

PEDIATRIC ASSOCIATES AT RIDGE

1200 E. Ridge Rd. Suite #12

McAllen, TX 78503

Ph:(956) 631-5333 • Fax: (956) 631-5803

Reglas de la citas

Estimados pacientes:

Aprovechamos esta oportunidad para recordarles que nuestra oficina trabaja por citas, razon por la cual su cita estara especialmente programada para usted. En un esfuerzo para mejorar nuestro servicio le pedimos que por favor lea y se familiarice con nuestra politica de citas.

1. Usted recibirá una llamada telefonica o mensaje de texto para confirmar 2 dias antes de su próxima cita.
2. Con el fin de mantener su cita, usted necesitará confirmala antes de las 2:00 p.m. del dia anterior, ya sea por telefono o mensaje de texto. Esto le dara 24 horas de anticipación para responder.
3. Si no podemos obtener confirmación un dia antes, la cita se cancelara automaticamente a las 2:00 del dia anterior.
4. Si una cita no fue confirmada y el paciente se presenta, trataremos de acomodar al paciente, si el horario lo permite.
5. Los cobros son por servicios prestados, salvo se hayan hecho arreglos previos.
6. Si el paciente no se presenta a una cita confirmada, habrá un cargo de \$15.00. Favor de cancelar sus citas con 24 horas de anticipacion.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Numero de telefono para contactarlo: _____

Correo electrónico: _____

Firma del padre/Tutor legal: _____

Fecha: _____

Pediatric Associates at Ridge
Dr. M.E. Hoffman and Dr. H. Costa
1200 E Ridge Rd., Suite 12
McAllen, Texas 78503

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO

En mi caracter de padre o tutor de _____ (nombre del paciente), estoy legalmente autorizado para otorgar consentimiento en el tratamiento medico y quirurgico de este paciente.

Autorizo voluntariamente y doy mi consentimiento para que se brined la atencion medica, tratamiento y se realicen los analisis para diagnostico que el/la Dr(a) _____ y sus asociados o asistentes designados consideren necesarios para el nino. Estoy de acuerdo que al firmar este formulario, autorizo a los doctores, enfermeras, medicos de apoyo y todo otro proveedor de atencion medica de este establecimiento a tratar al nino sea paciente de este establecimiento o hasta que yo retire mi consentimiento.

Firma: _____

Fecha: _____

Pediatric Associates at Ridge
Dr. M.E. Hoffman and Dr. H. Costa
1200 E Ridge Rd., Suite 12
McAllen, Texas 78503

NOTIFICACION DE LA POLIZA DE PRACTICAS PRIVADAS (HIPPA)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION POSTAL:

CALLE / P. O. BOX _____

APARTAMENTO # _____

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL _____

POR FAVOR MARQUE U OMITA TODAS LAS QUE SEAN NECESARIAS:

NUMEROS TELEFONICOS: CASA: _____

TRABAJO: _____

CELULAR: _____

VOICE MAIL / CONTESTADORA: _____

FAX #: _____

OTRO: _____

RESTRICCIONES PRIVADAS (SI APLICA):

TELEFONO: _____

CORREO: _____

FAX#: _____

MENSAJES: _____

VOICE MAIL / CONTESTADORA: _____

OTRO: _____

FIRMA DEL PADRES O GUARDIAN LEGAL: _____

FECHA: _____

HISTORIA INICIAL

Nombre de Paciente _____

Número de Aseguro _____

Nombre de Padres _____

Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____

Edad _____

Hombre

Mujer

Doméstico

Por favor de registrar todos los que viven en el hogar.

Nombre	Relacion al niño/nina	Fecha de nacimiento	Problemas de salud

Hay hermanos que no estan registrados? Registrar los nombres y edades, y donde viven _____

Si los padres no viven juntos o si los niños no viven con los padres, cuál es el estado legal de custodia? _____

Si padres no viven en el hogar, cuántas veces miran al niño/nina? _____

Historia de Nacimiento

Peso al nacer _____

Nació el bebe al plazo? _____ Temprano? _____ Tarde? _____

Si fue temprano, a cuantas semanas de gestación _____

Tuvo la Madre enfermedades o problemas con el embarazo?

Sí No Explicar _____

Durante el embarazo:

Fumar Sí No Tomar Alcohol Sí No

Uso drogas o medicamento Sí No

Cuáles _____ Cuando _____

El parto fue Vaginal Cesaria

Si fue cesaria, por qué? _____

Tuvo su bebe problemas después de nacer?

Sí No Explicar _____

Cuál fue el alimento inicial? Pecho Botella

Cuándo salio del hospital salio su bebe con Usted?

Sí No Explicar _____

General

Considera su niño/nina en buena salud?

Sí No Explicar _____

Su niño/nina tiene una condicion medica o una enfermedad seria?

Sí No Explicar _____

Su niño/nina tuvo un accidente o heridas serias?

Sí No Explicar _____

Su niño/nina han tenido cirugia?

Sí No Explicar _____

Su niño/nina han estado hospitalizado?

Sí No Explicar _____

Su niño/nina tiene alergia a las medicinas o drogas?

Sí No Explicar _____

Desarrollo

Esta preocupado por el desarrollo fisico de su niño/nina?

Sí No Explicar _____

Esta preocupado por el desarrollo mental o emocional de su niño/nina

Sí No Explicar _____

Esta preocupado por el palmo del atencion de su niño/nina?

Sí No Explicar _____

Si su niño/nina esta en la escuela:

Como es su comportamiento en la escuela? _____

Su niño/nina han fracasado o repetido un grado en la escuela? _____

Como va con las clases de escuela? _____

Tiene clases o recursos especial? _____

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS

DEDICADO A LA SALUD DE LOS NIÑOS

Historia Familiar

Algún miembro de la familia ha tenido lo siguiente:

Sordera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Alergia nasal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Enfermedad del corazón (antes de 50 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Alta presión (antes de 50 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Colesterol alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Desorden de sangría	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Diabético (antes de 50 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Orinar la cama (después de 10 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Epilepsia o convulsions	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Abuso del alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Retraso mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Problemas de Inmune, HIV o Sidas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Historia adicional de familia			Comentarios _____

Historia del Pasado

Su niño/nina han tenido:

Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Frecuente infección de oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Problemas de oídos o de escuchar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Alergia nasal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Problemas con los ojos o vision	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Asma, bronquitis o pulmonia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Algún problema del corazón o murmullo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Problemas de anemia o de sangrar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Tranfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Frecuente dolor del abdomen	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Estreñimiento requieren visitas al doctor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Infección de vejiga o riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Orinar la cama (después de 5 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
(Para niñas) Han empezado con la regala menstrar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
(Para niñas) Tiene problemas con la regala menstrar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Problemas crónicas o recurrente (acne, eczema)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Frecuente dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Convulsiones o con otras problemas neurologicas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Diabético	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Ha tenido otras problemas significantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Han usado alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____

FORMA DE INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____ Hora de Cita: _____ Cita con: _____

(Medico)

PERFIL DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____
apellido primer nombre inicial numero de teléfono

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M H Pariente Proximo _____

Direccion: _____ nombre numero de teléfono

Numero social _____ - _____ - _____ Hospital de nacimiento: _____ Parto: Cesarea o Normal
del paciente ciudad estado codigo postal

Peso al nacer: _____ lbs _____ oz Ginecólogo: _____ Complicaciones al nacer: _____

PERSONA / PARTE RESPONSABLE DE PAGO

Nombre del Asegurado _____
apellido primer nombre inicial relacion numero de teléfono

Compañía de Trabajo: _____ nombre numero de teléfono

Compañía de Aseguro: _____ nombre numero de teléfono

Numero social del Asegurado: _____ - _____ - _____ # de Grupo _____ # de Póliza _____

INFORMACION ADICIONAL DE LOS PADRES

Nombre de Padres _____
apellido primer nombre inicial relacion numero de teléfono

Compañía de Trabajo: _____ nombre numero de teléfono

Compañía de Aseguro: _____ nombre numero de teléfono

Numero social del Asegurado: _____ - _____ - _____ # de Grupo _____ # de Póliza _____

INFORMACION DE REFERENCIA

Referido por: _____ nombre Medico anterior: _____ nombre

Archivo medicos requeridos del medico anterior Si No

Fecha de petición: _____

Yo autorizo la salida de cualquier informacion medica u otro tipo de informacion necesaria para procesar un caso legal. Yo permito que una copia de esta autorizacion sea usada en lugar de la original. Yo autorizo pago de beneficios medicos a este establecimiento medico en nombre de mi niño/a por concepto de servicios prestados. Pido que pagos sean hechos directamente a este establecimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

INFORMACION ADICIONAL

Otros niños: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____

Farmacia de preferencia: _____

CONFIDENCIAL



M. E. HOFFMAN, MD FAAP • H. COSTA, MD FAAP

PH: 956-631-5333 Fax: 956-631-5803

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

Requesting records from: _____

Telephone # _____

Fax number: _____

- PLEASE SEND: Entire Records
 Labs / X-rays
 Immunizations

Patient Name: _____ D.O.B. _____
Patient Name / Nombre de Paciente Date of Birth / Fecha de Nacimiento

To: **PEDIATRIC ASSOCIATES AT RIDGE**
1200 E RIDGE ROAD, SUITE 12
MCALLEN, TEXAS 78503

SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN: _____

DATE: _____

OFFICE USE PLEASE INITIAL :

FAXED: _____

MAILED: _____

DATE: _____

DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS
REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

For Clinic/Office Use

Apellido del Niño(a)

Nombre del Niño(a)

Segundo Nombre del Niño(a)

/ /

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

*Solamente niños menores de 18 años.

Género: Masculino Femenino

Dirección del Niño(a), Calle

Apartamento #

Teléfono

Ciudad

Estado

Código Postal

Municipio

Nombre de la Madre

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas.

Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
- la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
- el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Al firmar abajo, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes:

Escriba con letra de molde

Fecha

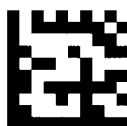
Firma

Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Dirijase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Stock No. C-7
Revised 05/18/2012



PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac – Please enter client information in ImmTrac and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac. Retain this form in your client's record.



En el consultorio del proveedor de servicios de salud debe mantenerse, durante un mínimo de cinco (5) años, un registro de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC). Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre aparece en el registro, o el proveedor de servicios de salud. En cada visita para inmunización debe determinarse y documentarse el estado de elegibilidad para el TVFC a fin de asegurar que el menor es elegible para el programa. Aunque no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

1. Nombre del menor: _____
Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.o nombre
2. Fecha de nacimiento del menor: ____ / ____ / ____
mm
dd
aaaa
3. Padre, tutor o individuo del registro: _____
Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.o nombre
4. Nombre del proveedor primario: _____
Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.o nombre
5. Para determinar si un menor (de 0 a 18 años de edad) es elegible para recibir vacunas federales por medio del Programa TVFC, en cada cita o visita para inmunización anote la fecha y marque la categoría de elegibilidad apropiada. Si marca una columna de la A a la F, el menor es elegible para el Programa TVFC. Si marca la columna G, el menor no es elegible para las vacunas federales VFC.

Fecha	Elegible para las vacunas VFC				Elegible con programa estatal		No elegible
	A	B	C	D	E	F	G
	Inscrito en Medicaid	No tiene seguro médico	Indoamericano o nativo de Alaska	* Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado	** Otras situaciones de seguro insuficiente	*** Inscrito en el CHIP	Tiene seguro médico que cubre vacunas

* El seguro insuficiente incluye a los niños cuyo seguro médico no incluye vacunas o solo cubre ciertos tipos específicos de vacunas. Los niños solo son elegibles para recibir vacunas que no están cubiertas por el seguro. Además, para recibir las vacunas de VFC, los niños con seguro insuficiente deben ser vacunados en un Centro de Salud Federalmente Acreditado (FQHC), en una Clínica de Salud Rural (RHC), o por un proveedor delegado autorizado. El proveedor delegado debe tener un contrato por escrito con un FQHC o una RHC y con el programa de inmunización estatal, local o territorial para poder vacunar a los niños con seguro insuficiente.

** Otros niños con seguro insuficiente son aquellos que, aunque están insuficientemente asegurados, no son elegibles para recibir las vacunas federales por medio del Programa TVFC porque el proveedor o centro no es un FQHC, o una RHC, o un proveedor delegado. Sin embargo, estos niños pueden ser atendidos si las vacunas son proporcionadas por el programa estatal para dar cobertura a los niños que no son elegibles para el TVFC.

*** Niños inscritos en el programa estatal separado CHIP (Children's Health Insurance Program). Estos niños se consideran asegurados y no son elegibles para recibir vacunas mediante el Programa VFC. Cada estado proporciona orientación específica sobre cómo se adquieren y administran las vacunas del CHIP a través de los proveedores participantes.