



Información demográfica del paciente

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F ☐ M ☐

Raza: ☐ Rechazar ☐ Caucásicos ☐ Negros/Afroamericanos ☐ Nativos americanos/Nativos de Alaska ☐ Asiáticos
☐ Hispanos ☐ Vietnamita ☐ Isla del Pacífico/Hawái ☐ Otros _____

Etnicidad: ☐ Rechazar ☐ Hispano/Latino ☐ No hispano/Latino

Idioma: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otros: _____ ¿Necesitas intérprete? ☐ Sí ☐ No

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____

Dirección alternativa: _____ Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono principal: _____ Número de teléfono alternativo: _____

PCP: _____ Número de teléfono: _____

Información sobre la parte responsable

Relación con el paciente: _____ Nombre del padre/tutor _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono principal: _____ Empleador: _____

Relación con el paciente: _____ Nombre del padre/tutor _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono principal: _____ Empleador: _____

Portal del Paciente

Sandbar Pediatrics ofrece un portal para pacientes, donde puedes acceder a la información médica de tu hijo en línea, en cualquier momento, así como concertar citas y enviar comunicaciones al personal de la consulta. Por favor, proporcionanos tu correo electrónico si deseas inscribirte. Puedes acceder a tu portal del paciente a través de la **app Healow**.
¿Quieres apuntarte? ☐ Sí ☐ No

Dirección de correo electrónico: _____

Información de farmacia

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Contactos de HIPAA

Nombre de la persona o personas a las que desea recibir cualquier resultado de pruebas, información médica o de facturación en su nombre, incluyendo a cualquier persona a la que desee acompañar a su hijo a las consultas:

Nombre: _____ Relación a el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono principal #: _____

Nombre: _____ Relación a el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono principal #: _____

Nombre: _____ Relación a el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono principal #: _____

☐ Marca la casilla si quieres ser tu **único** contacto HIPAA.

Reconozco que esta autorización HIPAA sigue vigente hasta que dé una notificación por escrito para discontinuar.

Información sobre seguros

¿Tienes seguro? ☐ Sí ☐ No

**Pago propio, por favor marque esta casilla ☐

Sandbar Pediatrics ofrece un programa de descuento por tarifas móviles para personas sin seguro o con seguro insuficiente, ¿te gustaría solicitar? ☐ Sí ☐ No

Seguro principal: _____ Número de suscriptor: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro secundario: _____ Número de suscriptor: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro terciario: _____ Número de suscriptor: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorización para pagar y aceptación de responsabilidad

Por la presente autorizo el pago directamente a Sandbar Pediatrics por todos los beneficios de seguro que de otro modo me correspondan por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo que no haya pagado mi seguro. Los copagos deben ser pagados en el momento de la notificación. Este es un contrato entre tú y la aseguradora y debe cobrarse. Para las citas programadas, los saldos previos deben pagarse antes de la visita.

X _____

Firma (Padre/tutor si el paciente tiene menos de 18 años)

Fecha

Declaración de Política de Vacunación

Las recientes directrices de vacunación de los CDC no reflejan un cambio basado en la evidencia en la seguridad o eficacia. Por ese motivo, nuestra consulta seguirá las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP), que se alinean con las directrices anteriores de los CDC y están respaldadas por la mejor evidencia pediátrica disponible.

Las vacunas son una parte importante para mantener la salud de tu hijo y el momento es crucial. El calendario de vacunación de la Academia Americana de Pediatría está diseñado para que niños y bebés estén protegidos de enfermedades peligrosas como el sarampión, las paperas, la polio y diversas formas de hepatitis a la edad más temprana que les resulta saludable. Cada año, los calendarios de inmunización son evaluados por los mejores expertos y especialistas pediátricos de todo el país, utilizando los conocimientos e investigaciones más actualizados para lograr posibles mejoras. Por este motivo, es importante que los padres hablen con su pediatra certificado para conocer las recomendaciones actuales y programar las vacunas de su hijo.

En cada visita de sanidad, en Sandbar Pediatrics hablaremos sobre las vacunas que tu hijo necesitará próximamente, así como las vacunas que ya están a punto de recibir.

Sandbar Pediatrics **no acepta** familias que no tengan intención de vacunar a sus bebés. Si se solicita un calendario de vacunación alternativo, las vacunas deben comenzar a los 6 meses de edad, con un plan para completar la serie de vacunación primaria antes de los 2 años. Este acuerdo debe ser firmado por el padre o tutor y cumplido según lo establecido. El incumplimiento del plan de vacunación acordado resultará en la expulsión de la práctica.

Tampoco podemos aceptar traslados de niños no vacunados mayores de 6 meses a nuestra consulta. Las familias que se trasladen a Sandbar Pediatrics deben aportar documentación en un plazo de 30 días que demuestre que todas las vacunas actualmente vencidas, según el calendario de vacunación recomendado por la Academia Americana de Pediatría (AAP), han sido administradas.

Siempre estamos encantados de hablar contigo de cualquier pregunta o preocupación de forma individual. Nuestro objetivo compartido es mantener a tu hijo sano, protegido y prosperando.

Historial de Evaluación de Elegibilidad del Paciente

Programa de Vacunas para Niños

Este proveedor participa en el Programa de Vacunas para Niños (VFC). Si cumple los requisitos de este programa, podemos proporcionar las vacunas de su hijo a un precio reducido. Para determinar la elegibilidad, debemos saber si tu hijo tiene un seguro que cubra las vacunas.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

NO ELEGIBLE PARA LA VACUNA SUMINISTRADA POR EL ESTADO (Comprueba si procede)

☐ El niño de 18 años o menos tiene un seguro que cubre las vacunas. (Seguro completo / pago privado, incluye planes con franquicia alta)

ELEGIBLE PARA LA VACUNA SUMINISTRADA POR EL ESTADO

Este niño de 18 años o menos cumple los requisitos para la vacunación con la vacuna suministrada por el estado porque (marque solo una casilla):

- | | |
|---|--|
| ☐ El niño está inscrito en Medicaid | ☐ El niño está inscrito en PeachCare for Kids |
| ☐ El niño es indígena americano o nativo de Alaska | ☐ El niño no tiene seguro médico (no asegurado) |
| ☐ El niño tiene seguro médico que no cubre las vacunas (Con seguro insuficiente) | |

X _____

Firma (Padre/tutor si el paciente tiene menos de 18 años)

Fecha

Autorización y Acuerdo para el Tratamiento

Consentimiento al tratamiento: Entiendo que el tratamiento médico es necesario para el paciente y que dichos cuidados, tratamientos y procedimientos serán realizados por empleados de Sandbar Pediatrics. Por la presente concedo mi autorización y consentimiento para dicho tratamiento y procedimientos y certifico que no se ha dado ninguna garantía ni garantía sobre los resultados que puedan obtenerse.

Divulgación de Información Sanitaria Protegida: Por la presente autorizo a Sandbar Pediatrics a facilitar mi información médica relacionada con estos servicios para fines de seguro de salud, al médico personal del paciente o a un médico derivado. Autorizo el pago directo de todas las prestaciones a Sandbar Pediatrics y autorizo la presentación de formularios de seguro con esta firma registrada. Doy permiso para que mi Información de Salud Protegida sea divulgada con el fin de comunicar resultados y decisiones de cuidado a los familiares y a otras personas seleccionadas para la divulgación de PHI.

Política de No Presentación: Entendemos que pueden ocurrir eventos que te impidan asistir a la cita programada, sin embargo, debes avisarnos con antelación. Esto nos permitirá ver a otros pacientes que puedan necesitar ser atendidos durante ese tiempo. Nuestra política es que, si un paciente pierde tres visitas sin notificación en un periodo de 12 meses, nos reservamos el derecho de darle el alta.

Historiales médicos/Tarifas de formularios: Los registros médicos son propiedad de la consulta. Puedo solicitar copias de los historiales médicos rellendo un formulario de solicitud de historiales médicos. Las copias necesarias para la continuación del cuidado son gratuitas. La Consulta proporcionará copias en un plazo de 30 días desde la recepción de una solicitud por escrito. Los formularios FMLA o cualquier formulario adicional están sujetos a una tarifa de 25,00 \$. Las solicitudes de formularios médicos requieren 72 horas para su procesamiento.

Observación/Asistencia al Alumnado: Consiento que los estudiantes, incluidos becarios, residentes, estudiantes de Asistente Médico, estudiantes de Medicina, internos, estudiantes clínicos de enfermería o técnicos, y representantes de manufactura o empresas, puedan observar o ayudar en la atención que se llevará a cabo en Sandbar Pediatrics.

Consentimiento para recordatorios y notificaciones al paciente: Está consintiendo recibir mensajes de nosotros, su proveedor sanitario, que utilizan un sistema automático de marcación telefónica para entregar un mensaje de texto, voz o pregrabado que puede contener información relacionada con la salud o asesoramiento de gestión sanitaria en el(los) número(s) de teléfono que usted ha proporcionado. Entiendes que no estás obligado a dar tu consentimiento para recibir dicha información o asesoramiento de tu proveedor sanitario. Tu solicitud para recibir mensajes automáticos de voz y texto de nuestra parte, tu proveedor sanitario, constituye tu acuerdo con estos términos y condiciones. Aceptas que podamos enviarte mensajes automáticos de voz y texto a través de tu proveedor de telefonía móvil al número válido de móvil o fijo que nos hayas proporcionado. Aceptas indemnizarnos, defendernos y eximirnos de responsabilidad a nosotros, a nuestro proveedor de servicios tecnológicos - Healow LLC, a nuestro proveedor de historiales médicos electrónicos - eClinicalWorks LLC, y a sus empresas afiliadas de cualquier reclamación, responsabilidad, daño o coste derivado de tu solicitud para recibir mensajes automáticos de voz o texto o de proporcionarnos, a nosotros, tu proveedor sanitario, un número de teléfono que no sea el tuyo. Aceptas que nosotros y nuestros proveedores de soluciones tecnológicas no seremos responsables por entregas fallidas, tardías o mal dirigidas de cualquier información que te envíen o envíen por ti, incluidas las solicitudes de exclusión.

Reconocimiento del paciente: Reconozco que se me ha brindado la oportunidad de recibir el Aviso de Prácticas de Privacidad de Sandbar Pediatrics y que se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre el Aviso y su contenido. Entiendo que puedo solicitar una copia impresa del Aviso en cualquier momento. También entiendo que los proveedores de Sandbar Pediatric pueden utilizar tecnología de escucha ambiental, que es un software que registra la información comunicada por mí, mis representantes personales y mi equipo de atención y transcribe esa información a mi historial médico. Puedo optar por no usar esta tecnología en cualquier momento informando a mi equipo de atención. Reconozco además que puedo solicitar un acompañante durante mi cuidado, incluso cuando haya traído a otra persona conmigo. Para ciertos exámenes, se proporcionará automáticamente un acompañante. Si quiero un acompañante, avisaré a mi equipo de atención.

He leído y comprendo completamente los agradecimientos y acuerdos anteriores.

X _____

Firma (Padre/tutor si el paciente tiene menos de 18 años)

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

NOTA: Llene un formato por paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre

Fecha de nacimiento

Domicilio

Correo electrónico

Número de teléfono

LIBERAR EXPEDIENTE MÉDICO DE:

Nombre

Número de teléfono

Domicilio

Correo electrónico / Número de fax

LIBERAR EXPEDIENTE MÉDICO A:

Pediatría Sandbar

Nombre

(912) 694-1094

Número de teléfono

617 Palisade Drive Brunswick, GA 31523

Domicilio

info@sandbarpediatrics.com / (912) 694-1095

Correo electrónico / Número de fax

FECHAS DE SERVICIO:

EXPEDIENTE MÉDICO A LIBERAR: (OBLIGATORIO - Marque las opciones de abajo)

☐ Consultas en consultorio- p. ej., notas de evolución, lista de medicamentos, historial médico

☐ Referencias- especialistas

☐ Reportes de radiología- p. ej., radiografías

☐ Tablas de crecimiento

☐ Facturas desglosadas

☐ Otro (especifique): _____

☐ Ecocardiogramas- p. ej., cardiología

☐ Cartilla de vacunación

(OBLIGATORIO) ☐ AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO la liberación de información relacionada con SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana), atención psiquiátrica y/o evaluación psicológica, y tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas (INICIALES): _____

FINALIDAD DE LA LIBERACIÓN: (OBLIGATORIO)

☐ Copia personal

☐ Se mudó

☐ Para fines de seguro

☐ Asunto legal

☐ Transferencia de atención (Especifique el motivo): _____

☐ Determinación de discapacidad

☐ Cambio de seguro

☐ Pasó a médico de cabecera de adultos

☐ Otro (Explique, por favor): _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O DEL PACIENTE (SI EL PACIENTE TIENE 18 AÑOS O MÁS):

Reconozco que soy representante legal o una persona autorizada del paciente indicado arriba. Al firmar a continuación, autorizo la liberación y divulgación de la información de salud protegida del paciente. Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo cancelar esta solicitud mediante una notificación por escrito y que esto no afectará la información divulgada antes de que se notifique la cancelación. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una re-divulgación por la persona o la institución que la reciba, y entonces ya no estaría protegida por las regulaciones federales. Entiendo que puedo recibir una compensación si esta información se utiliza para mercadotecnia y ventas. Entiendo que el proveedor médico a quien se autoriza entregar esta información no puede condicionar mi atención a que yo firme esta autorización.

Firma del Representante Legal/Paciente (18 años o más)

Fecha

Nombre en letra de molde del Representante Legal/Paciente (18 años o más)

Parentesco con el paciente

Formulario de Historia Clínica Pediátrica – Primera consulta

Nombre del/de la menor _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Masculino _____ Femenino _____

Nombre de la madre _____ Nombre del padre _____

Formulario llenado por _____ Fecha _____

Antecedentes médicos del/de la menor

Embarazo/Periodo neonatal

¿Dónde nació su hijo(a)? _____

¿El/la menor es suyo(a) por nacimiento / adopción / hijastro(a) / otro _____

Complicaciones durante el embarazo _____

Parto vaginal / cesárea / Motivo de la cesárea _____

Complicaciones _____

¿Su hijo(a) nació prematuro(a)? No / Sí, nació a las _____
semanas Complicaciones _____

Puntajes de Apgar 1 minuto _____ 5 minutos _____

Peso al nacer _____ Estatura _____

Otros problemas durante el periodo neonatal _____

Lactancia/Infancia/Adolescencia

¿Alguna vez han tratado a su hijo(a) o le han diagnosticado: (explique)

- ☐ Asma o enfermedad reactiva de las vías respiratorias _____
- ☐ Sibilancias o bronquiolitis _____
- ☐ Alergias estacionales o eccema _____
- ☐ Alergia alimentaria _____
- ☐ Infecciones de oído recurrentes _____
- ☐ Neumonía _____
- ☐ Infecciones de vías urinarias _____
- ☐ Síndrome genético _____
- ☐ Convulsiones _____
- ☐ Anemia _____
- ☐ Fractura ósea _____
- ☐ Discapacidad intelectual o dificultad de aprendizaje _____
- ☐ Depresión/ansiedad _____

Otras condiciones médicas crónicas _____

¿Alguna vez han hospitalizado a su hijo(a)? No / Sí (explique)

Cirugías previas y fechas _____

Pediatra anterior _____

Indique cualquier especialista que actualmente atiende a su hijo(a) y el motivo:

Medicamentos

ALERGIAS a medicamentos/vacunas (anote y describa la reacción)

Medicamentos actuales y dosis: _____

Vitaminas _____

Suplementos herbales _____

Medicamentos de venta libre _____

Desarrollo/Nutrición

¿A qué edad su hijo(a):

Caminó sin apoyo _____ Se sentó sin apoyo _____

Dejó el pañal (de día) _____ Dijo palabras _____

_____ 1ª menstruación (mujeres) _____

¿Su hija(o) tomó leche materna? ☐ No / Sí, ¿por cuánto tiempo? _____

¿Su hijo(a) ha tenido algún problema inusual con la alimentación o la dieta? Explique.

Antecedentes sociales

¿Quiénes viven en el hogar de la/el menor? Mamá / Papá / Padrastro/Madrastra _____
☐ Hermanos(as) (n.º _____) / Abuelos(as) / Otro _____

Ocupación de la madre _____

Ocupación del padre _____

Los padres de la/el menor están casados / no casados / divorciados / otro _____

Cuidado infantil padres / familiares / guardería / niñera _____

Días por semana en cuidado infantil (sin los padres) _____

Nombre de la escuela _____ Grado _____

¿Hay alguna preocupación sobre el desempeño escolar? No / Sí, explique

¿Alguna persona en el hogar fuma? Sí / No

¿Cuántas horas al día dedica su hija(o) a:

Ver TV _____ Computadora _____ Video/juegos _____

Deportes/ejercicio: Tipo _____

¿Con qué frecuencia? _____ ¿Cuánto tiempo? _____ min

Antecedentes familiares

¿Algún familiar tiene alguna de las siguientes condiciones?

Condición	Madre	Padre	Hermana(o)	Abuela(o)
Asma	☐	☐	☐	☐
Anemia	☐	☐	☐	☐
Trastorno de la sangre	☐	☐	☐	☐
Cáncer	☐	☐	☐	☐
Infarto/enfermedad del corazón	☐	☐	☐	☐
Colesterol alto	☐	☐	☐	☐
Presión arterial alta	☐	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐	☐
Enfermedad de la tiroides	☐	☐	☐	☐
Enfermedad renal	☐	☐	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	☐	☐
Migrañas	☐	☐	☐	☐
Depresión/ansiedad	☐	☐	☐	☐
Alcoholismo	☐	☐	☐	☐
TDA/TDAH	☐	☐	☐	☐

Por favor explique todas las respuestas afirmativas. _____

Revisión de sistemas (Marque todo lo que corresponda)

Generales

- ☐ Fiebre, escalofríos Cansancio
- ☐ Pérdida/aumento de peso sin explicación

☐ Sed excesiva

Oído, nariz y garganta

- ☐ Voz fuerte, problema de audición
- ☐ Respira por la boca, ronca
- ☐ Dolor de oído
- ☐ Esgurrimiento nasal frecuente

Respiratorio

- ☐ Tos, falta de aire
- ☐ Opresión en el pecho,
- sibilancias **Músculo-esquelético**
- ☐ Dolor muscular, debilidad
- ☐ Dolor e hinchazón en articulaciones
- ☐ Dolor en huesos

Otros (ojos, piel, sangre)

- ☐ Visión borrosa / Entrecierra los ojos
- ☐ Ojos "bizcos" / Ojos con comezón

Gastrointestinal

- ☐ Náusea, vómito, diarrea
- ☐ Estreñimiento, sangre en heces

Cardiovascular

- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Dolor en el pecho, palpitaciones
- ☐ Se cansa fácil con el esfuerzo

Desmayo

Genitourinario

- ☐ Orina frecuente o dolor al orinar
- ☐ Se hace pipí en la cama, accidentes frecuentes

Neurológico

- ☐ Flujo vaginal o del pene
- ☐ Dolor de cabeza o Convulsiones
- ☐ Torpieza / Retraso en hitos del desarrollo **Psiquiátrico/emocional**
- ☐ Ansiedad/estrés / Depresión
- ☐ Problemas para dormir / Preocupación por enojo

☐ Preocupación por atención e impulsividad