



Historial Medico

Nombre Del Paciente: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** M _____ F _____

Alergias: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

Medicamentos Actuales: _____

Si Es Recien Nacido: Nacio en un hospital?: Si _____ No _____ Si la respuesta es si en cual hospital nacio?: _____

Historia Clinica

Historia De Nacimiento (peso al nacer por favor liste cualquier complicaciones del embarazo o complicaciones de nacimiento.)

Enfermedades continuas (por favor enumere cualquier enfermedad medica en curso, es decir, asma, eccema, soplos cardiacos, etc.)

Hospitalizaciones/Cirugias

(Por favor liste cualquier hospitalizacion o cirugia, con las fechas y razones)

Historia De La Familia

(Enumere cualquier historia de dolencias o trastornos geneticos de familia directos: padres y hermanos)

Medicamentos (nombre y dosis)

Historia Social

Estan los padres biologicos casados uno al otro? Si _____ No _____ Con quien vive su nino/a? _____

Fumadores en el hogar? Si _____ No _____

Esta el/la paciente en el cuidado de una guarderia? Si _____ No _____

Mascotas en casa? Si _____ No _____

Tipos de mascotas? _____

Nombre Del Padre O Persona Responsable _____ Relacion con el Paciente _____

Firma Del Padre O Persona Responsable _____ Fecha _____



Informacion De Paciente

Apellido _____ Diferente al Apellido de Los Padres: ____ Si ____ No
 Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo: M____ F____

Ninos Adicionales:

#Seguro Medico _____ Nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____
 #SeguroMedico _____ Nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____
 #Seguro Medico _____ Nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____

Madre/Padre/Guardian Legal (donde la correspondencia, facturas seran enviadas por correo):

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Relacion _____
 Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____
 # Celular _____ (*para textos*) # Celular Adicional _____
 Correo Electronico _____ Seguro Social _____
 Empleador _____ # de Telefono _____
 Se puede contactar al # del empleador ____ Si ____ No

Persona Responsable por el Seguro Medico:

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Relacion _____
 Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____
 Correo Electronico _____ Seguro Social _____
 Empleador _____ # de Telefono _____

Nombre de Asegurancia Medica _____ Dirreccion _____

#De Seguro Medico _____ #De Grupo _____ Fecha Efectiva ____/____/____

Nombre de Asegurancia Medica Secundaria _____ Dirreccion _____

#De Seguro Medico _____ #De Grupo _____ Fecha Efectiva ____/____/____

Quien es responsable por los balances en la cuenta del paciente? _____

Contacto de Emergencia _____ Relacion _____

Direccion _____ #De Telefono _____

Farmacia Que Desea Usar _____

Calles Intermediantes _____ Telefono de Farmacia _____

Acuse De Recibo De Aviso De Privacidad (HIPAA) Y Aviso De Practicas De Informacion De Salud (HIE)

Reconozco que tanto el aviso de practicas de privacidad de la oficina como el intercambio de informacion de salud han sido puestos a mi disposicion.

Nombre Del Padre O Persona Responsable _____ Relacion con el Paciente _____

Firma Del Padre O Persona Responsable _____ Fecha _____



Consentimiento Para El Tratamiento De Un Menor De Edad

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Yo padre/tutor de _____, un menor de edad, autorizo y ordeno a Agave Pediatrics a proporcionar atencion medica de rutina y de emergencia continua.

Iniciales: _____

Consentimiento De Los Padres O Tutores Para Personas Autorizadas

Como padre biologico o tutor legal (documentos judiciales necesarios) de _____, estoy otorgando permiso para que las personas que figuran a continuacion traigan a mi hijo a tratamiento y/o atencion.

LEA CUIDADOSAMENTE LO SIGUIENTE E INICIAL SI ES APLICABLE:

_____ Iniciales – estoy otorgando permisos completos, lo que significa que las personas enumeradas a continuacion podran aceptar los tratamientos y conocer todos los antecedentes de salud de mi hijo.

*****Si no autoriza a ninguna otra persona aparte de usted, el padre biologico/tutor legal, a traer a su hijo a una cita y aceptar el tratamiento y el historial de salud de su hijo, no complete esta seccion. Tenga en cuenta que si cualquier otra persona que no sea usted, el padre biologico/tutor legal lleva al paciente a una cita sin su consentimiento por escrito, no se vera al paciente. ESTO INCLUYE PADRES, ABELOS, ETC. Al personal no se le permitira obtener ningun otro tipo consentimiento, per ejemplo: no se permitiran consentimientos verbales. *****

Indique Aqui A Las Personas: _____ Relacion con el paciente: _____
 _____ Relacion con el paciente: _____
 _____ Relacion con el paciente: _____

 Firma Del Padre O Persona Responsable

 Fecha

Consentimiento Para Dejar El Correo De Voz y Recibir Notificaciones De Mensajes De Texto

Estoy otorgando permiso a Agave Pediatrics para dejar mensajes telefonicos sobre la salud medica de mi hijo y recibir notificaciones de mensajes de texto a los numeros proporcionados en el formulario de registro. Este consentimiento permanecera vigente hasta que se rescinda por escrito.

 Firma Del Padre O Persona Responsable

 Fecha

Recordatorio De Citas

Recordatoria de texto – tenga en cuenta que debe proporcionar un numero de telefono celular primario valido para garantizar que se envíen recordatorios de texto. El recordatorio de texto sera el metodo principal para los recordatorios de citas. Podra confirmr o cancelar una cita directamente desde el mensaje del servicio de mensajes de texto. Se enviaron recordatorios por correo electronico para chequeos anuales a traves de portal Agave.



Acuerdo de Políticas del Consultorio del Paciente

Nosotros, en Agave Pediatrics, nos esforzamos por una excelente atención al paciente en un ambiente acogedor. Queremos mantener un ambiente agradable, limpio y seguro para nuestros pacientes. Lea las siguientes políticas de oficina establecidas e iniciales en cada línea indicada, reconociendo su comprensión.

_____ **Iniciales: Ningún niño ser dejado sin supervisión por un adulto en la área de espera.** No somos responsables de las lesiones sufridas en nuestra oficina. **No deje ningún objeto personal en la sala de espera. No seremos responsables de las pertenencias personales perdidas o robadas.**

_____ **Iniciales: apague todos los teléfonos celulares** durante su visita al médico. La atención ininterrumpida individual es muy importante cuando se trata de la salud de su hijo.

_____ **Iniciales: No se aceptará ningún daño intencional o accidental** hecho a decoraciones, muebles y / o equipos de oficina . Los padres serán financieramente responsables de cualquier tarifa de reparación, que determinará Agave Pediatrics.

_____ **Iniciales: La buena comunicación** siempre es crucial entre el paciente y el médico. Intentaremos hacer una llamada de recordatorio de cortesía/ mensaje de texto el día antes de cualquier cita programada en el futuro. No dependa de nuestro llamado como recordatorio; usted todavía es responsable de cumplir con las citas de su hijo cuando esté programado. Háganos saber qué método de comunicación prefiere.

_____ **Iniciales – La crítica constructiva de nuestra práctica es bienvenida. Nos reservamos el derecho de despedir a cualquier persona de la práctica en caso de interrupción de la comunicación y/o calumnias intencionales/comentarios despectivos sobre nuestra práctica en las redes sociales.**

_____ **Iniciales - Tratamiento del personal.** Cualquier tratamiento inapropiado del personal será motivo de alta de nuestra práctica, esto incluye, entre otros, el comportamiento agresivo o amenazante hacia el personal, el uso de lenguaje grosero/ malo hacia el personal y/ o cualquier otra comunicación conductual, verbal o escrita, que se considera inapropiado para el personal.

_____ **Iniciales - Padres o tutores divorciados/ separados.** Agave Pediatrics no se involucra en asuntos legales/ de custodia con los padres. A menos que haya una orden judicial en el registro del niño que restrinja los derechos de un padre, la práctica no limitará la participación del otro padre en el cuidado del niño. No se aceptarán solicitudes especiales para actividades no ordenadas por el tribunal.

Visitas Preventivas con Visitas Enfermas a la Oficina

Es común que proveedor aborde problemas de salud nuevos o crónicos al mismo tiempo que realiza un examen físico. Si se descubre y se trata un problema durante un examen físico o si se discute un problema crónico en este momento, **se cobrará una visita al consultorio por separado ya que estas citas necesitan más tiempo.**

El propósito de una visita preventiva es revisar el historial de salud de los pacientes, realizar un examen físico y revisar los factores de riesgo, instruir al paciente sobre cómo reducir sus factores de riesgo y ordenar laboratorios u otras pruebas por razones de detección.

Los ejemplos de problemas nuevos o crónicos que pueden incurrir en un cargo por separado pueden incluir, entre otros, dolor de garganta, desahorro, TDAH, diabetes, hipertensión, síntomas de resfriado o gripe y otros síntomas fuera de un examen físico.

Puede elegir programar una cita por separado para abordar los problemas de salud de su hijo. Su seguro puede tener beneficios separados para visitas preventivas/ de bienestar en comparación con una visita regular al consultorio.

Se recomienda contactar a su compañía de seguros para obtener información sobre beneficios. Usted será responsable de todos los copagos, coseguros, deducibles y/ o tarifas de visitas al consultorio por combinar visitas preventivas/ de bienestar y visitas regulares al consultorio en una cita .

Nombre Del Padre O Persona Responsable _____ Relacion con el Paciente _____

Firma Del Padre O Persona Responsable _____ Fecha _____



Acuerdo de Políticas Financieras

- 1. Seguros:** Participamos en la mayoría de los planes de seguro. Si no está asegurado por un plan con el que tenemos contrato, se espera el pago total en cada visita. Si está asegurado por un plan que aceptamos, requerimos una tarjeta de seguro actualizada. Se requiere el pago completo de cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer y comprender los beneficios de su seguro es su responsabilidad. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre su cobertura.
 - 2. Selección del médico de atención primaria:** Tenga en cuenta que su seguro puede requerir que seleccione un médico de atención primaria (PCP). Esto debe hacerlo directamente el padre/ paciente antes de que lo atiendan en nuestra oficina. Comuníquese directamente con su compañía de seguros para seleccionar nuestra oficina como su PCP. De lo contrario, el reclamo de seguro no se pagará. El saldo se le facturará automáticamente.
 - 3. Recién nacidos:** Todos los recién nacidos deben agregarse a la Póliza de padres/ tutores dentro de los 30 días posteriores al nacimiento. Comuníquese directamente con su compañía de seguros para hacer esta adición. Si el recién nacido/ niño no se agrega a su póliza, el saldo se convertirá en su responsabilidad. Se esperará el pago completo si su recién nacido/ hijo no se agrega a su seguro.
 - 4. Copagos y deducibles. Todos los copagos y saldos anteriores deben pagarse al momento del servicio.** Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. No se aceptan cheques por copagos o saldos adeudados al momento del servicio.
 - 5. Servicios no cubiertos:** Tenga en cuenta que algunos, y tal vez todos, los servicios que recibe pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por su compañía de seguros. Es su responsabilidad saber qué cubre su póliza. El saldo se le facturará automáticamente.
 - 6. Prueba de Seguro:** Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y seguro válido vigente para proporcionar prueba de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro, puede ser responsable del saldo incurrido al momento de la visita.
 - 7. Presentación de reclamos:** Enviaremos sus reclamos y lo ayudaremos de cualquier manera razonable para ayudarlo a pagar sus reclamos. Es posible que su compañía de seguros necesite que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.
 - 8. Cambios de cobertura:** Si su seguro cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus máximos beneficios. Usted es responsable de los servicios no cubiertos por su compañía de seguros.
 - 9. Cheques devueltos: Cobramos una tarifa de servicio de \$50.**
 - 10. Falta de pago:** Si su cuenta tiene más de 90 días de atraso, recibirá una carta indicando que tiene 10 días para pagar su cuenta en su totalidad. No se aceptarán pagos parciales a menos que nuestra oficina apruebe lo contrario y se complete un plan de pago escrito y firmado. Tenga en cuenta que si un saldo sigue sin pagar, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobros y es posible que se le dé de baja de esta práctica. Si esto ocurre, el correo regular y certificado le notificará que tiene 30 días para buscar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico solo podrá tratarlo en caso de emergencia.
 - 11. Citas perdidas:** Nuestra política es cobrar una **tarifa de \$50 por citas perdidas** que no se cancelen dentro de las 24 horas antes de la cita programada. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente a usted. Como cortesía, nuestra oficina lo confirmará por teléfono/ mensaje de texto, sin embargo, esto no es obligatorio. Ayúdenos a brindarle un mejor servicio al cumplir con su cita programada regularmente.
 - 12. Cobramos por servicios de registros médicos como Transferencia de registros, documentación de FMLA o Cartas Especiales.** La divulgación de registros requiere un formulario de autorización firmado por el padre o tutor legal.
 - 13. Responsabilidad financiera:** si no se recibe ningún pago debido a la falta de cobertura de los servicios, usted será responsable del pago total de todos los servicios prestados.
 - 14. NO** pagaremos los saldos de la sala de emergencias/ atención urgente/ especialistas en los que incurra si nuestras instalaciones aconsejan la visita (o si decide llevar a su hijo), incluso si la instalación secundaria no está de acuerdo con nuestra decisión de derivación. Las complicaciones pueden ocurrir después o durante cualquier procedimiento. No pagaremos ninguna factura por visitas a la sala de emergencias o atención de urgencia, si ocurren como consecuencia de cualquier complicación o de otro modo, después de una visita o procedimiento realizado en cualquiera de nuestras instalaciones.
- CUALQUIER saldo de atención médica generado en otro lugar es completamente responsabilidad de los padres.**

Agave Pediatrics se compromete a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes.

Nuestros precios son representativos de los cargos habituales y habituales para nuestra área y especialidad. Gracias por entender nuestra política de pago. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir con las políticas financieras de Agave Pediatrics:

Nombre Del Padre O Persona Responsable _____ Relacion con el Paciente _____

Firma Del Padre O Persona Responsable _____ Fecha _____



Autorización Para el Uso o Divulgación de Información de Salud

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Solicito la divulgación de la información de salud de mi hijo (hijos)

Nombre de oficina: _____

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

**PARA: Agave Pediatrics 3575 W Deer Valley Rd
 Glendale, AZ 85308
 Teléfono (480)585-5200 Fax (480)585-5233**

La información de salud que se utilizará / divulgará incluye: (marque todo lo que corresponda)

_____ Toda la información de salud, incluyendo pero no limitado a SIDA / VIH y otra información de enfermedades transmisibles, atención de salud conductual / atención psiquiátrica, tratamiento por abuso de alcohol y drogas, si corresponde, a menos que se indique específicamente: _____

2) _____ Información de salud relacionada con el siguiente condición: _____

3) _____ Información de salud para la (s) fecha (s): _____

4) _____ Registro de vacunación

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para que mis registros médicos y registros no escritos se envíen a mis médicos remitentes, a aquellos médicos o centros auxiliares a los que me refiera Agave Pediatrics y a mi compañía de seguros o sus agentes que pueden autorizar el tratamiento. Además, entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de atención médica. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Agave Pediatrics haya actuado de conformidad con esta autorización. Una vez que esta oficina divulga información de salud, la persona u organización que la recibe puede volver a divulgarla (dependiendo de su política) y Agave Pediatrics no se hace responsable de la protección de esta información.

Nombre Del Padre O Persona Responsable _____ Relacion con el Paciente _____

Firma Del Padre O Persona Responsable _____ Fecha _____