

Riverdale Park Pediatrics, P.C
Formulario de Inscripción

Fecha de hoy: _____

Información del Paciente:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # seguro social _____ Sexo: ___ M ___ F

Dirección: _____

Ciudad: _____ estado: _____ código postal _____

Información de los padres / guardián legal:

Nombre de la madre: _____ fecha de nacimiento: _____

teléfono celular: _____ # teléfono de trabajo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Correo electrónico: _____ #seguro social _____

Nombre del Padre: _____ fecha de nacimiento: _____

teléfono celular: _____ # teléfono de trabajo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Correo electrónico: _____ # seguro social: _____

Contacto de emergencia (familiar / amigo): _____ # de teléfono: _____

Información de Seguro

Seguro primario: _____ # de póliza _____

de grupo: _____ nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ # s.s de asegurado: _____

Relación con el paciente: _____ Empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Seguro secundario: _____ # póliza _____

De grupo: _____ nombre del asegurado: _____

Subscriber DOB: _____ Subscriber Social Security# _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____

La información anterior es verdadera y de todo mi conocimiento. Yo autorizo a mi seguro médico hacer todos los pagos directo a mi médico y a Riverdale Park Pediatrics para procesar todo reclamo médico. Entendiendo que soy responsable económicamente de cualquier saldo si no es cubierto por mi seguro o por no dar la información correcta de seguro.

Patient/Guardian signature _____

Date _____

Riverdale Park Pediatrics, P.C
6103 Baltimore Ave. T-1
Riverdale, MD 20737
Phone (301) 277-2779 Fax (301) 277-6947

Formulario de Autorización para tratamiento de un menor

Yo, _____ padre/madre o guardián legal de

_____, autorizo a **Riverdale Park Pediatrics, P.C** y todos sus proveedores para obtener servicios de cuidados preventivos de rutina, vacunas, tratamientos médicos y procedimientos apropiados en caso de emergencia.

Yo también autorizo a **Riverdale Park Pediatrics** para proveer cualquier información que incluye el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mi hijo(a) durante el período de dicha atención a los seguros de terceros y / u otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros también a pagar directamente a Riverdale Park Pediatrics, P.C / Edwin Aguilar, M.D

Política de Pago

Soy consciente que si Riverdale Park Pediatrics / Edwin Aguilar, M.D no participan con mi compañía de seguros de salud, debo pagar en su totalidad en el momento que los servicios médicos sean dados a mi hijo(a). Yo también entiendo que mi compañía de seguro de salud puede pagar menos que la factura real de servicios y si el seguro lo indica yo soy responsable de pagar copagos, deducibles y cualquier balance no cubierto por el seguro médico de salud. Dichos pagos deben ser hechos al momento del servicio médico o al menos que otros arreglos financieros sean hechos. Si por alguna razón la cuenta de mi hijo (a) no está al corriente puede resultar en Riverdale Park Pediatrics de enviarme a una agencia de colección.

Recién nacido

Soy consciente y entiendo que, si mi bebé no tiene seguro médico de salud al momento de su visita, soy responsable en su totalidad por los servicios rendados y estos deben ser pagados inmediatamente reconociendo que este dinero no es reembolsable. También es mi responsabilidad de notificar y enrolar a mi bebe en mi seguro de salud, de lo contrario seguiré siendo responsable por los pagos.

Con esta mencionada he leído y entendido la información en esta forma y cualquier pregunta ha sido explicada y entendida por mi persona.

Firma del Padre/Padre o Guardián legal

Fecha

Riverdale Park Pediatrics, P.C
6103 Baltimore Ave. T-1
Riverdale, MD 20737
Phone (301) 277-2779 Fax (301) 277-6947

Medical Treatment Authorization

Date: _____

I _____ authorize the following people to bring my child _____ in for treatment in my absence, He / She is empowered to make medical treatment decisions while I am absent and to sign any and all medical paper work so that my child may receive proper and prompt medical treatment.

This notice is valid until I provide another written notice stating otherwise, or until I am present to make these decisions myself.

Name: _____ Relationship: _____

Name: _____ Relationship: _____

Name: _____ Relationship: _____

Name: _____ Relationship: _____

Sincerely,

Parent/Guardian Name

Parent/Guardian Signature

Riverdale Park Pediatrics, PC

6103 Baltimore Ave. T-1

Riverdale, MD 20737

Phone (301) 277-2779

Fax (301) 277-6947

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDMENT

I understand that, under the Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPPA), I understand that this information can and will be used to:

- Conduct, plan, and direct my treatment and follow-up among the multiple healthcare providers who may be involved in that treatment directly and indirectly.
- Obtain payment from third-party payers.
- Conduct normal healthcare operations such as quality assessments and physician certification.

I have received, read, and understand your Notice of Privacy Practices that contains a more complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that Riverdale Park Pediatrics P.C has the right to change its notice of Privacy Practices from time to time and that I may contact Riverdale Park Pediatrics, P.C at any time in writing at the address above to obtain a current copy of the Notice of Privacy Practices.

I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used or disclosed to carry out treatment, payment, or health care operations. I also understand that you are not required to agree to my requested restrictions if it not feasible for RPP, PC to ensure compliance or believe it will negatively impact the care Riverdale Park Pediatrics provides.

Patient's Name: _____

Date of Birth: _____

If patient under 18 years old parent or legal guardian signature required.

Maryland Healthy Kids Program

Cuestionario de Historial Médico Familiar

Nombre del Paciente: _____		Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> (circule)
Persona que llenó el Formulario: _____	Fecha de Hoy: _____	Relación con el Paciente: _____	
HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER		HISTORIAL PSICOSOCIAL	
Nombre del Hospital: _____ Enfermedades durante el embarazo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Medicamentos durante embarazo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol o drogas No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas al Nacer No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Describa: _____ Tipo de Parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea Peso al Nacer _____ Peso al darle de alta _____ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Fecha de la vacuna de Hepatitis B: _____ Examen Auditivo para recién nacidos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		¿Quién vive en el hogar? _____ ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____ <input type="checkbox"/> Alquilan <input type="checkbox"/> casa propia <input type="checkbox"/> refugio ¿Quién cuida el niño/a? _____ Fecha de Nacimiento Madre _____ Padre _____ Trabajan los Padres Madre No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Padre No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hogar Sustituto _____ Fecha: _____ ¿Qué otro idiomas se hablan en la casa? _____	
HISTORIAL FAMILIAR		HISTORIAL DE SALUD	
Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alergias (a qué) _____ ¿Quién? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Asma No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ TB/Enfermedad del Pulmón No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ VIH/SIDA No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Intentos Suicidas/Problemas Mentales No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad del Corazón No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Presión alta/Derrame No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Colesterol Alto No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell" No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Diabetes No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Convulsiones No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Alergias/Asma No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Desórdenes Mentales No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Cáncer No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Defectos de Nacimiento No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Pérdida de Audición No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Problemas de habla No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Enfermedades Renales No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Abuso de Alcohol/ Droga No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Hepatitis/Enfermedad del Hígado No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad de la Tiroide No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD") No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Violencia Doméstica Otras: _____		Alguna vez su niño/a ha tenido: Alergias (a qué) _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Asma No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Variceia (año) _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de oído No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas de Audición/Infecciones de la Vista No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas de la Piel/Eczema No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Asma/Alergias No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> TB/Enfermedad del Pulmón No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hipertensión/Presión Alta No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón/Defectos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hepatitis/Enfermedad del Hígado No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Diabetes No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón/Vejiga No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas Físicos o de Aprendizaje No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desórdenes de la Sangre/Hemofilia No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Enfermedades Transmitidas Sexualmente No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales o de Comportamiento No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Depresión/Pensamientos Suicidas No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones/Cirugías No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas en las Coyunturas/Huesos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Obesidad/Trastornos Alimenticios No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Otras: _____ Lista de Medicamento/s que toma: _____	
Revisado por: _____		Fecha que fue Revisado: _____	