

Mountain West Pediatrics & Bedtime Kids Care

JIM J. GOULD, MD, FAAP

2356 North 400 East, Suite 202, Tooele, Utah 84074

435.843.8380 Office / 435.843.8382 Fax

Datos Demográficos del Paciente

Nombre del Paciente Apellidos: _____ Nombre de Pila _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Hombre / Mujer

La siguiente información se pide para que podamos dar atención personalizada a cada paciente:

Idioma Preferido: _____

La Etnia: (circule uno) Hispano o Latino No Hispano o Latino Desconocido

La Raza: (circule uno) Nativo Americano o Nativo de Alaska Negro o Afroamericano Asiático

Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico Blanco Otra Raza

1) Información Parental: (circule uno) Madre Padre Otro (tutor, padre de crianza, etc)

Apellido: _____ Nombre de Pila: _____

Fecha de Nacimiento _____ SSN _____ Correo electrónico: _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Empleador _____

Domicilio: Mismo como paciente Sí / No (En caso negativo, indique una dirección diferente)

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

2) Información Parental: (circule uno) Madre Padre Otro (tutor, padre de crianza, etc)

Apellido: _____ Nombre de Pila: _____

Fecha de Nacimiento _____ SSN _____ Correo electrónico: _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Empleador _____

Domicilio: Mismo como paciente Sí / No (En caso negativo, indique una dirección diferente)

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Médico de cuidado principal: _____

Contacto de emergencia (Alguien que no vive con el paciente)

Nombre: _____ Relación con el Paciente _____ Teléfono: _____

¿Cómo se enteró de nuestra clínica?: ____ amigo/familiar, ____ médico, ____ guía (telefónica), ____ anuncio, ____ internet

Firma del Padre / Tutor Legal / Representante _____ Fecha _____

Relación con el Paciente _____

Información de Seguros

Favor de rellenar toda la información para que podamos facturar a su compañía de seguro correctamente. Una copia de sus tarjetas de seguro se requiere para cada cita. A los pacientes sin seguro se les requiere pagar en completo por la visita al momento de servicio. Copagos o porcentajes de responsabilidad del paciente son debidos al momento de servicio. Gracias por su cooperación.

Compañía de Seguro Principal _____

Nombre de Poseedor de Seguro _____

Domicilio de Poseedor de Seguro (Si es diferente de la del paciente) _____

Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ SSN _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____ Fecha Efectiva _____

Dirección de Reclamos _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Compañía de Seguro Secundaria _____

Nombre de Poseedor de Seguro _____

Domicilio de Poseedor de Seguro (Si es diferente de la del paciente) _____

Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ SSN _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____ Fecha Efectiva _____

Dirección de Reclamos _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Compañía de Seguro Terceraria _____

Nombre de Poseedor de Seguro _____

Domicilio de Poseedor de Seguro (Si es diferente de la del paciente) _____

Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ SSN _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____ Fecha Efectiva _____

Dirección de Reclamos _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre del Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Los nombres del hermano y fecha de nacimiento a los cuales estos cambios pertenecen: _____

_____, _____, _____, _____.

Firma del Padre / Tutor Legal / Representante _____ **Fecha** _____

Relación con el paciente _____

Mountain West Pediatrics & Bedtime Kids Care
JIM J. GOULD, MD, FAAP

2356 North 400 East, Suite 202, Tooele, Utah 84074

435.843.8380 Office / 435.843.8382 Fax

CUESTIONARIO DE LA SALUD PEDIÁTRICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer

¿Es usted el padre o tutor legal del niño que será atendido hoy? **Sí No**

¿Si no, tiene permiso por escrito que nos permite tratar al niño? **Sí No**

¿Está el niño tomando actualmente algún medicamento (prescripción sin receta o de prescripción)? **Sí No**

Si es así, favor de indicar el medicamento y la dosis actual

Medicamento _____ Dosis _____

Medicamento _____ Dosis _____

Historia Prenatal de la Madre (si desconocida)

Número de embarazos: _____ Número de partos: _____ Número de hijos vivos: _____

Número de niños adoptados: _____ Número de abortos espontáneos: _____ Tiene niños muertos? **Sí No**

Indique cual quier complicación durante el embarazo de este niño:

____ Sangrando Anormal ____ Accidentes ____ Transfusiones de sangre ____ Hipertensión

____ Elevado nivel de azúcar en la sangre ____ rayos X ____ erupción con fiebre ____ Labor Prematura

____ Hospitalización ____ Infección renal ____ Hinchazón (ojos, cara, manos)

____ Enfermedad Venérea ____ Vómito Excesivo

¿Se tomaron otros medicamentos que no fueran vitaminas o hierro durante el embarazo? **Sí No**

En caso afirmativo, favor de explicar: _____

Historia Neonatal

El parto duró más de 24 horas? **Sí No**

Plazo de entrega: ____ A Tiempo (a término) ____ Prematuro (antes del término) ____ Tarde (después del término)

¿Cuántas semanas de gestación? _____

Nació el niño: ____ Sección - C ____ Cabeza primero ____ Pies primero ____ Nalgas primero

Requirió el niño: ____ Fototerapia, ____ Líquidos IV/antibióticos, ____ Oxígeno, ____ Hospitalización prolongada, ____ estancia en NICU.

Peso de nacimiento: ____ libras (lbs). ____ onzas (oz). Altura de nacimiento: _____ pulgadas (inches).

¿En las primeras seis (6) semanas de vida, el niño tuvo alguno de los siguientes problemas?

____ Dificultad de respirar, ____ Episodios azules, ____ Ictericia amarilla, ____ Vómitos, ____ Heces sueltas, ____ cólicos,

____ Cambios de fórmula, ____ Fiebre/Infecciones, ____ Convulsiones, ____ Pérdida de peso, ____ Transfusiones de sangre, ____ Cirugía.

Historia Nutricional

¿Fue el niño amamantado? **Sí No** ¿Hasta que edad? _____. ¿Alimentado con biberón? **Sí No** ¿Marca de la fórmula? _____

¿Algún problema con la alimentación? **Sí No**

Tiene el niño: ____ estreñimiento, ____ diarrea.

¿Alguna preocupación actual sobre la nutrición del niño? **Sí No**

Si la respuesta es sí, explique: _____

Historia de desarrollo

¿Se desarrolló su niño normalmente? **Sí No** Si no, favor de explicar: _____

Cualquier historia de retraso en el habla? **Sí No**

¿Cualquier preocupación con el desarrollo actual del niño? **Sí No** En caso afirmativo, favor de explicar: _____

Historial de inmunizaciones:

¿Está el niño al corriente con las inmunizaciones? **Sí No** ¿Ha habido alguna reacción negativa a las inmunizaciones previas? **Sí No**

¿Cuándo fue la última vez que el niño recibió su vacunación Tetanus Booster? _____

Historia Medical

¿Ha tenido el niño alguno de lo siguiente?:

- ___ ADD/ADHD ___ Rinitis alérgica ___ Asma ___ Autismo ___ Problema de Comportamiento
- ___ Problemas de vejiga ___ Problemas de los huesos ___ Parálisis cerebral ___ Varicela ___ Síndrome de Down
- ___ Problemas oculares ___ Frequent UTI's ___ Problemas de audición ___ Problemas del corazón ___ Problema intestinales.
- ___ Problemas de riñón ___ Problemas musculares ___ Neumonía ___ Erupción/Eczema ___

Infección recurrente del oído.

- ___ Roséola ___ RSV ___ Convulsiones ___ Sinusitis ___ Escarlatina
- ___ Espina Bífida ___ Problemas estomacales ___ Faringitis estreptocócica ___ Diabetes

Favor de anotar cualquier visita a La Sala de Emergencias, al Hospital o sugerías con la fecha de la visita:

Alergias a medicamentos o comidas y sus reacciones: (si no hay favor de escribir "NINGUNO")

Historia Familiar

¿Los familiares del niño han tenido alguno de los siguientes?:

- ___ TDAH (ADHD) ___ Alcoholismo ___ Rinitis alérgica ___ Anemia ___ Asma
- ___ Artritis ___ Defectos de Nacimiento ___ Ceguera ___ Cáncer de mama ___ Cataratas
- ___ Cáncer infantil ___ Cardiopatía congénita ___ Fibrosis Quística ___ Sordera
- ___ Dependencia de drogas ___ Depresión ___ Diabetes ___ Eczema ___ Ataque al Corazón
- ___ HIV/AIDS ___ Hipertensión ___ Enfermedad del riñón ___ Leucemia ___ Enfermedad del Hígado
- ___ Retraso Mental ___ Lupus ___ Migrañas ___ Esclerosis Múltiple ___ Psiquiátrico
- ___ Convulsiones ___ Tuberculosis ___ Infección del tracto urinario

Otro

___ Información desconocida de familiares biológicas: _____

Historia Social:

Estas preguntas se relacionan con la casa donde el niño fue criado:

Número de Hermanos _____ Orden de Nacimiento (primero, segundo, etc.) _____ ¿Fumadores en el hogar?: **Sí No**

Número de perros _____ Número de gatos _____ Otras mascotas _____

Abuso de sustancias: **Sí No** Problemas de disciplina: **Sí No** Problemas de temperamento: **Sí No**

Padres Fallecidos: **Sí No** Padres divorciados: **Sí No** Custodia del estado: **Sí No**

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Mountain West Pediatrics & Bedtime Kids Care

JIM J. GOULD, MD, FAAP

2356 North 400 East, Suite 202, Tooele, Utah 84074

435.843.8380 Office / 435.843.8382 Fax

**Consentimiento del paciente para el Uso y
Divulgación de información de Salud Protegida**

Por la presente doy mi consentimiento que Mountain West Pediatrics (MWP) use y divulgue Información de Salud Protegida (ISP) para llevar a cabo Tratamiento, Pago y Operaciones del Cuidado de la Salud (TPOC).

Tengo el derecho de revisar El Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual provee una descripción más completa de los usos y divulgaciones, antes de firmar este consentimiento. MWP reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado se puede obtener enviando una solicitud por escrito to MWP al domicilio escrito arriba. Con este consentimiento firmado, MWP puede llamar a mi casa o a cualquier otra ubicación por la cual he provisto información de contacto para transmitir o reunir información para ayudar MWP en llevar a cabo TPOC; incluyendo, pero no limitado a, recordatorios de citas, artículos de seguro y facturación, llamadas sobre mi cuidado clínica y resultados de laboratorio. MWP puede dar el mensaje en persona, dejar un mensaje en el buzón de voz o mandar el mensaje por correo electrónico a cualquier dirección de correo electrónico que yo les he provisto.

Tengo el derecho de solicitar que MWP restrinja como usa o divulga mi ISP para llevar a cabo TPOC. Cualquier solicitud debe ser presentado a MWP. Entiendo que MWP no está obligado a estar de acuerdo a mis restricciones solicitadas, pero si lo hace por escrito, están sujetos a dicho acuerdo.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento a MWP para el uso y divulgación de mi PHI para llevar a cabo TPOC. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento por escrito en la medida en que ya haya hecho divulgaciones en función de mi consentimiento previo. Si no firmo este formulario, o revocar-lo en una fecha más adelante, MWP puede negar-me tratamiento.

Firma de Padre o Tutor Legal

Fecha

Nombre del Paciente

Nombre de Padre o Tutor Legal

Relación con Paciente

Mountain West Pediatrics & Bedtime Kids Care

JIM J. GOULD, MD, FAAP

2356 North 400 East, Suite 202, Tooele, Utah 84074

435.843.8380 Office / 435.843.8382 Fax

POLÍTICA FINANCIERA DE MOUNTAIN WEST PEDIATRICS

- Compañías de Seguro no están diseñadas para pagar todo el costo de una visita de oficina. Todo copago, deducible, y cualquier otro servicio que no se cubra se debe pagar en completo al tiempo del servicio por la persona o acompañante al paciente independientemente de los acuerdos de cobertura de seguro de salud o directivas judiciales (en el caso de padres separados o divorciados). Para los con un plan deducible, \$70.00 a la balanza debida se debe al momento del servicio. Se le facturará el saldo restante. Se puede agregar un cargo de \$10.00 a su cuenta por los costos de facturación del copago requerido que no se realiza en el momento del servicio.
- Los pacientes sin Seguro serán autopagos. Un pago de \$95.00 por el servicio se debe antes de que se presten los servicios.
- Nuestra oficina presentará reclamaciones a su compañía de seguros como un servicio de cortesía para usted. Es importante y su responsabilidad saber que servicios cubre su plan de seguro; No nos hacemos responsables de saber que servicios cubre su plan de seguro. Los servicios que prestamos que no están cubiertos por su plan de seguro son su responsabilidad financiera. Hacemos hincapié, como sus proveedores de atención médica, en que nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros.
- Si su compañía de seguros requiere que las muestras de laboratorio se envíen a un laboratorio específico, es su responsabilidad conocer los laboratorios participantes. A nivel local, podemos enviar laboratorios a LabCorp, Quest o al laboratorio en Mountain West Medical Center. Por favor avísenos cuando se ordenen los laboratorios antes de salir de la oficina.
- Autorizo el pago de beneficios médicos directo a Jim J Gould, MD dba. Mountain West Pediatrics.
- Autorizo el uso de mi firma en todas los envíos de reclamaciones de seguros.
- Entiendo que un cargo financiera de 1.5% cada mes (18% APR) del balance impago será añadida a mi cuenta. Si hay un saldo en mora (3 estados del seguro o 3 estados de cuenta después de una visita de pago) la cuenta puede ser enviada a Express Recovery Collection Services. Estoy de acuerdo en pagar hasta un 40% adicional de la tarifa de cobro y todos los costos judiciales/legales asociados con o sin demanda. Si he optado por no recibir un aviso final para las cuentas en mora por mensaje de texto o correo electrónico, consulte las opciones de contacto a continuación, entiendo que se enviará una carta por correo certificado o por correo urgente. Al enviar esta carta, se agregará una tarifa de hasta \$ 6.00 sobre la tarifa de cobro adicional.

Opciones de Contacto:

- Queremos estar en contacto con usted con respecto a su cuenta y el estado de su colección. Para poder comunicarnos con usted con respecto a todas las cuentas vencidas y cualquier estado de cobro que tenga, usted nos autoriza expresamente a que nos comuniquemos con usted por teléfono mediante el envío de mensajes de texto o correos electrónicos a cualquier número o correo electrónico que haya indicado. Usted reconoce que dicho contacto podría resultar en cargos para usted por parte de su compañía telefónica. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o el uso de un sistema automático de marcación telefónica, según corresponda. Usted reconoce y acepta que esta autorización se extenderá a cualquier compañía de facturación o cobro o compañías que puedan ser asignadas.

Sí, Autorizo esto (iniciales) _____

No, no autorizo esto (iniciales) _____

Nombre de niño _____

FINANCIAL POLICY (CONTINUED)

- Entiendo que un cargo de \$20.00 por un cheque sin fondo se aplicará a todos los cheques devueltos.
- Autorizo a Jim J. Gould, MD o cualquier de sus asistentes a realizar cualquier examinación necesaria o confirmar la condición por la cual buscó atención médica y para realizar procedimientos que están en su juicio profesional necesario y/o deseable para mi bienestar.
- Autorizo la divulgación de información necesaria para procesar reclamaciones de seguros y solicitar pago de los beneficios a realizar por los servicios prestados.
- Estamos en el negocio de cuidar bien a su hijo y su atención médica. Una cita perdida es una oportunidad perdida por el hijo de otra persona que puede necesitar ser vista. Nuestra política, como beneficio para usted, es llamarlo y recordarle al padre (tutor) de la próxima cita de su hijo el día de la semana, antes de la cita. Solamente podemos proporcionar este servicio si tenemos el número de teléfono correcto archivados. Acepto avisar con 24 horas de anticipación para la cancelación de citas, y se aplicará un cargo de \$50.00 a mi cuenta por las citas perdidas sin cancelación previa.
- Entiendo que, si llego mas de 15 minutos tarde para mi cita programada, se me puede pedir reprogramar la cita.
- Si está experimentando una dificultad financiera, hable sobre esto con el personal de la oficina de facturación. Con gusto trabajaremos con usted para hacer arreglos de pago. Puede comunicarse con nuestra empresa de facturación, Alta Billing al 1-844-714-8690.
- Si va a llevar a su hijo a una visita preventiva y se aborda un problema grave, tenga en cuenta que un problema grave se puede facturar a su seguro como un encuentro aparte y puede incurrir en cargos adicionales que serán su responsabilidad. Las visitas preventivas y por enfermedad deben programarse por separado para que se dedique el tiempo adecuado a cada visita.

Al firmar este formulario, reconozco que entiendo completamente y acepto todas las políticas y procedimientos anteriores.

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

Nombre del Padre o Tutor Legal

Relación al paciente

Nombre del niño _____