Athens Kids Specialists, PC
1500 Oglethorpe Ave, Suite 100
Athens GA 30606
Tel 706-543-9899/Fax 706-613-3995

Registración de Pacientes

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Por favor liste todos los niños que serán pacientes)

1. _____ DOB: _____/_____/_____SSN: _____-_____-_____ M / F
2. _____ DOB: _____/_____/_____SSN: _____-_____-_____ M / F
3. _____ DOB: _____/_____/_____SSN: _____-_____-_____ M / F
4. _____ DOB: _____/_____/_____SSN: _____-_____-_____ M / F

Dirección: _____Ciudad:_____ Código Postal: _____
Num. Tel. Casa: (_____) _____-_____ Núm. Cel.: (_____) _____-_____ Correo Electrónico: _____
Farmacia de Preferencia: _____ Dirección: _____ Tel: (_____) _____-_____
Doctor Anterior: _____Dirección: _____ Tel: (_____) _____-_____

INFORMACION DE LOS PADRES

Nombre1: _____ Relación con niño(s): _____ DOB: ____/____/____SSN:____-___-_____
Dirección (Si es diferente): _____Cuidad: _____Código Postal: _____
Num. Tel: (_____) _____-_____Empleador_____Tel: (_____) _____-_____
Dirección del Empleador: _____ Cuidad: _____Código Postal: _____

Nombre2: _____ Relación con niño(s): _____ DOB: ____/____/____SSN:____-___-_____
Dirección (Si es diferente): _____Cuidad: _____Código Postal: _____
Num. Tel: (_____) _____-_____Empleador_____Tel.: (_____) _____-_____
Dirección del Empleador: _____ Cuidad: _____Código Postal: _____

NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ Núm. Tel. (_____) _____-_____
Dirección (Si es diferencia): _____Cuidad: _____Código Postal: _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Nombre de Seguro: _____ Núm. de ID: _____ Núm. de Grupo: _____

Nombre de Seguro: _____ Núm. de ID: _____ Núm. de Grupo: _____

¿Cómo escucho acerca de nosotros?_____

(Importante—Por favor lea cuidadosamente antes de firmar)
AUTORIZACION DE DAR INFORMACION Y ASIGNAR LOS BENEFICIOS

Yo entiendo que el pago de todo cuidado médico tiene que ser pagado a la hora de la visita. Yo entiendo que es mi responsabilidad de pagar cualquier deducible, co-seguro, o cualquier otro balance NO PAGADO por mi compañía de seguro medico. Yo entiendo que soy responsable por cualquier otro pago incurriendo
en la colección de la cuenta del paciente en caso de fallo, incluyendo una tarifa razonable de abogado y costos de abogados.

Yo le doy el permiso a Athens Kids Specialists, PC de dar cualquier información pertinente a mi compañía de seguro según sea pedida, también asigno y autorizo el pago directo a Athens Kids Specialists, PC. Yo permito una copia de esta autorización para que sea usada en vez de la original.

Firma: _____Fecha: _____/_____/_____ Testigo: _____

NOTICIAS DE CONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS PRIVADAS

Yo certifico que he leido y entendido la póliza de prácticas privadas de Athens Kids Specialists, PC.

Firma: _____Fecha: _____/_____/_____ Testigo: _____

Athens Kids Specialists, PC

1500 Oglethorpe Ave, Suite 100
Athens GA 30606
Tel 706-543-9899/Fax 706-613-3995

Historia Familiar

Formulario completado por: _____Fecha: _____

POR FAVOR NOMBRE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA

Nombre: _____Relacion:_____Edad:_____Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____
Nombre: _____Relacion:_____Edad:_____Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____
Nombre: _____Relacion:_____Edad:_____Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____
Nombre: _____Relacion:_____Edad:_____Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____
Nombre: _____Relacion:_____Edad:_____Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____
Nombre: _____Relacion:_____Edad:_____Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

Tiene otros hermanos? Si es si, escriba sus nombres, edades y lugar donde viven._____
_____

Los padres son: [SOLTEROS] [CASADOS] [DIVORCIADOS] Desde: _____ Re-Casado desde: _____

(Solo si papa o mama no viven juntos) Quien tiene la custodia del niño(s)? _____

_____

Si papa o mama no viven en casa que tan frecuenté se ven con el paciente? _____

_____

Por favor anote los familiares que tengan o han tenido las siguientes enfermedades.

	Si o No	Quien? (Materno o Paterno?)	Vivo o Fallecido (Cuando?)
Diabetes antes de 50			
Presión alta			
Asthma			
Problemas del corazon			
Cancer			
Anemia falciforme			
Derrame Cerebral			
Ataque al Corazon antes de los 50			
Colesterol Alto			
Tuberculosis			
Anemia			
Trastorno de Sangre			
Enfermedad del higado			
Enfermedad del riñón			
Sordera			
Moja la cama despues de los 10 años			
Epilepsia o Convulsiones			
Alcoholismo			
Abuso de drogas			
Enfermedad mental			
Retraso mental			
Problemas inmunológicos, VIH o SIDA			
Otro:			

Athens Kids Specialists, PC
1500 Oglethorpe Ave, Suite 100
Athens GA 30606
Tel 706-543-9899/Fax 706-613-3995

Historia Inicial del Paciente

Forma completada por: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____Fecha de Nacimiento_____/_____/_____

Historia de Nacimiento:

Peso al Nacer: _____lbs, Estatura al Nacer: _____in. Nació a Tiempo: Si [ ] Antes de tiempo [ ] Si nació antes, Cuantas semanas de gestación? _____

Tuvo la mama alguna complicación o Enfermedad durante el embarazo?_____ Cuales complicaciones? _____

Durante el embarazo, la madre: Fumo? _____ Tomo alcohol? _____ Uso drogas? _____

Si la respuesta es SI, cuales uso _____

¿El bebé tuvo algún problema después del nacimiento? Explique. _____

¿El bebé fue dado de alta del hospital con la mamá? _____. ¿En qué hospital nació el bebé? _____

Tipo de parto: [ ] Vaginal [ ] Cesárea. Cual fue la Alimentación inicial: [ ] Leche materna o [ ] Formula?

General: (Explique si la respuesta es **SI)**

Cree usted que su hijo es enfermizo? _____

¿Su hijo tiene alguna enfermedad grave o condición médica?_____

¿Ha tenido su hijo alguna cirugía?_____, Explique qué tipo y cuándo. _____

¿Su hijo/a ha sido hospitalizado?_____ ¿Para qué y dónde? _____

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento?_____

Desarrollo:

Describa cualquier preocupación sobre el desarrollo físico de su hijo(a). _____

Describa cualquier preocupación sobre el desarrollo mental o emocional de su hijo(a). _____

Describa cualquier preocupación acerca de la capacidad de atención de su hijo(a). _____

Describa cualquier preocupación sobre el comportamiento de su hijo(a) en la escuela. _____

¿Ha reprobado algún grado en la escuela?_____

¿Cómo está en materias académicas? _____

Está en clases especiales o de recursos? _____

Historia Social:

¿Durante el día o las horas de trabajo quien cuida a su hijo/a? _____

¿Hay armas presentes en la casa? _____. ¿están en un lugar seguro lejos de sus hijos? _____

¿Tiene agua potable o agua de la ciudad en su hogar? _____

Tipo de calentador en casa? [ELÉCTRICO] [CHIMENEA] [GAS NATURAL] [QUEROSENO] [PROPANO] [CALENTADORES ESPACIALES][ESTUFA DE LEÑA]

¿Alguien que vive con el niño fuma?_____.

En caso de que respondió que SI, indique los miembros de la familia que fuman: _____

¿Dónde fuman estos miembros de la familia? **A DENTRO**: (SIEMPRE) (A VECES) (NUNCA)] [**A FUERA**: (SIEMPRE) (A VECES) (NUNCA)]

¿El niño vive en: [APARTAMENTO] [CASA] [CASA MOVIL]

Documente si tiene animales en la casa, y si están a dentro o a fuera de la casa: _____

Athens Kids Specialists, PC
1500 Oglethorpe Ave, Suite 100
Athens GA 30606
Tel 706-543-9899/Fax 706-613-3995

Historia Inicial del Paciente

Forma completada por: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____Fecha de Nacimiento_____/_____/_____

¿El niño(a) tiene o ha tenido alguna vez:

Varicela: _____
Infección frecuente del oído: _____
Problemas con el oído o la audición: _____
Alergias Nasales: _____
Problemas con los ojos o la vista: _____
Asma, bronquitis, bronquiolitis, neumonía: _____
Cualquier problema cardíaco o soplos cardíacos: _____
Anemia o problemas de la sangre: _____
Transfusión de sangre: _____
Dolor abdominal frecuente: _____
Estreñimiento que requiere visitas al médico: _____
Infección de la vejiga o riñón: _____
Mojar la cama (después de los 5 años): _____
Cualquier problema crónico o recurrente de la piel: _____
Dolores de cabeza frecuentes: _____
Convulsiones o otros problemas neurológicos: _____
Diabetes: _____
Tiroides o otros problemas endocrinos: _____
Cualquier otro problema significativo: _____
Uso de alcohol o drogas: _____
[**Solo para NIÑAS]** Cuando fue su primer ciclo menstrual: _____
[**Solo para NIÑAS**] Problemas del ciclo menstrual: _____

Por favor indique cualquier otra información que debamos conocer sobre su hijo(a):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Athens Kids Specialists, PC
1500 Oglethorpe Ave, Suite 100
Athens GA 30606
Tel 706-543-9899/Fax 706-613-3995

Medical Records Request

To: Dr._____
(Previous Doctor/Doctor Anterior)

_____
(Office Tel/Numero de telefono)

_____
(Address/Direccion)

_____
(Office Fax/Numero de Fax)

_____
(City/State/Zip/Ciudad/Estado/Codigo Postal)

Kindly fax or mail copies of medical records of the patients listed below to:

Athens Kids Specialists, PC
1500 Oglethorpe Ave, Suite 100
Athens GA, 30606

Tel. 706-543-9899
Fax. 706-613-3995

(Patient Name/Nombre del Paciente)	**(Date of Birth/ Fecha de nacimiento)**
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Type of medical records needed:

( ) Complete medical records (including PKU, growth charts, labs and immunization record)

( ) Complete newborn records

( ) Consult notes

Thank you,

_____
(Signature of parent/guardian/Firma del padre/guardian)

_____
(Date/Fecha)

_____
(Printed name)

Athens Kids Specialists, PC TB & Lead Questionnaire/TB y Plomo Cuestionario

1500 Oglethorpe Ave, Suite 100
Athens GA 30606
Tel 706-543-9899/Fax 706-613-3995

Name of Patient:
Nombre de Pacient(s):1. _____2. _____3. _____
Person completing form: **Today's date:**
Persona que la contesta: _____ **Fecha de hoy**:_____

Tuberculosis Risk Assessment Evaluación de Riesgos de tuberculosis	Yes/Si	No	Lead Risk Assessment Evaluación de riesgos de plomo	Yes/Si	No
1. Was your child born in a country at high risk for tuberculosis (countries other than the United States, Canada, Australia, New Zealand or Western Europe)? Nació su niño en un país de alto riesgo para tuberculosis (países distintos a Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)?			1. Does your child have a sibling or playmate who has or had lead poisoning? Tiene el niño un hermano o compañero de juegos que se ha intoxicado con plomo?		
2. Has your child traveled or had contact with someone who has traveled for longer than one week to a country other than canada, Australia, new zealand or western Europe? Ha viajado su nino por mas de una semana a un pais de alto riesgo para tuberculosis (o ha estado en contacto con residentes de esas poblaciones)?			2. Does your child live in or regularly visit a house or child care facility built before 1978 that is being or has recently been (within the last 6 months) renovated or remodeled? Vive su niño o visita regularmente una casa o guardería construida antes de 1978 que está siendo o ha sido renovada o remodelada recientemente (en los últimos 6 meses)?		
3. Has a family member or contact had tuberculosis or a positive tuberculosis skin test? Ha tenido tuberculosis o un resultado positivo de tuberculina un familiar o un contacto?			3. Does your child live in or regularly visit a house or child care facility built before 1950? Vive su niño o visita regularmente una casa o guardería construida antes de 1950?		
4. Is your child infected with HIV? Esta infectado su nino con el VIH (virus del SIDA)?					

Individuals treated for tuberculosis or are currently Active should not be tested. Any "Yes" answer means The child is at high risk and should receive a tuberculin Skin test (Mantoux) which must be ready by a health Professional and the Public Health Department should Be notified.

Las personas que son atendidas por la infección o la Enfermedad tuberculosa ya NO debe hacerse la prueba Del PPD. Cualquier respuesta con un "Si" significa que El niño es de alto riesgo y debe recibir la prueba la Tuberculina o Mantoux.

When using the questionnaire, blood lead tests should be done immediately if the child is at high risk: one or more "Yes" or "I don't know" answers on the risk assessment questions above.

Al usar el cuestionario, se deben hacer inmediatamente las pruebas de plomo en la sangre, si el niño es de alto riesgo (una o mas) respuestas "Si" o "No se" en el cuestionario de evaluación) para determinar la exposición al plomo.

Dear Parent, the law requires that your child/children have a TB/Lead screen for this well child check.
Estimados padres, es requerido por ley que se llene un cuestionario de tuberculosis y plomo para este chequeo general de su hijo(s).

Reviewed by: Today's date:
Revisado por: _____ (M.D./NP) Fecha de hoy: _____

Athens Kids Specialists, PC
1500 Oglethorpe Ave, Suite 100
Athens GA 30606
Tel 706-543-9899/Fax 706-613-3995

Permiso para traer al paciente

Nombre del paciente: _____Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____Fecha de Nacimiento: _____

Yo, _____ Permito que las siguientes personas lleven a mi hijo(a) a cualquier consulta que él/ella pueda necesitar si no estoy disponible.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Tel#:_____
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Tel#:_____
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Tel#:_____
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Tel#:_____

* Tenga en cuenta que las personas mencionadas anteriormente estarán expuestas a la información personal del paciente y tendrán que ser mayores de 18 años.*

_____ _____
Firma del Padre o Tutor Fecha

Athens Kids Specialists, PC
1500 Oglethorpe Ave, Suite 100
Athens GA 30606
Tel 706-543-9899/Fax 706-613-3995

Poliza Sobre Citas Perdidas

Estimados Padres,

Nuestra poliza de citas perdidas es la siguiente: **"Si su hijo(a) no puede asistir a su cita, favor de llamarnos con 24-48 horas de anticipación para cancelar o cambiar la cita para otro día. Después de 3 citas perdidas, nos veremos en la necesidad de pedirle que busque atención medica con otro doctor."**

Como cortesía, nuestro personal llama a recordarle a los pacientes de sus citas. Si usted no recibe una llamada de nuestra oficina es porque su información de contacto puede haber cambiado y la nueva información no nos fue proporcionada. Llámenos al 706-543-9899 para reprogramar la cita perdida de su hijo y para actualizar su información.

Si llama para notificarnos que su hijo no puede asistir a su cita, esta cita será puesta a disposición de otros pacientes. Gracias por su cooperación.

Declaración de Conocimiento Sobre La Poliza de Citas Perdidas

Yo leí sobre la póliza anterior y entiendo que debo llamar a la oficina para cancelar o cambiar la cita de mi hijo(a) 24-48 horas de anticipación. Yo entiendo que la clínica podría pedirme que transfiera a mi hijo(a) de la clínica después de 3 citas perdidas.

Nombre del paciente(s):_____

_____ _____

Firma del Padre o Tutor Fecha

Athens Kids Specialists, PC

1500 Oglethorpe Ave, Suite 100
Athens GA 30606
Tel 706-543-9899/Fax 706-613-3995

Notice of Privacy Practices
Aviso de las Practicas de Privacidad

THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTHCARE INFORMATION ABOUT YOUR CHILD (AS A PATIENT OF THIS PRACTICE) MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO YOUR CHILD'S INDIVIDUALLY IDENTIFIABLE HEALTH INFORMATION. KEEP THIS COPY FOR YOUR RECORDS.

Your confidential healthcare information may be disclosed to other healthcare providers for the purpose of providing you with continuum of quality healthcare.
Your confidential healthcare information may be disclosed to insurance providers for the purpose of receiving payment for you with healthcare services.
Your confidential healthcare information may be disclosed to public official or law enforcement agencies in an investigation in which you are the victim of abuse, a crime or domestic violence.
Your confidential healthcare information may be disclosed healthcare professionals in case of healthcare emergency.
Your confidential healthcare information may be disclosed to public health organizations or federal organizations in matters of communicable diseases, defective devices, or a food or medication reaction.
Your confidential healthcare information **CANNOT** be disclosed for purposes other than those which are outlined in this notice.
Your confidential healthcare information may only be disclosed after receiving written authorization from you. You have the right to **REVOKE** your permission to disclose confidential healthcare information **AT ANY TIME**.
You may be contacted by office personnel to remind you of appointments, healthcare treatment options or other health services that may interest you. Messages related to follow up appointments may be left on an answering machine or with an individual answering the phone.
You have the right to restrict the use and disclosure of your confidential healthcare information to family members, friends, or others involved in your healthcare or payments for healthcare services. However, the office may choose to refuse your restrictions if they conflict with providing you with quality healthcare or in the event of a medical emergency.
You have the right to receive confidential communication about your healthcare status.
You have the right to review and request a copy of any and/or all portions of your healthcare information.
You have the right to request changes be made to your healthcare information.
You have the right to know who has obtained your confidential healthcare information and for what reason.
You have the right to have a copy of this Privacy Notice upon request.
The office is required by law to protect the privacy of its patients.
The office will abide by the terms of this notice. We reserve the right to make changes to this notice and continue to maintain the confidentiality of all healthcare information.
You have the right to complain to the Privacy Officer of this Office and to the Secretary of Health and Human Services if you believe your rights to privacy have been violated. If you feel your privacy rights have been violated, please mail your complaints to: **Privacy Officer, Athens Kids Specialists, PC, 1500 Oglethorpe Avenue, Suite 100, Athens GA, 30606.**
All complaints will be investigated. No personal issues will be raised for filling a complaint with the office. For further information about our Privacy Practices, please contact Mr. Sherwin Lopez, Privacy Officer at 706-543-9899.

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION PODRA SER USADA O DADA CONOCER, Y COMO USTED PODRA ACCESAR A ESTA INFORMACION. FAVOR DE REVISAR ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE. GUARDE ESTO PARA SUS EXPEDIENTES.

Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada conocer a otros proveedores de salud con el propósito de proveerle a usted un cuidado de salud con calidad continua.
Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada conocer a su compañía aseguradora con el propósito de recibir pago por proveerle los servicios de cuidado de salud.
Su información confidencial de cuidado de salud se podrá ser dada a conocer a oficiales públicos o agencias de la fuerza de la ley en una investigación en la cual usted ha sido víctima de abuso, o violencia domestica a criminal.
Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer a otros profesionales de cuidado de salud en el caso de una emergencia de su salud.
Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer a organizaciones de salud pública u organizaciones federales en el case de una enfermedad contagiosa, un dispositivo medico defectivo, c una reacción negativa a un medicamento o a una comida.
Su información confidencial de cuidado de salud no podrá ser dada a conocer par después de recibir aquellas que están delineadas en este aviso.
Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer solamente después de recibir su autorización por escrito. Usted tiene el derecho de revocar su permiso de dar a conocer su información confidencial de cuidado de salud en cualquier momento.
El personal de este despacho podrá recordarle sus citas, opciones u otros servicios de tratamientos que sean de su interés, los mensajes relacionados a citas de seguimiento se pueden dejar en una maquina de recados a con el individuo que contesta el teléfono.
Usted tiene el derecho de restringir el uso y a divulgación de su información confidencial de cuidado de salud a cualquier miembro de su familia, amistades, c otras personas involucradas en el cuidado de su salud a de pago. Sin embargo, el despacho podrá decidir rehusar su restricción par estar en conflicto de proveerle con un cuidado de salud de calidad, o en el evento de una emergencia médica.
Usted tiene el derecho de recibir comunicación confidenciar sobre el estado de su cuidado de salud.
Usted tiene el derecho de revisar requerir una copia de cualquier parte y/o toda a información en su expediente de salud.
Usted tiene el derecho de pedir n cambie de información en su expediente de salud.
Usted tiene el derecho de saber quien ha obtenido su información confidencial de cuidado de salud y saber para qué propósito lo pidieron.
Usted tiene el derecho de obtener una copia de este "Aviso de Privacidad" cuando lo pida.
Este despacho esta requerido por la ley a proteger la privacidad de sus pacientes.
Este despacho actuara de acuerdo a lo previsto en este Aviso de Privacidad. Nosotros tenemos derecho de hacer cambios a este aviso siempre y cuando mantengamos a privacidad de toda información de cuidado de salud.
Usted tiene el derecho de quejarse con el Oficial de Privacidad de este despacho y a la Secretaria de Salud y Derechos Humanos, si usted cree que sus derechos a privacidad han sido previamente violados. Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, favor de dirigir sus quejas a ATTN: Privacy Officer, Athens Kids Specialists, PC, 1500 Oglethorpe Avenue, Suite 100 , Athens GA, 30606.
Toda queja será investigada. Este despacho no tomara represalia alguna por as quejas presentadas por usted. Para mas información sobre este "Aviso de Privacidad", favor de contactar al Oficial de Privacidad: 706-543-9899.