

Registro de Paciente

Paciente _____ Sexo: H M FdN ___/___/___ SS# _____

Lengua _____ Raza _____ La Etnia: No Hispano Hispano Latino

Paciente/Hermano _____ Sexo: H M FdN ___/___/___ SS# _____

Lengua _____ Raza _____ La Etnia: No Hispano Hispano Latino

Paciente/Hermano _____ Sexo: H M FdN ___/___/___ SS# _____

Lengua _____ Raza _____ La Etnia: No Hispano Hispano Latino

Paciente/Hermano _____ Sexo: H M FdN ___/___/___ SS# _____

Lengua _____ Raza _____ La Etnia: No Hispano Hispano Latino

Madre/Guardián _____ FdN ___/___/___ SS# _____

Domicilio _____ Teléfono en casa _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____ E-correo _____

Empleador _____ Ocupación _____

Padre/Guardián _____ FdN ___/___/___ SS# _____

Domicilio _____ Teléfono en casa _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____ E-correo _____

Empleador _____ Ocupación _____

Los niños viven con: Madre Padre Guardián _____

Contacto en caso de emergencia:

Una persona que no vive in la casa: _____ Relación _____ Teléfono _____

Qué farmacia utiliza /Lugar: (*Kroger en Madison*) _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

Primaria _____ Póliza # _____ Nombre de Asegurado _____

Secundaria _____ Póliza # _____ Nombre de Asegurado _____

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO Y CESIÓN DE BENEFICIO

Autorizo Rainbow Kids Clinic para tratar mi hijo. También autorizo la liberación de la información médica necesaria para la realización de formularios de seguros. Autorizo el pago directamente a Rainbow Kids Clinic para todos beneficios médica o quirúrgica de otro modo pagaderas a mí bajo los términos de mi seguro. Comprendo que soy financieramente responsable por todos de co-pagos y los cargos no pagados por mi seguro. Una fotocopia de esta autorización será considerada como efectivo y válido como la original. El cuidado médico de inmunizaciones no puede ser dado a menos que mi niño esté acompañado de uno del siguiente: _____

Comprendo que si el médico de mi niño, o cualquier persona empleada por o bajo la dirección y el control del médico de mi niño, es expuesto directamente a líquidos del cuerpo de mi niño en cualquier manera que puede, según las pautas entonces actuales para el Center for Disease Control, transmite el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) o las virus de hepatitis B o C, que soy creído por la ley para haber consentido a probar para la infección con HIV o las virus hepatitis B o C. Comprendo aún más que por la ley yo habré creído en haber consentido a la liberación de estos resultados de prueba a la persona que es expuesta a líquidos del cuerpo de mi niño.

Firma de Padre/Guardián _____ Relación _____ Fecha _____

VOLVER

RECONOCIMIENTO DE LA NOTA DE PRACTICAS DE INTIMIDAD

Rainbow Kids Clinic

111 Otis Smith Drive
Clarksville, TN 37043
(Teléfono) 931-553-6666
(Facsimil) 931-553-4006

Comprendo que, bajo la Transportabilidad de Seguro de enfermedad y Responsabilidad Actúa de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la intimidad con respecto a mi información de la salud protegida. Comprendo que esta información puede y será utilizado a:

- realiza, planea y dirige mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de la asistencia sanitaria que pueden participar en ese tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtiene pago de pagadores de terceros.
- Realice operaciones normales de asistencia sanitaria como evaluaciones de calidad y certificaciones de médico.

He recibido, leí y comprendo su *Nota de Prácticas de Intimidad* contener una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de la salud. Comprendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su *Nota de Prácticas de Intimidad* de vez en cuando y que puedo contactar esta organización en tiempo en la dirección encima de obtener una copia actual de la *Nota de Prácticas de Intimidad*.

Comprendo que puedo solicitar por escrito que restringe cómo mi información privada es utilizada o es revelada para llevar a cabo tratamiento, operaciones de pago o asistencia médica. Yo también comprendo que usted no es requerido a aceptar mis restricciones solicitados, pero si usted no concuerda entonces que tiene que respetar tales restricciones.

Nombre de Paciente _____

Relación al Paciente _____

Firma _____

Fecha _____

USO DE LA OFICINA SOLO

Procuré obtener la firma del paciente en el reconocimiento en esta Nota de Reconocimiento de Prácticas de Intimidad, pero pudo no hacer así como documentado abajo:

Fecha	Iniciales:	Razon:

LA AUTORIZACION PARA OBTENER O SOLTAR LA SALUD PROTEGIDA INFORMACION

Rainbow Kids Clinic

111 Otis Smith Drive
Clarksville, TN 37043
(Teléfono) 931-553-6666
(Facsimil) 931-553-4006

Yo, _____ por la presente autorizo

Rainbow Kids Clinic

- Suelta copias Todos los registros
- Obtiene registros Inmunización Registra
- Otro _____

de Información de Salud Protegida de _____ *Paciente*

FdN de Paciente _____.

De: _____

Domicilio _____

Ciudad _____, Estado _____ Código Postal _____

o

Envía Registros a: _____

Domicilio _____

Ciudad _____, Estado _____ Código Postal _____

Paciente/Guardian Legal o Padre/Guardian Legal Firma

Fecha de Autorización

RAINBOW KIDS CLINIC

CITAS

Debido a requisitos de HIPPA, somos requeridos a tener cada paciente acompañado de un padre o guardián legal a menos que el padre haya listado a otro individuo en el papeleo inicial. Si un listó a persona le acompaña niño, él o ella deben presentar imagen identificación.

- Planificar: Puede planificar las citas llamando nuestra oficina o sometiéndose una petición en nuestro sitio de web junto con la fecha y el tiempo que trabaja mejor para usted. Sin embargo, planificar en línea es sólo para bien chequeos. Por citas urgentes, nosotros preguntamos que llama por favor nuestra oficina directamente.
- Cambio de fecha/hora y Cancelaciones: Para cambiar la fecha/hora de o cancelar una cita, hace así por favor por lo menos 4 horas antes de tiempo de cita. Queremos dar todos los pacientes una oportunidad de concertar un cita si necesitado. Si es con más de 10 minutos de retraso por una cita, puede tener que ser reprogramado (excepciones pueden ser causadas a niños enfermos en un caso por base de caso).
- No Llega: Si falla de llegar por una cita que ha sido planificada, es considerado un NO LLEGA. Nuestra oficina no tolera NO LLEGAS. Después tres NO LLEGAS, tenemos el derecho de terminarle de nuestra oficina.
- Bien Chequeos y Físico: Todos los pacientes planificados para un chequeo bien físico deben tener a un padre o guardián legal lo acompaña el o ella para que el médico o el enfermero lo puedan dar el o ella el mejor cuidado posible. Nosotros sólo podemos ver **dos hermanos** en un tiempo y día de la cita para bien chequeos/físicos.

Pacientes en la Sala de Espera y el Examen se Alojjan

Pacientes deben mirar a sus niños en la zona de espera. Por favor no permita a niños para correr ni subir en los muebles. Los niños no pueden quedarse solo en la zona de espera ni examen se aloja. Los niños también deben ser mantenidos lejos el taburete rodante en el cuarto de examen. Los niños son de no ser dejados desatendido en las mesas de examen. Debido a requisitos de HIPPA, nosotros no podemos permitir padres y pacientes para andar fuera de los cuartos de examen antes del médico o el enfermero que entrando en la sala. Quédense por favor en el cuarto de examen hasta que el médico o el enfermero hayan completado el examen de su niño.

Usuarios de Teléfono Celular

Después de que la enfermera llame para su niño, por favor vuelta de sus teléfonos celulares. Hablar en teléfonos celulares puede estar distrayendo a las enfermeras y médico intenta tratar su niño. Esto incluye el personal de recepción también.

Peticiones para Repuestos de Prescripciones o Formas

Peticiones para repuestos, las formas para la escuela, guardería, o VIC pueden ser sometidos por teléfono o en nuestro sitio de web. Permita por favor 24-48 horas de completar.

Mensajes Para Su PCP

Mensajes pueden ser sometidos en nuestro sitio de web o llamando nuestra oficina directamente. Todas las llamadas telefónicas o los mensajes de no-emergencia serán contestados por el fin del día trabajo. Si el asunto es urgente, ***LLAME POR FAVOR NUESTRA OFICINA INMEDIATAMENTE!***

Firmando estas declaraciones de política, yo reconozco que he leído todas las políticas y las prácticas de Rainbow Kids Clinic y concuerdo en seguir según a encima de políticas.

Firma _____

Fecha _____



Satish D. Prabhu, M.D.

INICIALE REGISTRO DE PACIENTE

(Ser llenado por padre)

NOMBRE DE PACIENTE: _____ FECHA: _____

A. EMBARAZO Y PARTO

1. Edad de la madre al nacer: _____
2. ¿Tuvo la madre cualquier enfermedad durante embarazo? No Sí
3. ¿Tomó cualquier medicina además de vitaminas & hierro? No Sí
4. ¿Nació el bebé en tiempo? No Sí
5. Nombre del hospital donde bebé nació _____
6. ¿Qué fue el peso del nacimiento? _____ pesos _____ onzas
7. ¿Tuvo el bebé cualquier problema que comienza a respirar? No Sí
8. ¿Tuvo el bebé cualquier problema mientras en el hospital?
(ictericia, infecciones, otro) No Sí
¿Qué tipo? _____

B. HISTORIA CLÍNICA PASADA

1. ¿Quién ha sido el médico de niño hasta ahora? _____
2. ¿Ha tenido su niño reacciones alérgicas a cualquier medicina, alimentos, mordeduras de insecto? No Sí
¿Cuál reacciones? _____
3. ¿Ha tenido su niño reacciones a inmunizaciones? No Sí
¿Cuál reacciones? _____
4. ¿Cualquier hospitalización de otra manera que para nacimiento? No Sí
¿Para qué? _____

5. ¿Alguna heridas graves? No Sí
¿Qué tipo? _____

C. LISTE MEDICINAS TOMADAS POR NIÑO AHORA

D. ALIMENTAR Y NUTRICIÓN

1. ¿Es el apetito de su niño generalmente bueno? No Sí
2. ¿Había cólico severo o problema excepcional que alimentan durante los primeros 3 meses? No Sí
3. ¿Disiente de cualquier alimento a él/ella? No Sí
4. ¿Para los primeros 6 meses, es él/ella que amamantado o alimentó por botella? _____
5. ¿Si todavía en leche maternizada, cuál tipo? _____
6. ¿Toma vitaminas? No Sí

E. REVISIÓN DE SISTEMAS

1. ¿Ha tenido su niño las infecciones frecuentes de oreja? No Sí
2. ¿Cualquier problemas del ojo? No Sí
3. ¿Tiene él/ella tuvo cualquier problemas con dientes? No Sí
4. ¿Tiene él/ella tiene fríos frecuentes o gargantas adoloridas? No Sí
5. ¿Hay asma, pulmonía, o tos recurrente? No Sí
6. ¿Tiene un soplo en el corazón o algún problemas cardíaco? No Sí
7. ¿Tiene problemas con micción? No Sí
8. ¿Tiene problemas con diarrea o estreñimiento? No Sí
9. ¿Ha habido cualquier convulsión u otros problemas con el sistema nervioso? No Sí
10. ¿Tiene eczema, colmenas, u otras piel condiciones? No Sí
11. ¿Jamás ha estado su niño anémica? No Sí
12. Liste por favor cualquier otros problemas médicos: _____

F. DESARROLLO/CONDUCTA

1. ¿En qué edad se sintió su niño sólo? _____
2. ¿En qué edad él/ella anda sólo? _____
3. ¿Dice él/ella que cualquier palabra cuando él/ella fue años 1-1/2 viejos? No Sí
4. ¿Cómo compara este niño a otros niño de su edad? _____
5. ¿Tiene él/ella cualquier problema que duerme? No Sí
6. Rodee si su niño ha tenido cualquiera de lo siguiente:
clave morder hojee chupar incontinencia nocturna genio malo
problemas con instrucción de baño hiperactividad pesadillas
problemas de discurso problemas de disciplina otros

G. REGISTRO DE INMUNIZACION

¿TIENE UN REGISTRO DE INMUNIZACIÓN? No Sí

H. DIETA TÍPICA DE NIÑO

Desayuno: _____
 Almuerzo: _____
 Cena: _____
 Otro: _____

NOMBRE DE PACIENTE: _____

FECHA: _____

HISTORIA SOCIAL

<i>HISTORIA</i>	<i>MAMA</i>	<i>PAPA</i>
Edad:		
Problemas de Salud:		
Empleo:		
Fume Cigarrillos:		
Alcohol:		
Historia de Viaje:		
Niños de la relación(es) anterior(s):		

Padres casada? Sí No

OTRAS PERSONAS EN LA CASA DE FAMILIA

Lista los nombres y los edades de los hermanos y de otros que viven en la casa con niño:

Nombre	Edad	Nombre	Edad

CASA DE FAMILIA/ANIMALES FAVORITOS/ANIMALES

Tipo de casa? Privadp Apartamento Condo Calefacción en la casa? Eléctrico Gas Madera

Pets/Animals? Sí No Kind? _____ Inside house Outside house

ESCUELA/SERVICIO DE GUARDERÍA (si aplicable)

Nombre de Escuela/Servicio de Guardería el niño asiste:

Gradúe: _____ Maestro: _____

HISTORIA DE LA FAMILIA

INDIQUE QUIÉN

Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Soplo en el Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Latido del Corazón Irregular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fibrosis cística	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Infarto (menos que 50 años)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cualquiera en familia para ser tratado para el cáncer ahora	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Atraso Mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Miopía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Reflujo de GU (reflujo de riñón)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diabetes en Los Niños	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enfermedad de Célula de Hoz	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Desórdenes Sangrientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Migrañas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enfermedad de Crohns/IBD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ojo Perezoso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	