

### Informacion del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Tel: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Metodo Preferido de Contacto:  Tel casa  Celular  Mensaje de Texto  Correo Electronico  Correo

Raza:  Afro Americano  Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiatico  Nativo de Hawai u Otra isla del Pacifico  Caucasico/Blanco

Etnicidad:  Hispano  No-Hispano  Denegar

Tratamos a algun otro miembro de su familia? Si es asi, por favor liste sus nombres: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor Primario: \_\_\_\_\_ Tel: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Direccion de la Farmacia: \_\_\_\_\_ Tel: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

### Informacion Padres/Tutores Legales

Quien tiene la custodia legal del Paciente?  Ambos Padres  Madre  Padre  \*Foster Parent  \* Abuelos  \*Otro  
 Si a marcado un encasillado con un (\*) al frente, debe presentar documentacion apropiada.

Madre/ Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Lenguaje Preferido: \_\_\_\_\_

Marque aqui si la direccion es la misma del paciente:

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Tel. Casa: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ CELULAR: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Tel. Trabajo: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Podemos enviarle mensajes de texto ?  Si  No

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Metodo Preferido de Contacto:  Tel. Casa  Celular  Mensaje de Texto  Correo Electronico  Correo

Padre/ Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Lenguaje Preferido: \_\_\_\_\_

Marque aqui si la direccion es la misma del paciente:

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Tel. Casa: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ CELULAR: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Tel. Trabajo: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Podemos enviarle mensajes de texto ?  Si  No

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Metodo Preferido de Contacto:  Tel. Casa  Celular  Mensaje de Texto  Correo Electronico  Correo

### Contactos de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ relacion : \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ relacion: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_



A Division of Florida Pediatric Associates, LLC

### Informacion del Seguro

Plan Medico Primario: \_\_\_\_\_ Num. de Poliza \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_  
 Titular de la Poliza: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_  
 Direccion de Reclamos: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Numero de tel. elegibilidad: \_\_\_\_\_  
 Plan Medico Secundario: \_\_\_\_\_ Num. de Poliza \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_  
 Titular de la Poliza: \_\_\_\_\_ Fech. Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_  
 Direccion de Reclamos: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Codigo Postal: \_\_\_\_\_

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / RECONOCIMIENTOS

Solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizados se realice en mi nombre a Florida Pediatric Associates, LLC, por cualquier servicio médico que me proporcione esa organización (Florida Child Neurology). Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por equipos o servicios relacionados a la organización, la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud, mi compañía de seguros u otra entidad médica. Se enviará una copia de esta autorización a la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud, a mi compañía de seguros u otra entidad si así lo solicita. El original será archivado por la organización.

Entiendo que soy financieramente responsable ante la organización de cualquier cargo no cubierto por los beneficios de atención médica. Es mi responsabilidad notificar a la organización cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Soy responsable de la factura completa o saldo de la factura según lo determine la organización y / o mi aseguradora de atención médica si los reclamos presentados o parte de ellos son denegados para el pago.

Entiendo que al firmar este formulario, estoy aceptando la responsabilidad, como se explicó anteriormente, de todos los pagos por todos los servicios recibidos.

Al firmar este documento, también reconozco que he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de la organización. Este reconocimiento es requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) para garantizar que haya tenido conocimiento de mis derechos de privacidad.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Política de la Oficina sobre el pago:

El pago se espera EN SU TOTALIDAD, en el momento en que se prestan los servicios, del paciente o de la persona que acompaña al menor para recibir tratamiento. Si nuestra oficina es un proveedor participante de su compañía de seguros, todos los servicios, copagos y deducibles no cubiertos se cobrarán en el momento de cada visita. Los arreglos para cualquier otra cosa que no sea el pago total en el momento del servicio deben hacerse antes de su cita. Es responsabilidad del patient comprender y aceptar las pautas establecidas dentro del plan de seguro de la persona. Si no puede proporcionarnos la información completa del seguro en el momento de su visita, será responsable del pago de los servicios: EN SU TOTALIDAD. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguros. Además, entiendo y acepto que, si no realizo los pagos oportunos en mi cuenta, seré responsable de todos los costos razonables de cobranza, incluidos los honorarios de presentación, así como los honorarios razonables de los abogados.

He leído y entiendo la política de la oficina para el pago y acepto los términos tal como se indica.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DEL HISTORIAL DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ # de Cuenta \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: _____		Fecha de Nacimiento: ___/___/___		SSN: ___-___-___	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					
Dirección: _____		Ciudad: _____		Estado: ___ Código Postal: _____	
Teléfono: (____) _____-_____		Correo Electrónico: _____			
Doctor Primario: _____		Teléfono: (____) _____-_____		Fax: (____) _____-_____	
Farmacia: _____		Dirección de la Farmacia: _____			
Teléfono: (____) _____-_____					

Cuál es el motivo principal de su visita hoy a Florida Child Neurology?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MEDICO PASADO DEL PACIENTE

Cualquier problema médico pasado/ diagnóstico?  Si  No En caso de si, por favor, explíquelo: \_\_\_\_\_

Cualquier hospitalización pasada?  Si  No En caso de si, por favor, explíquelo: \_\_\_\_\_

Cualquier cirugía pasada?  Si  No En caso de si, por favor, explíquelo: \_\_\_\_\_

Alguna alergia?  Si  No En caso de si, por favor, explíquelo: \_\_\_\_\_

Su hijo usa productos de tabaco?  Si  No En caso de si, por favor, explíquelo: \_\_\_\_\_

Enumere todas las recetas, medicamentos sin receta, vitaminas o medicamentos a base de hierbas que su hijo toma actualmente y dosis:

Medicamento	Dosis (Cuanto y cuan frecuente)

Enumere todos los medicamentos que su hijo haya tomado para ADHD, Epilepsia o Migrañas.

Medicamento	Dosis (Cuanto y cuan frecuente)

#### HISTORIAL DE NACIMIENTO:

Peso al Nacer: \_\_\_\_\_ Medida al Nacer: \_\_\_\_\_ Edad Gestacional (semanas): \_\_\_\_\_  
 Su hijo nació prematuramente?  Si  No En caso de si, cuantas semanas prematuras? \_\_\_\_\_  
 De que forma?:  Vaginal  Cesárea Cuánto tiempo se quedó en el hospital/ guardería: \_\_\_\_\_  
 Experimento alguna complicación durante el embarazo?  Si  No En caso de si, por favor, explíquelo: \_\_\_\_\_

#### HISTORIAL DE DESARROLLO

Por favor, indique la edad de su hijo cuando...

Primero sonrió: \_\_\_\_\_ Cuando primero se sentó sin asistencia: \_\_\_\_\_ Cuando primero caminó: \_\_\_\_\_  
 Cuando dijo su primera palabra: \_\_\_\_\_ Entrenado para el baño: \_\_\_\_\_ Se vistió de manera independiente: \_\_\_\_\_  
 Dijo su primera frase o oración: \_\_\_\_\_

**EXAMENS Y ESTUDIOS PREVIOS**

Por favor diganos sobre cualquier estudio pasado que su hijo (o usted) haya tenido. Ejemplo: Electroencefalograma (EEG), Tomografía Computarizada (CT), Imagen de Resonancia Magnetica (MRI), Estudio del Sueño (Sleep Study)

\*\*Si necesita espacio adicional, por favor use la parte de atrás de la página.

Estudio o Exámenes	Fecha	Ubicación	Resultados

**HISTORIAL FAMILIAR**

Utilice los siguientes simbolos para indicar cuál miembro de la familia, si alguno, tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

M= Madre F= Padre S= Hermano(a) MGM= Abuela Materna MGF= Abuelo Materno MU= Tio Materno MA= Tia Materna

PGM= Abuela Paterna PGF= Abuelo Paterno PU= Tio Paterno PA= Tia Paterna O= Otro Miembro de la Familia

Unremarkable (Nada Especial)		Macrocephalus (Macrocefalia)	
Unknown (Desconocido)		Mental Illness (Enfermedad Mental)	
Aspergers		Metabolic Disorder (Trastorno Metabólico)	
Ataxia		Migraines (Migrañas)	
Autism (Autismo)		Narcolepsy (Narcolepsia)	
Birth Defects (Defectos de Nacimiento)		Neurofibromatosis	
Cerebral Palsy (Paralisis Cerebral)		Seizures (Convulsiones)	
Communication Disorder (Trastorno de la comunicación)		Tics	
Developmental Delay (Retraso del Desarrollo)		Tourette's	
Genetic Disorder (Trastorno Genético)		Obsessive Compulsive Disorder (Desorden Obsesivo Compulsivo)	
Headaches (Dolores de Cabeza)		Otros:	
Otros:		Otros:	

**HISTORIAL SOCIAL DEL PACIENTE:**

Por favor, liste a todos los miembros que viven en el hogar (Ejemplo: madre, padre, hija, etc): \_\_\_\_\_

Hay mascotas en el hogar? En caso de si, mencione que tipo de mascota:  
\_\_\_\_\_

Su hijo(a) va a la escuela/ preescolar/ guardería?  Si  No En caso de si, que grado? \_\_\_\_\_

Su hijo(a) ha perdido días de escuela debido a sus síntomas?  Si  No En caso de si, explique: \_\_\_\_\_

Su hijo(a) tiene apayo escolar como educación especial o terapias?  Si  No En caso de si, que tipo? \_\_\_\_\_

Lista completa de factores estresantes familiares, sociales, o escolares actualmente conocidos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enumere las actividades favoritas de su hijo(a) deportes o actividades extracurriculares: \_\_\_\_\_

Hay algo mas que sienta que necesitamos saber sobre su hijo(a) para tratarlo mejor? \_\_\_\_\_



A division of Florida Pediatric Associates, LLC  
 6150 Metrowest Blvd., Suite 105 Orlando, Florida 32835  
 Phone: 407-897-3544 Fax: 407-897-4016 Toll Free: 866-356-3075  
 www.floridachildneurology.com

Patient Name: \_\_\_\_\_  
 (Nombre del Paciente)

Date of Birth: \_\_\_\_\_  
 (Fecha de Nacimiento)

Today's Date: \_\_\_\_\_  
 (Fecha de Hoy)

Please complete this form at each visit so that we may remain up to date with any changes to your child's health.

Complete este formulario en cada visita para podamos estar al día con cualquier cambio en la salud de su hijo(a).

GENERAL	YES	SÍ	NO	GASTROINTESTINAL (G.I.)	YES	SÍ	NO
Overweight <i>Sobre Peso</i>				Abdominal Pain <i>Dolor Abdominal</i>			
Weight Loss <i>Perdida de Peso</i>				Chronic Constipation <i>Constipación Crónica</i>			
Fever <i>Fiebre</i>				Alternating <i>Alternado</i>			
Lethargy/ Fatigue <i>Letargo/ Fatigo</i>				Constipation/Diarrhea/Jaundice <i>Estreñimiento/Diarrea/Ictericia</i>			
Picky Eater <i>Quisquillosa</i>				Nausea <i>Náusea</i>			
Developmental Delay <i>Retraso en el Desarrollo</i>				Loss of Appetite <i>Pérdida de Apetito</i>			
<b>HEAD AND NECK <i>Cabeza y Cuello</i></b>	<b>YES</b>		<b>NO</b>	Reflux <i>Reflujo</i>			
Eye Changes <i>Cambio en los ojos</i>				Swallowing Difficulties <i>Dificultades para Tragar</i>			
Wears Glasses <i>Usa espejuelos</i>				Vomiting <i>Vómitos</i>			
Nasal Congestion <i>Congestion Nasal</i>				<b>GENITOURINARY <i>Genitourinario</i></b>	<b>YES</b>		<b>NO</b>
Sinus Infections <i>Infeccion Nasal</i>				Difficulty Urinating <i>Dificultad para Orinar</i>			
Frequent Colds <i>Resfriados Frecuentes</i>				Blood in Urine <i>Sangre en la Orina</i>			
PE Tubes				Bedwetting <i>Enuresis</i>			
Tooth Decay <i>Caries</i>				<b>MUSCLES/ JOINTS <i>Músculos y Articulaciones</i></b>	<b>YES</b>		<b>NO</b>
Mouth Ulcers or Braces <i>Ulceraso frenillos en la boca</i>				Joint Pain <i>Dolor en las Articulaciones</i>			
<b>SKIN <i>Piel</i></b>	<b>YES</b>		<b>NO</b>	Joint Swelling <i>Inflamación de Articulaciones</i>			
Rashes <i>Erupciones en la piel</i>				Joint Redness <i>Enrojecimiento Conjunto</i>			
Itching <i>Comezón</i>				Sports Injury <i>Lesion Deportiva</i>			
<b>RESPIRATORY <i>Respiratorio</i></b>	<b>YES</b>		<b>NO</b>	Uses Wheelchair <i>Usa Silla de Ruedas</i>			
Cough <i>Tos</i>				<b>HEMATOLOGY <i>Hematología</i></b>	<b>YES</b>		<b>NO</b>
Asthma/Wheezing <i>Asma</i>				Abnormal Bruising <i>Moretones Anormales</i>			
Frequent Bronchitis <i>Bronquitis Frecuente</i>				Bleeding <i>Sangría</i>			
Pneumonia <i>Neumonía</i>				Anemia			
<b>NEUROLOGICAL <i>Neurológico</i></b>	<b>YES</b>		<b>NO</b>	Sickle Cell Disease/ Trait <i>Enfermedad de Célula Falciforme</i>			
Headaches/Migraines <i>Dolores de Cabeza/ migrana</i>				<b>PSYCHIATRIC <i>Psiquiátrico</i></b>	<b>YES</b>		<b>NO</b>
Dizziness <i>Mareo</i>				Anxiety <i>Ansiedad</i>			
Fainting <i>Desmayo</i>				Depression <i>Depresión</i>			
Head Trauma <i>Trauma de la Cabeza</i>				Developmental Delay <i>Retraso en el Desarrollo</i>			
Seizures <i>Convulsiones</i>				Behavior Problems <i>Problemas de Comportamiento</i>			
Sleep Problems <i>Problemas de sueño</i>				Mood Changes <i>Cambios de Humor</i>			
Speech Problems/ Therapy <i>Problemas del Habla/ Terapia</i>				Inpatient Admission <i>Ingreso Hospitalario</i>			
Tremors <i>Temblores</i>				<b>ALLERGY <i>Alergia</i></b>	<b>YES</b>		<b>NO</b>
<b>CARDIAC <i>Cardíaco</i></b>	<b>YES</b>		<b>NO</b>	Urticaria			
Congenital Problems <i>Problemas congenitos</i>				Allergic Rash <i>Erupción Alérgica</i>			
Murmur <i>Soplo cardíaco</i>				Eczema			
High Blood Pressure <i>Alta Presion Sanguinea</i>				Hay Fever <i>Fiebre de Heno</i>			
Fainting <i>Desmayo</i>				Recurrent Infections <i>Infecciones Recurrentes</i>			
Heart Rhythm Changes <i>Cambios en el ritmo del hogar</i>				Seasonal Medications <i>Medicamentos Estacionales</i>			

Please further explain any YES answers from above: (Por favor, explique cualquier respuesta afirmativa desde arriba.)




A Division of Florida Pediatric Associates, LLC

6150 Metrowest Blvd., Suite 105

Orlando, Florida 32835

Ph: 407-897-3544 Fax: 407-897-4016

Toll free: 1-866-356-3075

### Permiso para Tratamiento

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre impreso del tutor legal) autorizo a Florida Child Neurology, PLLC y su personal a proporcionar servicios médicos, como exámenes médicos y tratamientos, según lo consideren mejor para el bienestar físico o mental del niño.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fec. Nac: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SS: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Autorizo a la (s) siguiente (s) persona (s) a traer a mi hijo(a) para tratamiento y para hablar sobre tratamientos necesarios, medicamentos e incluso para autorizar cualquier prueba o laboratorio, que el personal médico de Florida Child Neurology considere necesario, hasta e inclusive admisión al hospital.

Nombre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

\*\* Todo lo anterior proporcionará una identificación que se colocará en el cuadro médico del paciente.

Estoy de acuerdo en que a menos que yo dé instrucciones específicas de lo contrario, la información médica con respecto al diagnóstico y tratamiento de mi hijo se puede divulgar a padres biológicos, padrastros, médicos remitentes, otros profesionales y mi compañía de seguros.

Se me informó y entiendo el Aviso de prácticas de privacidad de Florida Child Neurology, PLLC.

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor legal Fecha

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_



A division of Florida Pediatric Associates, LLC  
6150 Metrowest Blvd., Suite 105 Orlando, Florida 32835  
Phone: 407-897-3544 Fax: 407-897-4016 Toll Free: 866-356-3075  
www.floridachildneurology.com

RECONOCIMIENTO DEL HORARIO DE HONORARIOS PARA CARTAS, FORMULARIOS, REGISTROS MÉDICOS Y NO-PRESENTACION

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fec. Nac: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta nuestras políticas y tarifas para las siguientes solicitudes:

1. CARTAS: Se cobrará una tarifa de servicio de \$ 25.00 por cada carta oficial proporcionada por nuestros médicos y / o proveedores de servicios.
2. FORMULARIOS: Los padres son responsables de completar los datos demográficos (nombre, dirección, fecha de nacimiento, etc.) de su hijo antes de entregar el formulario al médico o proveedor para completar. Luego, el médico o proveedor completará el formulario después de que el paciente haya sido evaluado para recibir atención. Ejemplos de formularios: FMLA, SSI, Salud Escolar, Formularios de Incapacidad, Departamento de Vehículos Motorizados y formularios similares. La tarifa será de \$ 25.00 para un formulario de una página y de \$ 35.00 para formularios de página múltiple.
3. COPIAS: el costo de las copias de los registros médicos es de \$ 1.00 por página hasta 25 páginas. Cada página adicional tendrá un valor de \$ .25 centavos según lo dispuesto / permitido por la ley estatal. \*\* Tenga en cuenta que las copias de los registros médicos solo se aplican a la información generada a través de Florida Child Neurology durante la atención y el tratamiento del paciente. Una copia de CD de los estudios EEG internos será de \$ 25.00 por día de estudio.

Si el paciente / padre / tutor necesita una copia de la última prueba de diagnóstico, laboratorio o visita al consultorio para continuar la atención / tratamiento con otro médico y/o proveedor, Florida Child Neurology puede enviar los registros directamente al médico, siempre que los formularios de divulgación médica apropiados han sido firmados.

La parte solicitante debe pagar tarifas por adelantado junto con un formulario firmado de divulgación de registros médicos (si es necesario). Esta tarifa es un costo adicional y no es facturable a un seguro.

Todos los registros, cartas y/o formularios se completarán dentro de los 7-10 días hábiles posteriores a la recepción del pago. Haremos todo lo posible para completar las solicitudes más pronto. Los documentos pueden recogerse en nuestra oficina o enviarse por correo. Nuestro personal llamará cuando los documentos estén listos. Se puede cobrar una tarifa adicional de \$ 5.00 por gastos de envío para el envío de registros más grandes.

Poliza sobre cancelacion y/o no presentarse a su cita

\* Por favor, ponga sus iniciales en cada línea

- \_\_\_\_\_ Un "No presentacion" es una falla para que el paciente se presente a su cita.
- \_\_\_\_\_ Cancelar una cita con menos de 24 horas de aviso se considera una "No presentación" y se le cobrará una tarifa.
- \_\_\_\_\_ La tarifa de "No-Presentacion" es de \$ 35.00 y debe pagarse antes de la próxima cita con el paciente.
- \_\_\_\_\_ La ausencia de tres (3) o más citas dentro de un año debido a "No-Presentacion" o con un aviso inadecuado puede resultar en que el paciente sea dado de alta de la clínica. El despido del paciente queda a discreción del médico / proveedor..
- \_\_\_\_\_ Solo el tratamiento médico de emergencia estará disponible para el paciente dentro de los primeros treinta (30) días de la salida.

Reconozco que he leído y entiendo las tarifas y políticas mencionadas.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso



# RESUMEN DE LA DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES DE LA FLORIDA

---

*(Estatuto de la Florida 381.026)*

La ley de la Florida requiere que su proveedor de cuidados de salud o centro de atención médica reconozcan sus derechos mientras que usted está recibiendo atención médica, y que respete el derecho de su proveedor de cuidados de salud o centro de atención médica de esperar cierto comportamiento por parte de los pacientes. Usted puede pedirle una copia del texto completo de esta ley a su proveedor de cuidados de salud o centro de atención médica. Un resumen de sus derechos y responsabilidades aparece a continuación:

- El paciente tiene el derecho de que se le trate con respeto y cortesía, reconociendo su dignidad individual y protegiendo su necesidad a la privacidad.
- El paciente tiene el derecho de que se le respondan sus preguntas y pedidos de una manera rápida y razonable.
- El paciente tiene el derecho de saber quién le provee servicios médicos y quién se responsabiliza por su cuidado.
- El paciente tiene el derecho de saber qué servicios de apoyo están disponibles para el paciente, incluyendo si hay un intérprete disponible, si él o ella no habla inglés.
- El paciente tiene el derecho a presentarse con cualquier persona de su elección en las áreas permitidas para pacientes en el centro de atención médica o en el consultorio del proveedor para que le acompañe mientras recibe tratamiento como paciente interno o ambulatorio, o durante una consulta con su proveedor de atención médica, a menos que al hacerlo se ponga en riesgo la seguridad o la salud del paciente, de otros pacientes o del personal del centro o del consultorio, o que el centro o el proveedor no tengan espacio razonable para recibirlos.
- El paciente tiene el derecho de saber qué reglas y regulaciones se aplican a su conducta.
- El paciente tiene el derecho de que su proveedor de cuidados de salud le dé información respecto al diagnóstico, planes de curso de tratamiento, alternativas, riesgos y pronósticos.
- El paciente tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento, excepto en casos establecidos por la ley.



- El paciente tiene el derecho de recibir, si lo solicita, información completa y el asesoramiento necesario sobre la existencia de recursos financieros conocidos para ayudar con su cuidado.
- El paciente que tiene elegibilidad para recibir Medicare, tiene el derecho de saber, si lo solicita, y antes de recibir tratamiento, si su proveedor de cuidados de salud o centro de atención médica aceptan la tasa de pagos establecida por Medicare.
- El paciente tiene el derecho de recibir, si lo solicita, y antes de recibir tratamiento, un estimado razonable de lo que se le va a cobrar por el cuidado médico.
- El paciente tiene el derecho de recibir una copia razonablemente clara y comprensible de una cuenta detallada, y si lo solicita, una explicación de los cobros.
- El paciente tiene el derecho de tener acceso imparcial al tratamiento médico o a instalaciones independientemente de su raza, origen nacional, religión, impedimento físico o fuente de pago.
- El paciente tiene el derecho de que se le dé tratamiento de emergencia para cualquier estado de salud que puede deteriorarse si no se le proporciona tratamiento.
- El paciente tiene el derecho de saber si el tratamiento que se le ofrece tiene como propósito llevar a cabo investigaciones experimentales y de consentir o rehusarse a participar en dicho tratamiento.
- El paciente tiene el derecho de expresar sus quejas sobre cualquier violación de sus derechos, tal como aparece en las leyes de la Florida, a través del proceso de quejas del proveedor de cuidados de salud o del lugar que proveyó esos cuidados y con la agencia del estado que expide las licencias apropiadas.
- El paciente tiene la responsabilidad de proporcionarle al proveedor de cuidados de salud, al límite de sus mejores conocimientos, información completa y correcta sobre sus quejas presentes, enfermedades pasadas, estadías en el hospital, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- El paciente tiene la responsabilidad de informar al proveedor de cuidados de salud de cambios inesperados en su condición física.
- El paciente tiene la responsabilidad de informar al proveedor de cuidados de salud, si él o ella comprenden la manera en que se procederá y lo que se espera que él o ella hagan.
- El paciente tiene la responsabilidad de seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor de cuidados de salud.

- El paciente tiene la responsabilidad de ir a sus citas, y si él o ella no puede ir por cualquier razón, debe notificar al proveedor de cuidados de salud o al centro de atención médica.
- El paciente tiene la responsabilidad de aceptar los resultados de sus acciones, si él o ella rehúsa tratamiento o si no sigue las instrucciones del proveedor de cuidados de salud.
- El paciente tiene la responsabilidad de asegurarse de que las obligaciones financieras relacionadas con su cuidado de la salud se cumplan tan pronto como sea posible.
- El paciente tiene la responsabilidad de seguir las reglas y regulaciones del centro de atención médica que tienen que ver con la conducta y el cuidado de los pacientes.

*Historia/Fuente.—s. 1, ch. 91-127; s. 65, ch. 92-289; s. 656, ch. 95-148; s. 21, ch. 98-89; s. 178, ch. 98-166; s. 64, ch. 99-397; s. 7, ch. 2001-53; s. 2, ch. 2001-116; s. 3, ch. 2004-297; s. 12, ch. 2006-261; s. 3, ch. 2008-47; s. 2, ch. 2011-112; s. 1, ch. 2011-122; s. 48, ch. 2012-5; s. 11, ch. 2016-234; s. 1, ch. 2017-152.*

## Florida Pediatric Associates, LLC (FPA)

### El Aviso De las Practicas de Privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE ESTAR LA INFORMACIÓN DE SALUD ACERCA DE USTED USADO Y REVELADO, Y A CÓMO PUEDE GANAR ACCESO USTED ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.**

#### **NUESTRO COMPROMISO PARA SU PRIVACIDAD**

Tenemos por entendido que la información de salud acerca de usted y su cuidado de la salud es personal. Creamos un registro del cuidado y los servicios que usted recibe de Florida Pediatric Associates, el Control Lógico De Vínculos (el ACELERADOR EN COMA FLOTANTE) y es cometido protegiendo información de salud acerca de usted.

Somos requeridos por ley para 1) hacer seguro la información de salud que le identifica es mantenida privada; 2) Repórtele este aviso de nuestras prácticas de privacidad, y; 3) Siga las condiciones del aviso que está actualmente vigente.

#### **EL USO DE RUTINA Y REVELA SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Las siguientes categorías describen las formas diferentes en las cuales podemos usar y podemos revelar su información protegida (PHI) de salud.

- **El tratamiento.** Podemos usar a su PHI para tratarle. o sea pruebas del laboratorio, cuando hacemos el pedido o escribimos una receta para usted, Muchos de la gente quién trabajan para nuestra práctica - incluyendo, pero no limitado a, nuestros doctores y nuestras enfermeras - puede usar o puede revelar su PHI para tratarlo a usted o ayudar otros a su tratamiento. Adicionalmente, podemos revelar a su PHI para los otros fuera del FPA que está involucrado en su cuidado médico.
- **El pago.** Podemos usar y podemos revelar a su PHI para usted, una compañía de seguros o un tercero para enviar la factura y podemos congregar pago para los servicios que usted recibe de nosotros. Esto puede incluir a verificar sus prestaciones de salud o con tal que su información a obtener aprobación previa.
- **Las Operaciones De Cuidado De La Salud.** Podemos usar y podemos revelar a su PHI para manejar nuestro negocio, o sea podemos usar y podemos revelar su información para nuestras operaciones, nuestra práctica puede usar a su PHI para evaluar la calidad de cuidado que usted recibió de nosotros, o para dirigir gestión costada y actividades comerciales de planificación para nuestra práctica. Hay algo de servicios que podemos proveer a través de nuestros colegas de negocio.

#### **OTROS USOS**

- **Recordatorio de citas.** Podemos usar y podemos revelar a su PHI para contactarle y recordarle acerca de una cita..
- **Opciones del tratamiento.** Podemos usar y podemos revelar a su PHI para dar usted a saber acerca de opciones potenciales de tratamiento o alternativas.
- **Servicios Y Beneficios Relacionado Con La Salud.** Nuestra práctica puede usar y puede revelar a su PHI para dar usted a saber acerca de servicios o prestaciones relacionadas con la salud.
- **La Liberación De Informacion Para Familia o Amistades.** Nuestra práctica puede revelar a su PHI a un amigo o el miembro gentilicio que está involucrado en su cuidado, o que asiste en tener cuidado de usted. Por ejemplo, un padre o un guardián puede pedir ese una toma de la niñera su niño para la oficina del pediatra el tratamiento de un resfriado. En este ejemplo, la niñera puede tener acceso a la información médica de este niño.

#### **EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE SU PHI EN CIERTAS CONDICIONES ESPECIALES**

Podemos usar y podemos revelar a su PHI sin su permiso escrito cuando estamos obligados a hacer eso por la condición federal, o la ley local, tan para propositos de la ejecución de la ley, reportando abuso sospechado o negligencia, descuidos de salud o auditorías, planes funerales, donación del órganos, la salud pública tiene en mente o en una emergencia.

#### **OTROS USOS DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Obtendremos su autorización escrita para los usos y las divulgaciones que se identificó por este aviso o permitido

por la ley aplicable. Cualquier autorización que usted nos provee a nosotros referente al uso y divulgación de su PHI puede ser abolido en cualquier momento por escrito. Después de que usted revoque su autorización, nosotros ya no usaremos o revelaremos a su PHI para las razones descritas en la autorización. Por favor note, estamos obligados a retener registros de su cuidado.

### **SUS DERECHOS ESTIMANDO A SU PHI**

Usted tiene los siguientes derechos referente al PHI que mantenemos acerca de a usted:

- **Las comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de demandar que nos comunicamos con usted acerca de su salud y sus asuntos relatados en una manera particular o en una cierta posición. Por ejemplo, usted puede preguntar que le contactamos en casa, en vez del trabajo. Para demandar un tipo de la comunicación confidencial, usted debe hacer a un pedido por escrito el Medical Information Department (Departamento de información medico), especificando el método demandado de contacto, o la posición donde usted tiene el deseo de ser contactado. Nuestra práctica acomodará demandas múltiples **razonables**. Usted no necesita dar una razón para su petición.
- **Demandando a Restricciones.** Usted tiene el derecho de demandar una restricción en nuestro uso o nuestra divulgación de su PHI para operaciones de tratamiento, de pago o de cuidado de la salud. Adicionalmente, usted tiene el derecho de que demandar que restringimos nuestra divulgación de su PHI para sólo ciertas personas físicas involucró en su cuidado o el pago para su cuidado, como amistades y miembros gentilicios. **No estamos obligados a estar de acuerdo con su petición;** Sin embargo, si nosotros estamos de acuerdo, entonces estamos atados por nuestro contrato excepto cuando de otra manera somos requeridos por ley, en las crisis, o cuando la información hay que tratarle. Para demandar una restricción usted debe hacer su petición por escrito para el Medical Information Department. Su petición debe describir en una moda cristalina y sucinta 1) la información que usted desea restringió; 2) si usted demanda limitar el uso de nuestra práctica, la divulgación o ambos; Y 3) para a quién usted quiere que el colmo apliquen.
- **La Inspección Y Copias.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia del PHI, los registros médicos pacientes inclusivos y los registros de la facturación, pero no las notas inclusivas de psicoterapia. Usted debe proponer su petición por escrito para el Medical Information Department para pasar revista y / u obtener una copia de su PHI. que podemos cobrar una tarifa para las expensas de copiar, enviar por correo, y que los suministros se asociaron con su petición. Tratamos de acomodar toda petición razonable, de cualquier forma que si negamos su petición a inspeccionar y / o la copia que usted puede demandar una revisión de nuestra negativa.
- **La enmienda.** Usted nos puede preguntar a nosotros que enmendemos su información de salud si usted cree que es incorrecta o incompleta, y usted puede demandar una enmienda ya que bastante como la información sea conservada por ahí o para nuestra práctica. Para demandar una enmienda, su petición debe estar hecha en nuestra forma Request for Correction/Amendment (Petición para Corrección/Enmienda) y debido someterme a Medical Information Dept. Usted nos debe proveer de una razón que soporta su petición para la enmienda. Negaremos su petición si usted no puede proponer su petición (y la razón dando soporte a su petición) por escrito. También, podemos negar su petición si usted nos pregunta a nosotros que enmendáramos información que se creó por nosotros, o no está en parte de la información médica mantenida por nosotros, o si la información es precisa y completa. Si negamos su petición, entonces usted puede apelar nuestra decisión, por escrito.
- **Llevando Las Cuentas De Divulgaciones.** Todo nuestros pacientes tienen el derecho de demandar una contabilidad de divulgaciones hechas. Esta contabilidad no incluirá divulgaciones de rutina para el tratamiento, pago o propósitos de operaciones de cuidado de la salud. Para obtener una contabilidad de divulgaciones, usted debe proponer su petición por escrito para el Medical Information Department. Todas las demandas múltiples para una "contabilidad de divulgaciones" deben declarar un lapso de tiempo, lo cual no puede ser más larga que seis (6) años de la fecha de divulgación y no puede incluir las fechas antes de 14 de abril, 2003. La primera lista que usted demanda dentro un período de 12 meses es gratis de cargo. Le podemos acusar para listas adicionales dentro del mismo período de 12 meses. Le notificaremos de las expensas complejas con demandas múltiples adicionales, y usted puede abstraer su petición antes de que usted obtenga cualquier expensas.
- **Vindique Para Una Copia en Paper De Este Aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia del escrito de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Para obtener una copia del escrito de este aviso, contacta a nuestro Privacy Officer (Oficial de Privacidad) por escrito.

### **Las QUEJAS**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, entonces usted puede presentar una queja que con nuestro Privacy Officer escoró debajo o con el Secretary of the Department of Health and Human Services (El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos). Todas las quejas deben ser propuestas por escrito. **Usted no será penalizado para presentar una queja.**

### **LOS MENORES DE EDAD Y LAS PERSONAS CON GUARDIANES**

Los menores de edad y ciertos adultos discapacitados tienen derecho a la protección de privacidad para su información de salud. Porque según la ley, no pueden hacer decisiones de cuidado de la salud para ellos mismos, un padre o un guardián pueden hacer decisiones médicas en su patrocinio. Por eso los padres o los guardianes pueden autorizar el uso y la liberación de PHI y también pueden creer que todas las derechas escoraron en este aviso.

Bajo ciertas situaciones definidas por ley, los menores de edad pueden hacer decisiones independientes del cuidado de salud sin padre o el consentimiento o conocimiento custodio. En esas situaciones, el menor de edad puede creer que todos los derechos listados en este aviso. Si el menor de edad le prefiere más bien informar al padre o el guardián, luego todos los derechos de privacidad suponiendo, entonces PHI puede trasladarse para el padre o el guardián. Hay también ciertas situaciones donde ganan acceso, usan o sueltan de uno menor el PHI puede ocurrir sin el consentimiento del padre o el guardián, o sea cuando la salud o la seguridad del menor de edad está corriendo peligro y PHI es menester para proteger al menor de edad.

**Nos reservamos el derecho para revisar o enmendar este Aviso de Practicas de Privacidad. Cualquier revisión o cualquiera enmienda para este aviso será efectiva para todo sus registros que tenemos creares o mantuvo en el pasado, y para cualquier podemos crear o podemos mantener en el futuro. Nuestra práctica echará al correo una copia de nuestro aviso actual en nuestras oficinas en una posición visible, y usted puede demandar una copia de nuestro Notice más actual en cualquier momento.**

Por favor directa cualquier preguntas acerca de este aviso para nuestro Privacy Officer en (727) 456-4244.

La dirección de Privacy Officer:

Florida Pediatric Associates, LLC  
Attn: Privacy Officer  
1033 Dr. Martin Luther King Jr. St. N., Ste 108  
St. Petersburg, Florida 33701

La direccion de Medical Information Department:

Florida Pediatric Associates, LLC  
Attn: Medical Information Department  
1033 Dr. Martin Luther King Jr. St N., Ste 108  
St. Petersburg, FL 33701