

En Caso afirmativo, especifique quien (relación con el paciente) y explicar el problema:

Problemas de sangrado: _____

Problemas con la anestesia: _____

Oídos / Nariz / Garganta cuestiones: _____

Genéticos y cuestiones cromosoma: _____

Cuestiones audiencia: _____

Acuerdo Financiero

Es el paciente o la responsabilidad del paciente / guardián para pagar por los servicios prestados. Si el paciente o guardián nos proporciona la información actual de seguro de salud, vamos a procesar el reclamo directamente con la compañía de seguros. Aceptamos efectivo, cheques personales, tarjetas Visa Y MasterCard.

Cuando sea necesario, haremos nuestro mejor esfuerzo para elaborar acuerdos financieros satisfactorios para el paciente y esta práctica médica. Una vez que se haga un arreglo, el paciente o avalista se espera que siga ese plan de pago.

Declaración de Privacidad

Un aviso de prácticas de privacidad está disponible para todos los pacientes y se puede encontrar en la oficina. Nuestra política de privacidad y gestión de la información están en conformidad con las leyes aplicables, incluyendo La Portabilidad del Seguro de Salud y Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPPA).

Al firmar en la parte inferior de esta página, usted autoriza a Connecticut Otorrinolaringología Pediátrica, LLC a dar cualquier información relacionada al examen, el tratamiento, la historia y los gastos médicos a mi compañía de seguros con fines de procesamiento de reclamos. Este comunicado puede incluir una revisión, copia y / o transferencia electrónica de documentos para su examen o el pago de reclamaciones por el asegurador.

Autorización para el Acceso / Divulgación de Información

Yo autorizo a Connecticut Otorrinolaringología Pediátrica, LLC y puesto en libertad entidades para obtener Información de los que han participado directamente en el cuidado de mi hijo en lo que respecta a su cuidado continuo en Connecticut Otorrinolaringología Pediátrica, LLC.

Información que se entregara obtenidos (verbal o por escrito) como sigue:

Fechas del servicio: todos los registros médicos o (Indicar fechas): _____

Propósito de la divulgación: la coordinación de la atención médica o (especificar) _____

- Entiendo que esta autorización expirara un año después de haber firmado el formulario o el marco de otra época tal como se especifica.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a una solicitud de escritura, y será efectiva en la fecha notificada, salvo en la medida de acción ya se ha tomado con el mismo.
- Entiendo que la información usada o revelada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta por el beneficiario y puede no estar protegida por las leyes de privacidad.
- Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario para recibir tratamiento o el pago de mi cuidado.
- Entiendo que puede haber un cargo por una copia de mi expediente médico.

Por la presente certifico que he leído el acuerdo financiero, declaración de privacidad y autorización de acceso / difusión de información. Estoy de acuerdo en aceptar la plena responsabilidad financiera para el pago de los gastos generados por el paciente en cuestión, incluidos los gastos de recogida y una tasa razonables de abogados incurridos en el cobro de cualquier cantidad no pagada, según sea necesario. También estoy de acuerdo con las especificaciones de la liberación de privacidad y autorización para divulgar información.

Firma del padre / madre / guardián legal / persona autorizada: _____ Fecha: _____