



www.graybill.org

# REGISTRO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

¿Cómo se enteró de nosotros?

- Periódico
- Internet / La red
- Referido por su Seguro
- Amistad / Familia

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APPELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO	GÉNERO ACTUAL <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININA <input type="checkbox"/> INDISTINTO		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL XXX-XX-XXXX	FECHA DE NACIMIENTO mm/dd/aaaa	EDAD	MÉDICO PRIMARIO		
DOMICILIO	#APT	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO	
TELÉFONO (XXX) XXX-XXXX	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> DE DÍA			CORREO ELECTRÓNICO (ejemplo@prueba.com)	
RAZA	ETNIA	IDIOMA			

## CONTACTO EN CASE DE EMERGENCIA

NOMBRE	TELÉFONO (XXX) XXX-XXXX	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> DE DÍA
RELACIÓN CON EL PACIENTE		

## INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

NOMBRE Y DOMICILIO DE ASEGURADORA PRINCIPAL		NÚMERO DE PÓLIZA
NÚMERO DE GRUPO	NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL XXX-XX-XXXX	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL mm/dd/aaaa	RELACIÓN CON EL PACIENTE
NOMBRE Y DOMICILIO DE ASEGURADORA SECUNDARIA		NÚMERO DE PÓLIZA
NÚMERO DE GRUPO	NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL XXX-XX-XXXX	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL mm/dd/aaaa	RELACIÓN CON EL PACIENTE

## INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE		APELLIDO DE SOLTERA			
FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE mm/dd/aaaa		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA MADRE XXX-XX-XXXX			
DOMICILIO	#APTA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO	
TELÉFONO (XXX) XXX-XXXX	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> DE DÍA			CORREO ELECTRÓNICO (ejemplo@prueba.com)	
NOMBRE DEL EMPLEADOR DE LA MADRE					
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA <input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/> OTRO _____					
NOMBRE COMPLETO DEL PADRE					
FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE dd/mm/aaaa		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE XXX-XX-XXXX			
DOMICILIO	#APTA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO	
TELÉFONO (XXX) XXX-XXXX	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> DE DÍA			CORREO ELECTRÓNICO (ejemplo@prueba.com)	
NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL PADRE					
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> OTRO _____					

## INFORMACIÓN DE LA CUSTODIA DEL PACIENTE

¿Quien tiene la custodia del paciente?  MADRE  PADRE  OTRO (NOMBRE): \_\_\_\_\_

**POLÍTICA FINANCIERA:** Se espera que liquide por completo o cubra su copago al momento de recibir los servicios. Los servicios que reciba no amparados por la cobertura de su plan de salud serán su responsabilidad. **CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo a Graybill Medical Group, Inc., a administrar el tratamiento médico y realizar los procedimientos médicos determinados como necesarios. Autorizo que se comparta mi información médica a mi aseguradoras o agentes de la aseguradora para procesar el pago por los servicios. A mi buen saber y entender, toda la información anterior es verdadera y correcta. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Asigno todos los pagos que hará mi aseguradora a Graybill Medical Group, Inc.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE / TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL PACIENTE



www.graybill.org

## ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
---	---------------------	-------

- **Copagos:** Su seguro médico nos requiere cobrar el copago al momento de su visita. La exoneración del copago puede constituir fraude bajo leyes estatales y federales. Por favor ayúdenos a respetar la ley pagando su copago en cada visita.
- **Pago de Deducibles:** Si su seguro médico le requiere satisfacer la cantidad de su deducible antes de cubrir los servicios, usted deberá hacer su pago al momento de su visita. La cantidad de \$100.00 será requerida al momento de su visita. Por favor tenga en cuenta que el pago de \$100.00 no constituye el pago en su totalidad y cualquier saldo pendiente se le notificará por medio de esta oficina.
- **Facturas por Servicios Prestados.** Nosotros solicitaremos a su seguro médico los pagos por servicios prestados y le asistiremos de cualquier manera razonable para que se paguen sus facturas. Se espera que su seguro médico pague en un plazo de 45 días. Después de 45 días, esperaremos de usted el pago en su totalidad. Usted será responsable de liquidar cualquier servicio no cubierto por su seguro médico según las reglas y pólizas de Medicare. Debemos tener una copia de su tarjeta de seguro médico más reciente y también para algún otro seguro suplementario o secundario que pueda tener. Las cuentas vencidas por más de 90 días están sujetas a ser enviadas a una agencia de cobranzas o a un juzgado de reclamos menores por facturas no pagadas. Si recibimos notificación de que usted no tiene cobertura o nosotros no tenemos contrato con su seguro médico, usted será responsable por todos los cargos incurridos. Puede ser que su seguro médico le pida mandar cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con esta petición.
- **Servicios de Cuidado Preventivo:** Los exámenes de rutina no siempre son cubiertos por su seguro médico. Tenga en cuenta que si un problema adicional es observado en su visita, podría incurrir un cobro adicional de un copago o deducible por esta visita médica. Si los servicios son negados por su seguro médico o no nos ha proporcionado la información correcta de su seguro médico, usted será responsable de pagar por estos servicios.
- **Pacientes que Pagan sus Propias Cuentas.** La cantidad que usted pague hoy por su consulta médica, podría no ser su pago final. Podría incurrir otros costos hoy, por ejemplo y por mencionar solo algunos, por análisis de laboratorio, radiografías, inyecciones, procedimientos especiales o cobros extra por la consulta.
- **Cobros de Laboratorio:** Cualquier procedimiento de laboratorio ordenado durante su visita de hoy será facturado por separado por el laboratorio. Favor de llamar directamente al laboratorio para cualquier pregunta que tenga sobre su cobro.
- **Citas Perdidas:** Por favor tenga en cuenta que un cobro de \$25 será aplicado por citas perdidas o no canceladas dentro de un día laboral. Este cobro será su responsabilidad y será facturado directamente a usted. Por favor ayúdenos a servirle mejor manteniendo su cita programada. Si en algún momento usted experimenta dificultades financieras y necesita hacer arreglos de pago, favor de ponerse en contacto con nuestra oficina de facturación.

**Asignación de Beneficios.** Por esta Acuerdo concede autorización para que se comparta la información necesaria para procesar y completar mi reclamo de prestaciones al seguro médico, y para que se haga el pago de beneficios directamente a Graybill Medical Group por todos los servicios prstados. *Sus iniciales:* \_\_\_\_\_

He leído y entendido la información en esta Acuerdo, Me comprometo a cumplir con las políticas financieras de la oficina y soy financieramente responsable por me cuenta.

*Firma del Padre o Tutor:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_



www.graybill.org

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO  
DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
Representante de Privacidad (760) 273-8589**

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE INICIAL MEDIA)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
--	---------------------	-------

Por este conducto reconozco que me han ofrecido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de Graybill Medical Group. Me han informado que una copia del aviso vigente de las Prácticas de Privacidad estará a la vista en el área de recepción y que toda enmienda hecha a las Prácticas de Privacidad estará disponible en cada cita.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO DEL PACIENTE (XXX) XXX-XXXX

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MÉDICO

Si el paciente no firma, favor indicar su relación con el paciente:

- Padre, Madre o Tutor
- Tutor o Persona responsable de un paciente con incapacidad física o mental
- Beneficiario o Representante de un paciente fallecido

Quisiera recibir una copia de cualquier aviso enmendado a las Prácticas de Privacidad or medio de mi correo electrónico (email) \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_



www.graybill.org

# SOLICITUD DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL PARA ACCEDER A LA CUENTA DEL PORTAL NEXTGEN® DE UN PACIENTE MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE INICIAL MEDIA)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
--	---------------------	-------

Los padres y tutores legales pueden solicitar acceso a la información médica protegida (Private Health Information, PHI) del paciente menor por medio del Portal NextGen® de Graybill Medical Group. El nivel de acceso a la información se basará en la edad del paciente menor.

- Pacientes menores entre 0 y 11 años de edad: Se le concederá **Acceso Total** al registro de NextGen, incluyendo inmunizaciones, información sobre alergias y gráficas de crecimiento.
- Pacientes menores entre 12 y 17 años de edad: Se le concederá **Acceso Parcial** al registro de NextGen, de acuerdo con las leyes de privacidad federales y del estado de California. **Para obtener Acceso Total**, será obligatoria una **Autorización Especial y Firma del Paciente** (vea a continuación).
- Pacientes adultos de 18 años y más: Ya **no tendrá acceso** al registro de NextGen de su hijo(a).

El padre, madre o tutor legal al que se le haya concedido acceso a la cuenta de NextGen estará obligado a aceptar y acatar los Términos y Condiciones de NextGen. Además, Graybill Medical Group podrá cancelar el acceso en cualquier momento sin previo aviso.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIO)

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE)		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)		
PROPORCIONE <b>UNO</b> DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> Últimos 4 dígitos del seguro social: _____ <input type="checkbox"/> Número de Registro Médico (MRN): _____				
DOMICILIO	#APTA.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO
TELÉFONO (XXX) XXX-XXXX		CORREO ELECTRÓNICO (ejemplo@prueba.com)		

## INFORMACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL (OBLIGATORIO)

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE)		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)		
PROPORCIONE <b>UNO</b> DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> Últimos 4 dígitos del seguro social: _____ <input type="checkbox"/> Número de Registro Médico (MRN): _____				
DOMICILIO	#APTA.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO
TELÉFONO (XXX) XXX-XXXX		CORREO ELECTRÓNICO (ejemplo@prueba.com)		

## AUTORIZACIÓN ESPECIAL PARA ACCESO TOTAL A NEXTGEN (PACIENTES DE 12 AÑOS O MAYORES)

Al firmar a continuación, reconozco que estoy eligiendo a la persona nombrada anteriormente como mi designado a la cuenta NextGen, permitiéndole el acceso a mi registro médico completo de NextGen. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

Relación del Designado con el Paciente:  
 Padre  Tutor Legal  Poder Notarial  Otra \_\_\_\_\_





www.graybill.org

# CUESTIONARIO PARA LOS PADRES

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE INICIAL MEDIA)		FECHA DE NACIMIENTO	FECHA	
<b>HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE MENOR</b>			<i>PROVEEDOR: Escriba información adicional en esta columna</i>	
¿Ha estado hospitalizado su niño/niña? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
AÑO	NOMBRE DEL HOSPITAL	POR QUE RAZÓN		
¿Su niño/niña alguna vez ha tenido?				
Eczema (salpullido alérgico en la piel)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia (falta de hierro en la sangre)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones, ataques		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas con los ojos o visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas auditivos o de los oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Infecciones frecuentes de los oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas de estómago o intestines	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Huesos rotos o fracturados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas al orinar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ha comido pintura, arcilla o yeso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Le da a su niño/niña vitaminas o suplementos de hierro o fluoruro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
So contestó Sí, ¿qué le da? _____				
_____				
<b>DESARROLLO DEL NIÑO/NIÑA</b>				
¿Su niño/niña se ha desarrollado al mismo ritmo que sus hermanos, hermanas, familiares y amigos (por ejemplo, sentarse, caminar, hablar)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
So contestó No, favor de explicar _____				
_____				
<b>HISTORIA ESCOLAR DEL NIÑO/NIÑA</b>				
Nombre de la escuela _____		Grado _____		
¿Ha reprobado alguna clase? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Asistido a alguna clase especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha tenido problemas de comportamiento en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si contestó Sí a alguna de las preguntas, favor de explicar _____				
_____				
<b>CONDUCTA DEL NIÑO/NIÑA</b>				
Tiene pesadillas con frecuencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Es demasiado tímido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Es demasiado apegado a padros o a un amigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se altera o molesta fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Es demasiado nervioso(a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Es irrazonablemente celoso(a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dice muchas mentiras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pelea mucho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Roba	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>¿CÓMO DESCRIBIRÍA DE SU NIÑO/NIÑA?</b>				
_____				
_____				
_____				
_____				
_____				



www.graybill.org

## EVALUACIÓN PARA DETERMINAR RIESGO DE EXPOSICIÓN A LA TUBERCULOSIS EN MENORES

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE INICIAL MEDIA)

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

- ¿Ha tenido la madre una prueba positiva de tuberculosis activa?  Sí  No
- ¿Ha tenido el padre una prueba positiva de tuberculosis activa?  Sí  No
- ¿Hay algún miembro de la familia que el menor frecuenta regularmente que haya sido diagnosticado o se sospecha que tiene tuberculosis activa?  Sí  No
- ¿El menor tiene familiares o personas que frecuenta regularmente que nacieron en lugares en donde la tuberculosis es común (como Asia, África, América Latina, México o en lugares del este de Europa)?  Sí  No
- ¿El menor nació o viaja a un país en donde la tuberculosis es común (como Asia, África, América Latina, México o en lugares del este de Europa)?  Sí  No
- ¿El menor fuera del hogar en albergues, hogares de crianza (foster care), instituciones residenciales o ha sido encarcelado en los últimos 5 años?  Sí  No
- ¿El menor tiene la infección por VIH o cualquier otra afección del sistema inmunológico?  Sí  No
- ¿El menor vivió con, o frecuenta a, personas indigentes, trabajadores migrantes, residentes de asilos de ancianos o instituciones de convalecencia, personas que han estado encarceladas, positivas VIH, o que abusan de las drogas?  Sí  No
- ¿El menor tiene contacto cercano con una persona que tiene que resultó positiva a una prueba de tuberculosis en la piel?  Sí  No
- ¿El menor ha tomado leche bronca o ha comido queso sin pasteurizar (como queso fresco)?  Sí  No



# HISTORIAL PEDIÁTRICO

www.graybill.org

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE INICIAL MEDIA)

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

## INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Nombre de la madre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Hermanos/Edades \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna religión o creencia cultural que pueda afectar el cuidado de la salud de su hijo/hija? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL

¿Complicaciones con el embarazo?  Sí  No

Alumbramiento  Vaginal  Cesárea Peso al nacer \_\_\_\_\_ Medida al nacer \_\_\_\_\_

¿Dieta especial?  Sí  No Medicamentos \_\_\_\_\_

¿Alergias a medicamentos?  Sí  No Si contestó Sí, describa: \_\_\_\_\_

Cirugías (edad, diagnóstico): \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones (edad, diagnóstico): \_\_\_\_\_

¿Problemas en la escuela?  Sí  No Si contesto Sí, describa \_\_\_\_\_

Otras problemas: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL FAMILIAR

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística                 | <input type="checkbox"/> Presión alta            | <input type="checkbox"/> Tuberculosis     | <input type="checkbox"/> Ataques o convulsiones            |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Escoliosis              | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Ojo perezoso                      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Melanoma/Cáncer de piel | <input type="checkbox"/> Anemia/sangrado  | <input type="checkbox"/> Alergias/Asma/Eczema              |
| <input type="checkbox"/> Problemas de cadera               | <input type="checkbox"/> Infecciones de pido     | <input type="checkbox"/> Sordera          | <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención |

## FECHAS DE VACUNACION (Favor de traer una copia del Registro de Vacunación)

FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
DPT 1 ____/____/____	OPV 1 ____/____/____	ROTOVIRUS 1 ____/____/____	HIB 1 ____/____/____
DPT 2 ____/____/____	OPV 2 ____/____/____	ROTOVIRUS 2 ____/____/____	HIB 2 ____/____/____
DPT 3 ____/____/____	OPV 3 ____/____/____	ROTOVIRUS 3 ____/____/____	HIB 3 ____/____/____
DPT 4 ____/____/____	OPV 4 ____/____/____	ROTOVIRUS 4 ____/____/____	HIB 4 ____/____/____
DPT 5 ____/____/____	MMR 1 ____/____/____	DT ____/____/____	HEPB 1 ____/____/____
PREVNAR 1 ____/____/____	MMR 2 ____/____/____	TB ____/____/____	HEPB 2 ____/____/____
PREVNAR 2 ____/____/____	CHICKEN POX ____/____/____	TB ____/____/____	HEPB 3 ____/____/____
PREVNAR 3 ____/____/____			
PREVNAR 4 ____/____/____			

¿Tiene alguna otra pregunta o preocupación sobre la salud de su hijo/hijo o de su desarrollo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_