



Queridos Padres:

Bienvenidos a Healing Hearts Pediatrics, PLC. Estamos felices de tener la oportunidad de cuidar la salud y bienestar de sus hijos y deseamos hacer el cuidado medico de su hijo/a lo mas facil y agradable. Queremos decirle un poco sobre nuestra clinica y darle informacion importante en esta carta.

Nuestro horario es de Lunes a Viernes de 8am a las 5pm con almuerzo de 12pm a 1:30pm. Tenemos algunas citas despues de nuestro horario regular de Lunes a Jueves. Tambien tenemos alguns citas unos Sabados al mes. Si su hijo/a tiene algun problema de urgencia que no se puede esperar hasta el proximo dia de negocio, una de las doctoras o enfermeras siempre estan disponibles para consultar el problema. Si es una emergencia que amenaza la vida pedimos que llame al 911. Cuando llame a nuestro numero de telefono principal, siga las instrucciones y deje un mensaje con nuestro servicio de recepcion. Su llamada sera enviada a la persona apropiada y les llamaremos lo mas pronto possible.

Tenemos unas cuantas formas que necesitamos que llenen hoy o antes de su primer cita con nosotros. Entendemos que es vastante informacio pero nos ayudara a poder darle mejor cuidado medico a su hijo/a, por favor complete la forma lo mejor a su habilidad. Puede completar estas formas y mandarlas por fax o traer las en el dia de su cita. Nuestro numero de fax es (480)821-2210.

Nosotros creemos que las vacunas son muy importantes y tenemos una lista de las vacunas que su hijo/a recibira en nuestra oficina. Estas vacunas les dara proteccion por vida contra unas enfermedades horribles que incluyen enfermedad del igado, neumonia, meningitis y muchas otras. Nosotros apoyamos y usamos las guias de Vacunas de La Academia Americana de Pediatras y el Centro de Control de Enfermedades. Esta parte fundamental protege a todos nuestros pacientes incluyendo recien nacidos que no an recibido vacunas. Debido a que an suvido la frecuencia de enfermedades prevenibles con vacunas. Nuestra oficina a decidido no recibir ninos de padres que no vacunan. No tenemos la capacidad en Nuestras oficinas para mantener los paciente infectados con estas enfermades separados de los demas pacientes. Por favor consideren esta informacion cuando estan escojiendo su Pediatra.

Por favor sientase libre de hacerle preguntas a nuestros doctores o los de mas empleados y deseamos que disfruten nuestro cuidado aqui en Healing Hearts Pediatrics,PLC

Esperamos poder servirles y darles el mejor cuidado a sus hijos.

Sinceramente,

Healing Hearts Pediatrics, PLC

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre (apellido, Primer nombre, Inicial del Segundo nombre)		SSN#	Fecha de Nacimiento	Sexo
Direccion		Ciudad, Estado, Codigo Postal		
# de telefono	# adicional/celular	El paciente tiene familia en esta oficina? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nombre de Los Hermanos:	
Estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	Fumador(Si Aplica) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Apellido de Mama		

INFORMACION DE PADRE/MADRE(PADRE Y/O GUARDIAN DEL PACIENTE QUE VIVE CON USTED)

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)		SSN#	Fecha de Nacimiento	Sexo
Direccion		Ciudad, Estado, Codigo Postal		
#de telefono	#adicional/celular	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Empleador	Numero de Telefono de Trabajo	Relacion con el Paciente		
Correo Electronico:				

INFORMACION DE PADRE/MADRE

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo apellido)		SSN#	Fecha de Nacimiento	Sexo
Direccion		Ciudad, Estado, Codigo Postal		
#de telefono	#adicional/celular	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Empleador	Numero de Telefon de trabajo	Relacion con el Paciente		

SEGURO MEDICO

Nombre de la compania de seguro		Numero de Poliza	Numero de grupo
Nombre del dueno de la aseguransa		Relacion del asegurado con el paciente	
Fecha de nacimiento del asegurado	Sexo	Empleador	
Su porcion de pago	Deducible (Si aplica)	Numero de S.S. del asegurado	

SEGUNDO SEGURO MEDICO

Nombre de la compania de seguro		Numero de poliza	Numero de grupo
Nombre del dueno de la aseguransa		Relacion del asegurado con el paciente	
Fecha de nacimiento del asegurado	Sexo	Empleador	
Su porcion de pago	Deducible (Si aplica)	Numero de S.S. del asegurado	

<p><u>Idioma principal</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Desconocido/No Esta Reportado</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p><u>Raza</u></p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano</p> <p><input type="checkbox"/> Mas de una Raza <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o otra Isla Pacifica</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido/No Esta Reportado</p>	<p><u>Quien los referio a nuestra oficina:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Amigo</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Doctor, Nombre _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Internet/ Aseguransa</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p><u>ETNICIDAD</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o Latino</p> <p><input type="checkbox"/> No es Hispano o Latino</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido/No Esta Reportado</p>
--	---

POLIZA DE FINANCIAMIENTO

Gracias por eliger **Healing Hearts Pediatrics P.L.C** para el cuidado médico de sus hijos. Estamos confiados en que proporcionaremos una buena asistencia médica y de calidad para sus niños. Para evitar malos entendidos, nuestra oficina ha adoptado la siguiente política financiera. Requerimos que usted la lea y este de acuerdo a obedecerla antes de empezar el tratamiento.

Seguro

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No podemos mandar la cuenta eficientemente a su compañía de seguros a menos que usted nos provea la información actual y válida del seguro. Archivaremos demandas a esos planes con los cuales tengamos un acuerdo contractual. Como cortesía, archivaremos demandas

a esos planes con los cuales no tenemos un acuerdo contractual como no asignado y la compañía de seguros le enviará el pago directamente a usted, por lo tanto el pago total se esperara al terminar la consulta.

Todos los planes de salud no son iguales y no cubren siempre lo mismos servicios o instalaciones. En caso que su plan de salud determine que no cubre los servicios prestados usted sera encargado de responder por la cuenta. Esta oficina no es responsable de disputar las decisiones tomadas por su compañía de seguros con respecto a cobertura.

El pago para de los servicios prestados es esperado el dia 1 del mes despues de que haya recibido su cuenta.

Esperamos que usted se familiarice con las ventajas y limitaciones de su póliza de seguro incluyendo: la cantidad deducible y del co-pago así como laboratorios, instalaciones de la radiología, y hospitales aprobados por su plan. Es su responsabilidad notificar a nuestra oficina cuando su compañía de seguros o servicios cambien. Cualquier costo causado a esta oficina que se demuestre que haya sido por error suyo porque nos proporciono la informacion incorrecta sera cargado a su cuenta..

Si usted tiene cobertura de seguro con un plan en el cual, Healing Hearts Pediatrics no participa o usted no tiene actualmente ningún seguro médico, los cargas de cuidado y tratamiento de los niños son pagaderos a la hora del servicio, a menos que arreglos financieros anteriores hayan sido programados llamando a nuestra oficina al 480-821-1400 y hablando con Janet Forrest nuestra Supervisora.

Pacientes que No Tienen Seguro Medico

Si usted no tiene Seguro Medico Healing Hearts Pediatrics a implementado una escala de pago, para aquellos pacientes que esten en necesidad de ver al doctor inmediatamente y no tengan seguro medico. Cabe aclarar que este servicio sera unica y exclusivamente para servicios a pacientes enfermos de ninguna manera se aplica a visitas anuales o chequeos generales. Este servicio esta basado en cuantas personas conforman la familia y de acuerdo al salario anual de los Padres del paciente. El formulario se podra pedir en cualquier momento, pero tendra que llenarse antes de su cita.

Deducibles/Copagos/Pagos

Nuestros contratos de seguro nos requieren recoger cantidades y co-pagos deducibles a la hora del servicio. Estas cantidades serán colectadas antes del servicio prestado. Para su conveniencia aceptamos VISA, MasterCard, cheques y efectivo. Si su cheque es devuelto por no tener fondos suficientes, le sera cargado el costo del servicio que nuestra oficina tengamos con nuestro banco.

Favor de notar, un copago de visita sera aplicado si su hijo(a) require alguna atencion medica adicional (por ejemplo: problema pre-existente, enfermedad, anormalidad o un nuevo problema) durante su visita preventiva de fisico o Well Child Care.

Citas

Nuestra meta es proporcionar el mayor cuidado a nuestros pacientes y administrar la mayor disponibilidad posible de nuestros médicos. Es uno de nuestros requerimientos solicitarle llamar y cancelar su cita por lo menos 24 horas antes de la cita programada. Comuniquese por con nuestra oficina inmediatamente usted crea que necesita cambiar o cancelar su cita.

Los pacientes menores de edad

Para todos los servicios prestados a los pacientes menores de edad , el padre y/o el responsable del paciente seran responsables del pago.

Información

Certifico que la información que he dado anteriormente es correcta y también que cualquier cambio a la información de la inscripción será comunicada a Healing Hearts Pediatrics P.L.C. según lo requerido para satisfacer la obligación médica y financiera por los servicios rendidos.

Autorización

Solicito y consiento que mis expedients medicos y los expedients que no esten escritos sean enviados a cualquier doctor al que sea referido, medicos y/o hospitals donde sea enviado por la oficina de Healing Hearts Pediatrics y a mi compañía de seguros o agentes de la misma que deban autorizar algun tratamiento. Entiendo muy bien que mis expedientes médicos pueden contener información privada y doy autorizacion por este medio de divulgar toda la información relacionada con VIH, enfermedades contagiosas, información acerca de drogas o abuso de alcohol, informacion acerca de la salud mental y/o cualquier diagnostico.

Autorizo por este medio el pago directo al médico que atiende cualquier circunstancia medica o de cirugia , si cualquiera del portador de seguro a Healing Hearts Pediatrics. Y si el pago es en efectivo, soy responsable de pagar a la hora de servicio.

Notificación de Health Current

“Reconozco que recibí y leí el Aviso de Prácticas de Información de Salud. Entiendo que mi proveedor de salud participa en Health Current, el intercambio de información sobre la salud de Arizona (HIE – por sus siglas en inglés).”

**Reconocimiento del aviso de la practica privada Y
Conocimiento del Recibo de los derechos y Responsabilidades del
Paciente**

Me han presentado una copia del aviso de la practica privada donde se me explica detalladamente como esta oficina puede utilizar o divulgar la informacion privada de la salud si fuera necesario como lo requiere la ley federal y del estado.

He recibido una copia de los derechos y responsabilidades del paciente **Forma para reportar cualquier inconformidad** por la oficina de Healing Hearts Pediatrics, P.L.C. y entiendo el proceso para reportar incidentes. Tambien entiendo que la copia que me presentaron es para leerla y estudiarla mientras que permanesco en esta oficina y, si asi lo requiero, se me entregara una copia de Los Derechos y Responsabilidades del Paciente y forma para reportar incidentes.

En caso de ausencia autorizo a las siguientes personas a tomas cualquier decision necesaria para la Buena salud de mi hijo(a).

Nombre	Relacion con el paciente

Nombre del Paciente (Letra de Imprenta)

Nombre del Padre o Guandian(Letra de imprenta)

Fecha



**HISTORIAL DEL PACIENTE
INFANCIA, NINEZ, ADOLESCENCIA,**

NOMBRE (apellido, Primer nombre, Inicial del Segundo nombre)		Fecha de Nacimiento
Clinica que estuvo antes (nombre de doctor/oficina)		
Farmacia	Direccion/Calle principal	# de telefono de farmacia

HISTORIAL DE NACIMIENTO DEL NIÑO

Que hospital nacio el bebe?		
Como lo tuvo:	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Cesaria
Hora y minutos de Nacimiento	_____ : _____ AM/PM	
Cuanto tiempo duro su embarazo?	_____ Meses _____ Semanas	
Cuanto Peso y medio al nacer	_____ lbs _____ oz	_____ pulgadas
Tuvo mas de un bebe?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nacio este niño con forsas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Puntos Apgar	_____ 1 min	_____ 5 min
Inyeccion de Vitamina K?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Hepatitis B en el Hospital?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tuvo la prueba de la audicion?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tipo de sangre de Mama?	_____ Positivo	_____ Negativo
Tipo de sangre del Bebe?	_____ Positivo	_____ Negativo
Nacio Amarillo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Fototerapia requerida al nacer (tratamiento con luces)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Necesito Oxigeno el Bebe?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Estuvo en la Unidad de Cuidados Intesivos Neonatal?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____ Dias
Algun defecto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Le tomaron al bebe todas las pruebas de recién nacido?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Medicamentos requeridos al nacimiento del bebe?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Tuvo su Circuncision al nacer?				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Enfermedades o complicaciones de la Madre del Paciente					
Diabetes o azucar en la orina?				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene presion alta u otro problema cardiaco y Si tiene presion alta, fue ocasionada por el embarazo o antes?				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Problemas con el riñon o de orina? _____				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ingirio bebidas alcoholicas?				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Fumo?				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Uso algun tipo de drogas Por favor escibalo: _____				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tomo algun medicamento? Por favor escibalo: _____				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Infecciones Maternal?				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Gonorrea	<input type="checkbox"/> Sifilis	<input type="checkbox"/> Chlamydia	<input type="checkbox"/> Parvovirus	<input type="checkbox"/> B Strep GBS)	<input type="checkbox"/> Rubiola
<input type="checkbox"/> Cytomegalovirus (CMV)			Otras: _____		
Historial del bebe durante su primer año 0-1 año					
Amamanto a su bebe?				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Por cuanto tiempo?				_____ Mes(s)	
Dio leche de tarro?				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Por cuanto tiempo?				_____ Me(s)	
Tuvo algun problema, expliquelo:					
A que edad deajo de amamantar a su bebe:				_____ Edad del Niño	
Leche entera?:				_____ Edad del Niño	
Problemas o alergias con la leche entera? Por favor explique:				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A que edad empezo a comer:				_____ Edad del Niño	
Problemas o alergias con las comidas? Por favor explique:				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A presentado sangrado excesivo alguna vez? Por favor explique:				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
IMPORTANTE INFORMACION MEDICA DEL PACIENTE					
ENFERMEDADES SERIAS/ACCIDENTES OPERACIONES/HOSPITALIZACIONES		COMPLICACIONES O GRAVEDADES		EDAD DEL NIÑO	
1					
2					
3					

ENFERMEDADES CRONICAS (e.g.Alergias, Asma, persistente infeccion de oido)		COMPLICACIONES O GRAVEDADES	EDAD DEL NIÑO
1			
2			

PREOCUPACIONES ADICIONALES

Circule problemas que le preocupan del paciente

Toz con frecuencia Le core la nariz con frecuencia Constantemente constipado Llora mucho	problemas para dormir Berrinches come muy poco Come mucho	problemas con la vista problemas con los oidos no habla claramente pequeno por su edad
---	--	---

Por favor agrade problemas adicionales que tenga el paciente:

Preguntas para la Cordinadora de Cuidado sobre:

-Violencia Domestica - abuso de drogas o alcohol -suicidio -depresion -enfermedad mental -sin trabajo

Alguna otra cosa: _____

HISTORIA MEDICA FAMILIAR

Tiene historia medica familiar SI No Paciente es adoptado/ Bajo cuidad del Estado SI No

Circule todos los que aplican:

TDAH	Sordo	Hemoglobinopatia	Escoliosis
Alergias	Depresion	Hipertension	Trastorno Convulsivo
Asma	Retrasos de Desarrollo	Discapacidades para el Aprendizaje	Estrabismo
Defectos de Nacimiento	Diabetes	Retrasado Mental	Muerte Subita del Lactante
Cancer	Eczema	Migranias	Enfermedad de Tiroides
Enfermedad Cardiovascular	Lipidos Elevados	Obesidad	
Enfermedad de la Arteria Coronaria		Enfermedad Genetica	Enfermedad Renal

Por favor de explicar las enfermedades familiares o crónicas:

DESARROLLO SOCIAL DEL PACIENTE

Relacion de los Padres	<input type="checkbox"/> Solteros	<input type="checkbox"/> Casados
	<input type="checkbox"/> Divorciados	<input type="checkbox"/> Viuda/o
Edad de los Padres	Madre_____ Padre_____	
Profesion/Ocupacion:	Madre:	Padre:
Es este niño mayor, menor o del medio	<input type="checkbox"/> Mayor <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Unico	
Alguna persona en su casa fuma?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No "Si" donde, <input type="checkbox"/> Adentro o <input type="checkbox"/> Afuera	
Cual es la edad de su casa?		
Tipo de vivienda	<input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> apartamento <input type="checkbox"/> condominio <input type="checkbox"/> casa unifamiliar <input type="checkbox"/> sin vivienda	
Cual es la edad de su hogar		
La Casa contiene plomo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No tratada
	<input type="checkbox"/> Plomo removido	<input type="checkbox"/> Casa nueva,no riesgo
Usa Casco cuando anda en bicicleta o patines	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Sistemas de seguridad infantil	<input type="checkbox"/> viendo hacia atras <input type="checkbox"/> viendo para enfrente <input type="checkbox"/> asiento elevado para niños <input type="checkbox"/> sinturon <input type="checkbox"/> nada	
Tiene detector de carbon monoxido? Si "no", tiene calentador de gas o electrico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Detectores de Humo:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Tratado	
Tiene Armas en la casa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	desarmadas y guardadas en area segura <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tienen una alberca/pisina o balneario en la casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiene Cerco alrededor <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Alguna clase de mascota en casa:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Que clase_____	

Riesgo De Tuberculosis

El Paciente es VIH	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
A tenido rayos-X que sugiero un examen positivo de TB?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
El Paciente a tenido contacto con alguien que tenga infeccion de TB?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
El paciente a tenido un transplante de organo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
El paciente es Inmunodeprimido?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
El paciente tiene alguna otra enfermedad cronica que lo pone a un riesgo mas alto que lo normal?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
El paciente a nacido in un Paiz donde TB se frecuente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
El paciente a viajado afuera de Los Estados Unidos despues de su ultimo examen de TB?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
El paciente usa o a usado drogas de IV?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
El paciente esta trabajando o viviendo en un ajuste congregate?(refugio para indigentes o hogar de ancianos)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Nombre del Paciente

Nombre del Padre o Guandian(Letra de imprenta)

Fecha