

FOR INTERNAL USE ONLY
Insurance Cards Received
Date: _____

NUEVO REGISTRO DE PACIENTES PEDIÁTRICO

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Dirección: _____ Dirección Física: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Ciudad de Nacimiento: _____
Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Otros Nombres: _____
Número de Teléfono: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Número Celular: _____
Correo Electrónico: _____
Nombre de la Escuela: _____ Tiempo Parcial _____ Tiempo Completo _____
Nombre de la Madre: _____ Número de Contacto: _____
Nombre del Padre: _____ Número de Contacto: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (Quién es responsable por el pago de los servicios?).

Por favor tenga en cuenta que la persona responsable recibirá una lista detallada de los servicios prestados durante su visita.

Mismo Esposo(a) Pariente Otro (especifique la relación) _____

Nombre de la Persona Responsable: _____
Dirección de la Persona Responsable (PO Box, Calle, Ruta): _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de Teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ # Seguro Social _____
Nombre del Empleo: _____ Número del Trabajo: _____
Dirección del trabajo: _____

SEGURO MÉDICO E INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

¿Tiene actualmente seguro médico? Si No

Nombre del Seguro Médico: _____
¿Que farmacia utiliza actualmente? _____
Ciudad de la Farmacia: _____

SERVICIOS DE INTERPRETE

¿Necesita servicios de interpretación? Sí No

De ser así, ¿Que idioma? _____

¿Tiene algún problema de comunicación del que tengamos conocimiento, como pérdida de audición o discapacidad visual?

Sí, por favor especifique: _____

No

La siguiente información es requerida por el Gobierno Federal a fin de supervisar el cumplimiento con las leyes federales que prohíben la discriminación contra los solicitantes para participar en este programa. Usted no está obligado a proporcionar esta información, pero se les alienta a hacerlo. Esta información no se utilizará en la evaluación de su aplicación o para discriminar contra usted de ninguna manera. Sin embargo, si usted elige no proporcionar, estamos obligados a observar la raza, etnia y sexo de los solicitantes sobre la base de observación visual o apellido.

RAZA/ORIGEN ÉTNICO (Marque todas las que aplican)

Blanco Indio Americano Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano

Nativo Hawaiiano ó otro Pacífico Isleño Desconoce ó se Niega a Informarlo

¿Te Consideras? (Por favor marque uno)

Hispano/Latino No-Hispano/Latino

HORIZON SE PERCATA DE QUE CADA PACIENTE TIENE UN CONJUNTO ÚNICO DE NECESIDADES DE SALUD. CREEMOS QUE ES MÁS IMPORTANTE RESPETAR LA ELECCIÓN DE UN INDIVIDUO ACERCA DE CÓMO IDENTIFICAR. ESTAS SON PREGUNTAS DE TODOS NUESTROS PACIENTES Y LA MAYORÍA SON TOTALMENTE VOLUNTARIAS.

SEXO AL NACER (Por favor marque uno)

Masculino Femenino

*Mientras que Horizon reconoce un número de géneros, muchas compañías de seguros y entidades legales, lamentablemente no.

¿CUÁL ES TU ORIENTACIÓN SEXUAL? (Por favor marque uno)

Recto (no lesbian o gay) Bisexual Lesbiana o Gay Otro Desconose

Desido no revelar

¿CUÁL ES SU IDENTIDAD DE GÉNERO ACTUAL? (Por favor marque uno)

Masculino Femanino Transexual hombre/mujer a hombre Otro Desido no revelar

INGRESOS DEL HOGAR

Horizon Health Care es un centro de salud calificado federalmente, lo que significa que recibimos fondos de subvenciones federales que nos permiten proporcionar tarifas con descuento a los pacientes que califican según el tamaño de su hogar y sus ingresos. Estamos obligados a recopilar información sobre los ingresos de los pacientes que atendemos. Respetamos que esta información es personal y confidencial.

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Cuál es su ingreso familiar anual total? _____

Si su ingreso es menor que el ingreso identificado a la derecha para el tamaño de su hogar, consulte nuestro programa de escala de descuento.

Tamaño del Hogar	Total Anual Igual o Mayor que
1	\$25,520
2	\$34,480
3	\$43,440
4	\$52,400
5	\$61,360
6	\$70,320
7	\$79,280
8	\$88,240
9	\$97,200
10	\$106,160

PORTAL DEL PACIENTE DE HORIZON HEALTH CARE – MI HORIZON GRÁFICO

Horizon Health Care, Inc se complace en ofrecer mi Horizon Gráfico - una forma fácil, segura y cómoda de acceder a sus registros médicos 24/7. Mi horizon gráfico le permite comunicarse con el equipo de atención en línea, cuando es conveniente para usted. Comunicación enviada a través de mi horizon gráfico no sustituye ninguna de las otras maneras en que usted puede comunicarse con su proveedor - es una opción adicional y no como un reemplazo!.

El equipo de cuidado de horizon completará el proceso de registro para usted mientras usted está en la clínica; Usted recibirá un correo electrónico que contiene su nombre de usuario, contraseña temporal y un enlace a mi horizon gráfico.

SI, Doy mi permiso a Horizon Health Care, Inc. a establecer una cuenta de mi Horizon Chart para mi hijo de 0-11 años.

Please give access to the following parent(s)/guardian(s):

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Correo Electrónico: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Correo Electrónico: _____

Firma del Responsable: _____

Relación con la paciente: _____ Fecha: _____

NO, Estoy interesado en Mi Horizon Gráfico en éste momento.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

- Horizon Health Care, Inc. (Horizon) se dedica a brindar atención primaria, servicios dentales, de salud mental y adicciones a pacientes de toda nuestra red. Debido a que los problemas físicos y emocionales a menudo van de la mano, creemos que la mejor atención se brinda cuando los proveedores de atención médica trabajan juntos. Los pacientes de Horizon pueden ser referidos a proveedores de otras especialidades de atención médica dentro de la red de Horizon; los miembros del equipo compartirán información de salud entre sí según sea clínicamente necesario.
- El personal profesional de Horizon dependerá de las declaraciones realizadas por el paciente, el historial médico del paciente y otra información para evaluar su condición y decidir el mejor tratamiento. En el tratamiento de pacientes, pueden justificarse estudios que incluyan radiografías, laboratorios, pruebas de laboratorio, electrocardiogramas o pruebas psicológicas. Le recomendamos que haga preguntas sobre los beneficios y riesgos del tratamiento con su equipo de atención médica.
- Algunos servicios en Horizon pueden involucrar el uso de equipos de telemedicina y la interacción con proveedores que no están físicamente en el sitio. Estas sesiones se transmiten a través de líneas seguras y dedicadas de alta velocidad y no se graban en video, no se puede acceder a través de Internet ni se guardan de ninguna manera.
- Los procedimientos pueden ser recomendados por su proveedor de atención médica como parte de su tratamiento. Entiendo que me informarán las razones del tratamiento / procedimiento (s), los beneficios o riesgos con él y otras opciones de tratamiento. Además, entiendo que existen riesgos asociados con procedimientos simples y comunes y que el proveedor de atención médica no puede garantizar el éxito.
- Entiendo que si tengo un seguro médico / dental, todos los servicios prestados se me cobran directamente y que soy personalmente responsable del pago de todos los servicios, estén o no cubiertos por el seguro. Esta oficina ayudará a preparar mis formularios de seguro o ayudará a hacer cobros de las compañías de seguros y acreditará dichos cobros a mi cuenta.
- Por la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Horizon por los servicios hasta que revoque dicha autorización. Por la presente autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. La información que he dado es correcta. Acepto que una fotocopia de este acuerdo será tan válida como la original. He leído las condiciones de tratamiento y pago anteriores y acepto su contenido.
- Entiendo que si no hago pagos aceptables en mi cuenta según lo definido por la política de Horizon Health Care, Inc. (Horizon), se me puede aplicar una restricción de programación hasta que mi saldo esté vigente o hasta que se hayan hecho los arreglos de pago.
- Entiendo que Horizon protegerá la confidencialidad de mi información de salud protegida y divulgará mi información protegida para los fines establecidos en el Aviso de prácticas de privacidad de Horizon y como he indicado en el "Formulario de comunicación preferido".

Solicito, acepto y consiento la evaluación y el tratamiento para mí y / o mi (s) hijo (s) o dependiente como se establece anteriormente, incluidos los estudios o procedimientos que el personal profesional de Horizon Health Care, Inc. determine que son necesarios o apropiados. He leído y entiendo las autorizaciones con respecto al pago de mi atención. Mi firma a continuación indica el consentimiento a las declaraciones anteriores. Si firmo como padre o tutor, declaro y garantizo que estoy legalmente facultado y tengo derecho a tomar tales decisiones.

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

FORMA DE COMUNICACIÓN PREFERIDA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

MÉTODOS DE COMUNICACIÓN PREFERIDOS

¿Cómo quisiera usted recibir la información de nuestra práctica? (Marque todas las que aplican)

- Llamada telefónica
- Teléfono Celular: _____
- Teléfono de la Casa: _____
- Teléfono del Trabajo: _____ ¿Durante que horas? _____
- Mensaje de Texto
- Recordatorio por correo
- Mensaje por el portal del paciente

NOTA: Puede que necesitemos comunicarnos con usted por correo para ciertos propósitos. Si tiene requisitos especiales en relación con el correo, por favor hable con la recepcionista en relación con las comunicaciones confidenciales.

CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, Horizon se comunicará con la persona que se detalla a continuación para informarle sobre su ubicación y estado general.

Nombre: _____ Relación del Paciente: _____
Número de Telefono: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Número Celular: _____

CONTACTOS ADICIONALES

Algunos pacientes desean que un familiar o amigo cercano tenga acceso a su información de salud. Si desea que su contacto de emergencia u otra persona tenga acceso a su información de salud, complete la información a continuación con la información de contacto e indique qué información se puede compartir.

- Por favor, no hablar con nadie más que a mí.
- Doy mi permiso para hablar con el contacto de emergencia mencionado anteriormente.
- Doy mi permiso para hablar con:**

Nombre: _____ Relación: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Telefono: _____

** Por favor, indique a continuación lo que se puede hablar con el contacto. Esto se aplica a la ley/Confidencialidad HIPAA.

- Para recordarme de una cita ó prueba.
- Para dejar detalles sobre las fechas y/o atención médicas.
- Para hablar de mis resultados de las pruebas, condición y/o atenciones médicas.

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____ Fecha: ____/____/____

ACERCA DE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud de conformidad con la ley.

El Aviso de prácticas de privacidad adjunto establece:

- Nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a su información personal de salud.
- Cómo podemos usar y divulgar la información de salud que guardamos sobre usted.
- Sus derechos relacionados con su información personal de salud.
- Nuestro derecho a cambiar nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad.
- Cómo presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados.
- Las condiciones que se aplican a usos y divulgaciones no descritas en este Aviso.
- La persona a quien contactar para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Estamos obligados por ley a darle una copia de este aviso y para obtener su reconocimiento por escrito que usted ha recibido una copia de este aviso.

AGRADECIMIENTO DEL RECIBO DEL PACIENTE

Yo, _____, Por la presente reconozco que he recibido una copia de la Notificación De las Prácticas de Privacidad de Horizon Health Care, Inc.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Firma del padre o representante autorizado del paciente (si corresponde): _____

Fecha: ____/____/____

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente: _____

HISTORIA DE LA SALUD DEL PACIENTE (PEDIATRICO)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Fecha: ___/___/___

MEDICAMENTOS (Por favor indique cualquier medicamento que el niño(a) esté tomando actualmente, recetados o sin receta)

Medicamento	Dosis	Indicaciones	Frecuencia

ALERGIAS (Por favor indique una lista de alergias que usted conozca que el niño(a) tenga a medicamentos o alimentos)

Alergias	Reacción

CIRUGÍAS/HOSPITALIZACIONES (Por favor liste todas las cirugías u hospitalizaciones que el niño(a) ha tenido e incluir el mes/año.)

Cirugía	Fecha Completado

OTROS PROVEEDORES (Por favor indique cualquier otros proveedores que su niño(a) ha visto, incluya su nombre y servicios.)

Nombre del Proveedor	Instalación

BIRTH HISTORY

Tipo de Parto: Vaginal Cesárea

¿ Nacimiento solo o múltiple? _____

¿ El niño(a) nació prematuramente? S N

 Año Gestacional: _____ semanas

 Peso al Nacer: _____

¿ El niño(a) tuvo alguna complicació durante el nacimiento? S N

 De ser así, Explique: _____

¿ Tiene el niño(a) alguna de las siguientes complicaciones en o después del nacimiento?

Condiciones Respiratorias	S N
Taquipnea Transitoria	S N
Ictericia Neonatal	S N
Exposición de estreptococos de grupo B	S N

HISTORIA MATERNAL

Complicaciones de Embarazo	S N
De ser así, Explique: _____	
Diabetes Gestacional	S N
Uso de Tabaco Durante el Embarazo	S N
Uso de Alcohol o Drogas durante el Embarazo	S N
De ser así, Explique: _____	
Condiciones maternas preexistentes	S N
De ser así, Explique: _____	
Laboratorios prenatales normales	S N
Madre VIH positivo	S N

HISTORIA FAMILIAR (Si su NIÑO(A) o un MIEMBRO DE LA FAMILIA ha tenido alguna de las siguientes, por favor circule S (si) e indique a uno mismo o que miembro de la familia cuando sea aplicable)

ADD/ADHD	S	N	_____	Enfermedades del Corazón	S	N	_____
Anemia	S	N	_____	Enfermedades Renal	S	N	_____
Alergias/Fiebre alta	S	N	_____	Enfermedades del Hígado	S	N	_____
Asthma	S	N	_____	Problemas Mentales	S	N	_____
Artritis	S	N	_____	Enfermedad Neurológica	S	N	_____
Ansiedad/Depresión	S	N	_____	Osteoporosis	S	N	_____
Coágulos de Sangre	S	N	_____	Enfermedad Respiratoria	S	N	_____
Cancer	S	N	_____	Enfermedad de la Piel	S	N	_____
Tipo(s): _____				Enfermedad del estómago/Colon	S	N	_____
Retrasos en el desarrollo	S	N	_____	Derrame Cerebral	S	N	_____
Diabetes	S	N	_____	Transtorno Convulsivo	S	N	_____
Fracturas	S	N	_____	Desorden de Tiroides	S	N	_____
Enfermedades Ginecológicos	S	N	_____	Enfermedades de Transmisión Sexual	S	N	_____
Presión Arterial Alta	S	N	_____	Otras: _____	S	N	_____
Alto Colesterol	S	N	_____				

¿Su Madre aún vive?	S	N	Edad actual (o la edad en el momento de la muerte): _____
¿Su Padre aún vive?	S	N	Edad actual (o la edad en el momento de la muerte): _____

HISTORIA SOCIAL

¿Con quién vive el niño(a)? _____

¿ Es el niño(a) expuesto al humo del cigarrillo? S N

¿Hay mascotas presents en el hogar? S N

¿El niño(a) a visitado a un dentista el año pasado? S N Si sí, mes/año: _____

¿El niño(a) a visitado a un oftalmólogo el año pasado? S N Si sí, mes/año: _____

Centro de Atención:

¿ Niño(a) asiste a guardería? S N Atención: En Casa Guardería Familiar

¿El niño(a) asiste a la escuela? S N Grado actual: _____

¿Participa el niño(a) en actividades? S N Liste las Actividades: _____

Otros:

¿Tiene usted preocupaciones acerca de la seguridad de los niños? S N