

GEORGIA PEDIATRIC CARDIOLOGY

INITIAL HISTORY

Fecha de Consulta *Date of Visit* _____ **Alergias** *Allergies* _____

Nombre *Patient Name* _____ **Fecha de Nacimiento** *Birth date* _____
 Apellido Nombre I.

Año Escolar del Paciente *Patient's School Grade if any* _____
Persona dando información *Name of person giving information* _____

Relación al Paciente *relation to patient*

Ha sido el niño(a) expuesto a Varicela (Chicken Pox) en los últimos 21 días? _____

Ha sido el niño(a) recientemente hospitalizado? *Has the child been recently hospitalized?* _____ **Hospital?** _____

Rayos X? *XRays?* _____ **Paciente externo (de entrada por salida)?** *Outpatient treatment?* _____

Motivo de su Visita el día de hoy *Reason for seeing the doctor today?* _____

Historial de Nacimiento: **Peso al Nacer** _____ **Término Completo** _____ **Prematuro** _____ **Semanas** _____
Birth History: (Birth Weight) (Full term) (Premature) (Weeks)

Parto Normal *Normal Delivery* _____ **Cesárea** *C- Section* _____

Parto en Casa u Hospital? *Hospital or Home Delivery?* _____ **Inmunización al corriente?** _____

Immunizations Current?

Historial Social: Padres *Parents:* _____ **Madre/Edad** *Mother/Age* _____ **Padre/Edad** *Father/Age* _____

Social History _____ **Hermanos/Edad** _____ **Hermanas/Edad** _____

HOSPITALIZACIONES/CIRUGIAS *Hospitalizations/Surgeries*

Razón *Reason* _____ **Edad/Fecha** *Age/Date* _____

Medicamentos actuales *Current Medications:*

Nombre del Medicamento *Name of Medication* _____ **Potencia** *Strength* _____ **Dosis** *Dosage* _____ **Frecuencia** *Frequency* _____

HISTORIAL FAMILIAR

<i>Family History</i>	Padre <i>Father</i>	Madre <i>Mother</i>	Hermanos(as) <i>Siblings</i>	Abuela <i>Grandmother</i>	Abuelo <i>Grandfather</i>	Primos <i>Cousins</i>
Enfermedad del Corazon <i>Heart Disease</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Defectos Congenitos <i>Congenital Defects</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ataque al Corazon/Edad <i>Heart Attack/Age</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Presion Arterial Alta <i>High Blood Pressure</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Derrame/Edad <i>Stroke/Age</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Alto Colesterol <i>High Cholesterol</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Diabetes <i>Diabetes</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Parto Muerto <i>Stillbirth</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Desmayos <i>Passing Out</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Muerte Repentina <i>Sudden Unexplained</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Inexplicable <i>Death</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Muerte Accidental <i>Accidental Death</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Marcapasos <i>Pacemaker Treatment</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Muerte de Cuna <i>Sudden Infant Death</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Review of Systems: Check if Normal: Doctor's Use Only **Para el Doctor Solamente:**

	<i>Normal</i>	<i>Abnormal</i>		<i>Normal</i>	<i>Abnormal</i>
<i>Weight Loss/Poor Appetite</i>	_____	_____	<i>Kidney/Bladder</i>	_____	_____
<i>Eye</i>	_____	_____	<i>Endocrine</i>	_____	_____
<i>Ears</i>	_____	_____	<i>Hematology</i>	_____	_____
<i>Nose</i>	_____	_____	<i>Musculoskeletal</i>	_____	_____
<i>Mouth</i>	_____	_____	<i>Neurological</i>	_____	_____
<i>Throat</i>	_____	_____	<i>Psychiatric</i>	_____	_____
<i>Respiratory(lungs)</i>	_____	_____	<i>Skin</i>	_____	_____
<i>Cardiovascular</i>	_____	_____	<i>Allergy/Immunity</i>	_____	_____
<i>Digestive System</i>	_____	_____			

Physician's Notes:

Signature _____

**GEORGIA PEDIATRIC CARDIOLOGY
REGISTRO DE PACIENTE**

ALERGIAS: _____

Nombre del Paciente _____ Masculino/Femenino

Apellido _____ Nombre _____ Ini. _____
Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social # _____

Dirección: _____
Calle _____ Cd. _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre (mamá) _____	Nombre (papá) _____
Seguro Social _____	Seguro Social _____
Fecha de Nacimiento _____	Fecha de Nac. _____
Dirección _____	Dirección _____
_____	_____
_____	_____

Teléfono (casa) _____	Teléfono (casa) _____
Teléfono (Empleo) _____	Teléfono (Empleo) _____
Teléfono (Cellular) _____	Teléfono (Cellular) _____

Estado Civil de los Padres: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

En caso de Emergencia llamar a: _____
Nombre _____ Teléfono _____

ALL CHARGES ARE DUE AT THE TIME OF SERVICE UNLESS IN-PATIENT HOSPITAL SERVICES.

TODOS LOS CARGOS DEBERAN SER PAGADOS EN EL MOMENTO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS EXCEPTUANDO LOS SERVICIOS PRESTADOS A PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL.

I hereby authorize the above physician to obtain records from other sources as may be needed in the treatment of this patient **(Autorizo al doctor arriba mencionado a obtener todos los registros de otras fuentes en cuanto sea necesario para el tratamiento de este paciente).**

I hereby authorize the release of information concerning this patient's treatment to other physicians involved in the care and treatment of this patient. I authorize the release of information to the insurance company as needed to pay for charges incurred by this patient. **(Autorizo a que se haga accesible toda información concerniente al tratamiento de este paciente a otros doctores involucrados en su cuidado y su tratamiento. Autorizo que se haga accesible toda información necesaria a la Compañía de Seguros en cuanto sea necesario para pagar por los cargos incurridos por este paciente.)**

I hereby authorize payment of insurance benefits otherwise due to me to be made directly to the above physician or hospital. **(Autorizo que los beneficios del Seguro que me corresponden, sean pagados directamente al hospital o doctor arriba mencionado).**

I understand that I am responsible for any amount not covered by the insurance company. **(Entiendo y estoy de acuerdo que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por la Compañía de Seguros)**

A copy of this information shall be as valid as the original. **(La copia de esta información será tan válida como su original)**

Signature of Patient or Responsible Party. **(firma del paciente o persona responsable)** Date **(Fecha)**

Pediatrician **(Pediatra)** _____

Address **(Dirección)** _____ Phone **(Teléfono)** _____

GEORGIA PEDIATRIC CARDIOLOGY

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

Con mi consentimiento, Georgia Pediatric Cardiology puede usar y divulgar mi información médica confidencial (PHI) en cuanto sea necesario para llevar a cabo cuidados y tratamientos, pagos y operaciones de asistencia médica (TPO). Favor de consultar el aviso sobre prácticas de “Privacidad” de Georgia Pediatric Cardiology para una descripción más completa de tales usos y divulgaciones.

Tengo derecho a leer y repasar el Aviso sobre prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento.

Georgia Pediatric Cardiology mantiene el derecho de actualizar su Aviso sobre prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso actualizado sobre las prácticas de Privacidad pidiéndolo por escrito a Georgia Pediatric Cardiology, Oficial de Privacidad en la 1045 Southcrest Drive Suite 220 Stockbridge, Georgia 30281.

Con mi consentimiento, Georgia Pediatric Cardiology puede llamar a mi casa o a cualquier otro lugar designado y dejar mensaje en la máquina contestadora o en persona, en referencia a asuntos que ayuden a llevar a cabo operaciones de asistencia médica, tales como, recordatorios de citas, asuntos de compañía de Seguros y cualquier llamada referente a cuidados médicos incluyendo entre otros, resultados de pruebas del laboratorio.

Con mi consentimiento, Georgia Pediatric Cardiology puede enviar por correo a mi casa o a cualquier otro lugar designado cualquier asunto que ayude a llevar a cabo operaciones de asistencia médica, tales como, tarjetas con recordatorios de citas y estados de cuenta del paciente, siempre y cuando estén marcadas como PERSONAL Y CONFIDENCIAL.

Con mi consentimiento, Georgia Pediatric Cardiology puede enviarme por correo electrónico mis recordatorios de citas y estados de cuenta. Tengo derecho de pedir que Georgia Pediatric Cardiology limite como usa y divulga mi información médica confidencial (PHI) para llevar a cabo cuidados y tratamientos, pagos y operaciones de asistencia médica(TPO). Sin embargo, Georgia Pediatric Cardiology no está obligada a acceder a estas restricciones; pero si las acepta estará obligada por este acuerdo.

Al firmar este consentimiento, estoy autorizando a Georgia Pediatric Cardiology a usar y divulgar mi información médica confidencial (PHI) en cuanto sea necesario para llevar a cabo cuidados y tratamientos, pagos y operaciones de asistencia médica.

Puedo cancelar mi consentimiento por escrito, exceptuándose todos los usos y divulgaciones ya hechas de antemano basándose en mi consentimiento previamente dado. Si no firmo este consentimiento Georgia Pediatric Cardiology puede rehusar el darme asistencia médica.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Nombre del paciente

Imprimir nombre del paciente o tutor legal

POLITICA FINANCIERA DE GEORGIA PEDIATRIC CARDIOLOGY

Si tiene Seguro Médico, con mucho gusto le ayudaremos a que reciba la máxima prestación posible. Para poder lograr esto, necesitaremos de su ayuda y de su comprensión de nuestra política financiera.

- Como cortesía y sin ningún cargo adicional, procesaremos y presentaremos los reclamos correspondientes a su compañía de Seguros.
- La parte del pago que le corresponda (co-payment) por atención médica en esta oficina, deberá ser pagada en el momento de su visita.
- Por atención médica cubierta bajo su póliza de Seguros, nuestro consultorio requiere el pago de aproximadamente un 20% del cargo total ó el pago que le corresponda (co-payment) de acuerdo con su compañía de Seguros.
- Por atención médica no cubierta bajo su póliza de Seguros, nuestro consultorio requiere el pago de un 100% de los cargos totales, a menos de que se haya formulado un plan de pagos antes de la consulta.
- Cheques “sin fondos” estarán sujetos a un cargo por manejo de \$25.00
- Los saldos de mas de 30 días serán traspasados a una agencia de cobros. El paciente será responsable por todos los cargos y cuotas involucradas en este proceso.
- En caso de no presentarse y no cancelar con 24 horas de anticipación se le hará un cargo de \$65.00 el cual no podrá ser cobrado a la compañía de Seguros.

USTED DEBE SABER:

1. Su seguro médico es un contrato entre Ud. y su patrón y/o su compañía de Seguros. Aunque nosotros le proporcionamos atención médica, no somos parte de ese contrato. Le sugerimos que se ponga en contacto con su compañía de Seguros para que le informen personalmente de sus prestaciones.
2. No todos los servicios serán prestaciones cubiertas en todos los contratos. Algunas compañías de seguro deciden arbitrariamente no cubrir ciertos servicios en su póliza pues los consideran médicamente innecesarios y en algunos casos, usted será responsable por estos cargos. Haremos todo lo posible para establecer sus prestaciones por nuestros servicios, sin embargo, esto no garantiza el pago de su compañía de seguros.

Comprendemos que habrá ocasiones en que problemas financieros podrán afectar el pago puntual de sus cuentas. Si surgen esos problemas, le recomendamos que se ponga en contacto con nosotros para que le podamos asistir en el manejo de su cuenta. **POR FAVOR** no deje de preguntarnos si tiene alguna pregunta sobre la información arriba mencionada o cualquier otra duda sobre las prestaciones en su póliza de seguros.

FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION ARRIBA MENCIONADA ANTES DE FIRMAR:

Firma _____

Fecha _____

*******FAVOR DE LEER*******

PARA SU PROXIMA CITA NECESITAREMOS LO SIGUIENTE

TARJETA DE COMPAÑÍA DE SEGUROS O MEDICAID.
LICENCIA DE MANEJAR O ALGUNA OTRA IDENTIFICACIÓN.

SI SU COMPAÑÍA DE SEGUROS REQUIERE QUE SU DOCTOR LE DE UN REFERIDO PARA VER A UN “ESPECIALISTA”, NECESITAREMOS TENER EL REFERIDO “ANTES” DE QUE SU HIJO(A) SEA ATENDIDO POR EL DOCTOR. EL OBTENER ESTA AUTORIZACIÓN ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.

SI EL PACIENTE **NO** TRAE UN REFERIDO VÁLIDO, TENDRA LA OPCIÓN DE FIRMAR UN RELEVO DE RESPONSABILIDAD ACEPTANDO PAGAR TODOS LOS CARGOS INCURRIDOS.

EL NO SEGUIR ESTAS INSTRUCCIONES PUEDE RETARDAR O POSPONER SU VISITA.

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.



GEORGIA PEDIATRIC CARDIOLOGY
DAVID W. JONES, M.D. AND SERGE GEFFRARD, MD

Estimado Paciente

Es un placer darle la bienvenida a nuestra práctica y le agradecemos por habernos escogido para proporcionarle atención médica. Pensamos que nuestra principal responsabilidad es el proveer servicios médicos de la más alta calidad y apreciamos su confianza en seleccionar nuestra práctica.

Esta carta es para confirmar la cita de _____ con

GEORGIA PEDIATRIC CARDIOLOGY el día _____ a la(s) _____ AM / PM. Por favor no dude en llamarnos si tiene alguna pregunta.

Para disminuir su tiempo de espera, favor de llenar el formulario adjunto y traerlo con usted a su primera cita.

SALIDA 228 DE LA I-75

