

Sawgrass Pediatrics

Michelle Snyder D.O. - Lori Miller, M.D. - Anthony Martell, M.D. - Alina Di Liddo, M.D. - Jordan Mussary, M.D. - Alan Cadiz, D.O. Susan Shulman, D.O.

Paciente Nombre	DOB	Fecha	
NACIMIENTO HISTORIA			
¿Dónde nació su hijo? (Nombre del hospital o ciudad)	Tomar algún medicamento En caso afirmativo, ¿qué? (incluyendo vitaminas, medicamentos de venta libre y recetas) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Cuál era su peso al nacer?	¿Alérgico a algún medicamento? En caso afirmativo, ¿qué medicamento(s) y qué reacción(es)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Era él / ella término completo? Si no es así, ¿cuántas semanas antes o después estaba?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	ALERGIAS	
¿Hubo alguna complicación durante el embarazo? En caso afirmativo, ¿cuáles eran?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Alérgico a algún alimento? En caso afirmativo, ¿qué alimentos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fue el parto de su hijo Vaginal <input type="checkbox"/> C-sección <input type="checkbox"/>	¿Alérgico a cualquier cosa en el medio ambiente? En caso afirmativo, ¿a qué? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Hubo alguna complicación durante el parto? En caso afirmativo, ¿cuáles eran?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Son estas alergias? Sospecha <input type="checkbox"/> Definido(Probado) <input type="checkbox"/>	
¿Hubo alguna complicación para el bebé? En caso afirmativo, ¿cuáles eran?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Por favor, describa cualquier otro nacimiento complications:	
¿Estaba el bebé en la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos para Recién Nacidos)? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? ¿Y por qué estaba en la UCIN?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿El bebé requirió fototerapia (terapia de luz) para la ictericia?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
ENFERMEDADES PASADAS, HOSPITALIZACIONES			
¿Alguna vez su hijo fue admitido en el hospital durante la noche? Si es así, ¿cuándo? ¿Para qué?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Por favor, describa:	
¿Alguna vez ha tenido que llevar a su hijo a la sala de emergencias? En caso afirmativo, ¿para qué?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
QUIRÚRGICO HISTORIA- ¿Alguna vez su hijo se ha sometido a una cirugía?? En caso afirmativo, marque las casillas individuales.			
Cabeza o Cráneo <input type="checkbox"/>	Dispositivo coclear <input type="checkbox"/>	Pyloric Stenosis Repair <input type="checkbox"/>	Testicular Surgery <input type="checkbox"/>
Ojos <input type="checkbox"/>	Amígdalas <input type="checkbox"/>	Tubo torácico <input type="checkbox"/>	Kidney Surgery <input type="checkbox"/>
Orejas <input type="checkbox"/>	Adenoides <input type="checkbox"/>	Gastrointestinal <input type="checkbox"/>	Urological Surgery <input type="checkbox"/>
Lágrima Conducto Sonda <input type="checkbox"/>	Adenoides <input type="checkbox"/>	Endoscopia superior <input type="checkbox"/>	Circumcision <input type="checkbox"/>
Corrección del estrabismo <input type="checkbox"/>	Seno <input type="checkbox"/>	Colonoscopia <input type="checkbox"/>	Chordee Release <input type="checkbox"/>
Tubos para los oídos <input type="checkbox"/>	Cueño <input type="checkbox"/>	Cirugía Abdominal <input type="checkbox"/>	Hypospadias Repair <input type="checkbox"/>
Extracción del tubo auditivo <input type="checkbox"/>	Cirugía cardíaca <input type="checkbox"/>	Apendicectomía <input type="checkbox"/>	Hydrocele Repair <input type="checkbox"/>
Reparación de tímpanos <input type="checkbox"/>	Pulmón Cirugía <input type="checkbox"/>	Inguinal Hernia Repair <input type="checkbox"/>	Meatoplasty <input type="checkbox"/>
Colectomía <input type="checkbox"/>	Broscoscopia <input type="checkbox"/>	Umbilical Hernia Repair <input type="checkbox"/>	Bladder Surgery <input type="checkbox"/>
Problemas respiratorios <input type="checkbox"/>	Enfermedad renal/renal <input type="checkbox"/>	Trastornos Trastornos <input type="checkbox"/>	Depresión <input type="checkbox"/>
Asma <input type="checkbox"/>	Riñón poliquístico <input type="checkbox"/>	Anemia <input type="checkbox"/>	Trastornos genéticos <input type="checkbox"/>
Neumonía <input type="checkbox"/>	Proteinuria <input type="checkbox"/>	Trastornos hemorrágicos <input type="checkbox"/>	
Fibrosis quística <input type="checkbox"/>	Reflujo urinario <input type="checkbox"/>	Plaquetas bajas <input type="checkbox"/>	
Cualquier otro historial médico pasado no mencionado			

(Ver reverso para más preguntas)

Firma del padre/tutor

Fecha

Sawgrass Pediatrics

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD (página 2)

FAMILIA HISTORIA En caso afirmativo, marque **Incluya al PACIENTE, padres, abuelos, tías, tíos, hermanos, hermanas, primos hermanos**
Si no hay antecedentes familiares de enfermedad, verifique Aquí (De lo contrario, marque las casillas individuales)

Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>	Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/>	Psiquiátrico No hay historial disponible <input type="checkbox"/>	No hay historial disponible <input type="checkbox"/>
Presión arterial alta <input type="checkbox"/>	Enfisema <input type="checkbox"/>	Hemorragia o Coagulación Defecto inmunológico <input type="checkbox"/>	TDA/TDAH <input type="checkbox"/>	Adoptivo <input type="checkbox"/>
Alto Colesterol <input type="checkbox"/>	Fibrosis Cística <input type="checkbox"/>	Defecto inmunológico <input type="checkbox"/>	Defectos de nacimiento <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Diabetes I (Niño) <input type="checkbox"/>	Tuberculosis <input type="checkbox"/>	Infección de VIH <input type="checkbox"/>	Cualquier otro historial médico pasado no mencionado	
Diabetes Tipo II (Adulto) <input type="checkbox"/>	Hepatitis <input type="checkbox"/>	Aritmia <input type="checkbox"/>		
Cáncer <input type="checkbox"/>	Alergias <input type="checkbox"/>	Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/>		
Tiroides Enfermedad <input type="checkbox"/>	Cirrosis de hígado <input type="checkbox"/>	Golpe <input type="checkbox"/>		
Nefropatía <input type="checkbox"/>	Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/>	Trastorno neurológico <input type="checkbox"/>		

ANTECEDENTES SOCIALES

EL NIÑO VIVE CON	Ambos padres (casados) <input type="checkbox"/>	Guardián/Otro <input type="checkbox"/>	El niño vive en	MASCOTAS EN CASA
Madre <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Abuelo(s) en el Hogar <input type="checkbox"/>	Casa <input type="checkbox"/>	Perro(s) <input type="checkbox"/>
Separado <input type="checkbox"/>	Separado <input type="checkbox"/>	Abuelo(s) como Guardián <input type="checkbox"/>	Apartamento/Condominio <input type="checkbox"/>	Gato(s) <input type="checkbox"/>
Divorciado <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>			Ave(s) <input type="checkbox"/>
Custodia Compartida <input type="checkbox"/>	Custodia Compartida <input type="checkbox"/>	Otro Parentela en el Hogar <input type="checkbox"/>		Pescado(s) <input type="checkbox"/>
Custodia exclusiva <input type="checkbox"/>	Único Custodia <input type="checkbox"/>	Otro Parientes como Guardián <input type="checkbox"/>		Lagarto/Tortuga <input type="checkbox"/>
W/Padrastro <input type="checkbox"/>	W/Padrastro <input type="checkbox"/>	Por favor Indicar Nombre de Guardián si Otro que Mamá o Papá:		Otro
W/Hermanastro <input type="checkbox"/>	W/Hermanastro <input type="checkbox"/>			
W/Hermanastra <input type="checkbox"/>	W/Hermanastra <input type="checkbox"/>			
Ocupación <input type="checkbox"/>	Padre Ocupación <input type="checkbox"/>			

ORIGEN ÉTNICO	LENGUA MATERNA	FUMAR/DROGAS/ALCOHOL	
Caucásico <input type="checkbox"/>	English <input type="checkbox"/>	¿Alguien fuma dentro o fuera de la casa?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hispanic <input type="checkbox"/>	Spanish <input type="checkbox"/>	PARA PACIENTES DE 13 AÑOS O MÁS	
Afro-americano <input type="checkbox"/>	Criollo <input type="checkbox"/>	Antecedentes de consumo de drogas	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asiático <input type="checkbox"/>	Otros (especifíquese)	Antecedentes de consumo de alcohol	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Amerindio <input type="checkbox"/>		Historia del consumo de tabaco	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Haitiano <input type="checkbox"/>			
Otro <input type="checkbox"/>			

Información de farmacia: Todas las recetas se enviarán electrónicamente: ya no recibirá recetas en papel

Nombre y número de teléfono de su farmacia	Dirección o cruce de calles de su farmacia
Describa cualquier otro problema con su hijo en el que podamos ayudarlo:	

Firma del padre/tutor

Fecha

Sawgrass Pediatría



INFORMAR AL PACIENTE			
Apellido:	Primero:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hembra	

CONSENTIMIENTO PARA AMIGOS Y FAMILIARES

En el caso de que yo necesite tratamiento médico y no pueda dar mi consentimiento para mi propio tratamiento; o mi hijo necesite tratamiento médico y yo (o no su tutor legal) no pueda traer a mi hijo para su tratamiento:

Yo, _____, autorizo a la(s) persona(s) siguiente(s) a buscar tratamiento médico para mí o mi hijo y a discutir la información de salud protegida (PHI) en la medida en que Sawgrass Pediatrics considere necesario para proporcionar atención.

Entiendo que esto podría incluir información como: diagnóstico, pronóstico y planes de tratamiento, medicación, instrucciones de alta y planes, resultados de pruebas de diagnóstico, recordatorios de citas, facturación médica, seguro y cualquier otra información médica relevante para el cuidado del paciente. Esta autorización seguirá siendo válida hasta que se produzca una nueva se ha completado la autorización o se ha recibido un preaviso de diez para revocar la autorización.

1. _____
 Nombre Relación con el paciente Teléfono #

Además, la persona nombrada anteriormente puede:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> o Recoger recetas | <input type="checkbox"/> o Recoger documentos | <input type="checkbox"/> o Pregunte sobre Referencias |
| <input type="checkbox"/> o Hacer/ cambiar citas | <input type="checkbox"/> o Acceda a la información de seguro / facturación | <input type="checkbox"/> o Pregunte acerca de los resultados de las pruebas |

2. _____
 Nombre Relación con el paciente Teléfono #

Además, la persona nombrada anteriormente puede:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> o Recoger recetas | <input type="checkbox"/> o Recoger documentos | <input type="checkbox"/> o Pregunte sobre Referencias |
| <input type="checkbox"/> o Hacer/ cambiar citas | <input type="checkbox"/> o Acceda a la información de seguro / facturación | <input type="checkbox"/> o Pregunte acerca de los resultados de las pruebas |

3. _____
 Nombre Relación con el número de teléfono

Además, la persona nombrada anteriormente puede:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> o Recoger recetas | <input type="checkbox"/> o Recoger documentos | <input type="checkbox"/> o Pregunte sobre Referencias |
| <input type="checkbox"/> o Hacer/ cambiar citas | <input type="checkbox"/> o Acceda a la información de seguro / facturación | <input type="checkbox"/> o Pregunte acerca de los resultados de las pruebas |

Nombre del paciente o tutor legal (imprimir): _____

Firma: _____ Fecha: _____



Me niego a autorizar a nadie más a buscar tratamiento médico para mí o para mi hijo.

Nombre del tutor legal (imprimir): _____

Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA VOZ Y COMUNICACIÓN POR MENSAJES DE TEXTO



TopLine MD Alliance

En un esfuerzo por transmitir los resultados normales más rápido a nuestros pacientes, hemos implementado registros médicos electrónicos.

Entiendo que para que Sawgrass Pediatric Partners, LLC deje mensajes detallados que contengan información médica específica en mi correo de voz o contestador automático, debo dar mi permiso a Sawgrass Pediatric Partners, LLC.

Además, entiendo que para que Sawgrass Pediatric Partners, LLC envíe mensajes detallados que contengan información médica específica a mi teléfono celular, debo dar mi permiso expreso por escrito a Sawgrass Pediatric Partners, LLC, también entiendo que mi información de atención médica en Sawgrass Pediatric Partners, LLC está protegida y una copia del Aviso de prácticas de privacidad está disponible a mi solicitud.

Consentimiento para mensajes

Doy mi consentimiento expreso por escrito a Sawgrass Pediatric Partners, LLC para dejar mensajes detallados en mi correo de voz / texto / contestador automático sobre mis resultados normales de laboratorio, resultados de diagnóstico y / o imágenes, información de recetas o recordatorios de citas. No se comunicarán resultados anormales a través de nuestro sistema automatizado

AUTORIZO A SAWGRASS PEDIATRIC PARTNERS, LLC A ENVIAR COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS AUTOMÁTICAS A TRAVÉS DE MENSAJES DE TEXTO / CORREO ELECTRÓNICO / CORREO DE VOZ

Nombre del paciente (Imprimir): _____

Padres/Pacientes Signature _____ Móvil #: _____

(Este número se utilizará para la mensajería)

Es mi responsabilidad mantener esta información actualizada, ya que reconozco que mi información puede cambiar con el tiempo. Este consentimiento se considerará válido hasta el momento en que lo revoque. Me reservo el derecho de revocarlo en cualquier momento. Entiendo que debo proporcionar un aviso por escrito para revocar este consentimiento



AUTORIZACIÓN PARA LANZAMIENTO Y DIVULGAR LOS REGISTROS MÉDICOS DE LOS PACIENTES

Información para el paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____ Numero de telefono: _____

¿Dónde desea que se envíen o soliciten los registros? () Consultorio Médico () Personal

Nombre/Médica: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____ Numero de telefono: _____

INFORMACIÓN QUE SE DARÁ A CONOCER

Yo, _____ autorizar de antemano _____ a

- Divulgar mi registro de salud completo, incluidos, entre otros, diagnósticos, resultados de pruebas de laboratorio, tratamientos o registros de facturación.
- Enfermedades transmisibles pero no limitadas a () HIV y AIDS () Otros: _____

¿Cómo desea que se entregue la información? (La solicitud tarda de 7 a 10 días hábiles para su procesamiento)

() Correo () Fax () Recoger por: _____ (se aplican tarifas)

Propósito de la liberación(¿Por qué es necesario?)

- Transferencia de la atención al nuevo médico
- Cambio de seguro
- Mudarse fuera del estado
- Copia personal (se aplican tarifas)
- Descontento con el servicio al cliente
- Descontento con la práctica (por favor, indique porqué? _____)
- Otros: _____

AUTHORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por la presente, autorizo el uso de la divulgación de mi información de salud identificable individualmente como se describe. Entiendo que esta autorización es voluntario. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de los beneficios pueden no estar condicionados a que firme esta autorización. Yo comprendo además que si la organización autorizada para recibir la información NO ES un plan de salud o proveedor de atención médica, el comunicado la información podría ser potencialmente divulgada de nuevo y ya no puede estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Por lo tanto, libero a Sawgrass Pediatric Partners, LLC de toda responsabilidad que surja de esta divulgación de mi información de salud. Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de los siguientes honorarios asociados con mi solicitud: cargos de copia y franqueo relacionados con la producción de mi información. Para pacientes y entidades gubernamentales:

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

(Paciente, Padre, Tutor o Representante Legal)

Ubicación de Coral Springs: 9750 NW 33rd Calle, Suite 101 Coral Springs, FL 33065 Tel: (954) 752-9220

Fax: (954)752-1549

Ubicación de Boca Raton: 9801 Glades Road, Boca Raton, FL 33434 Tel: (561) 487-9912

Número de fax: (561) 487-5070

Sawgrass Pediatrics

Michelle Snyder, D.O. – Lori Miller, M.D. – Anthony Martell, M.D. – Allna Di Liddo, M.D. – Jordan Mussary, M.D. – Alan Cadiz, D.O. Susan Shulman, D.O.

SOLICITUD DE MEDICAID:

POR FAVOR VISITE: <https://dcf-access.dcf.state.fl.us/access/index.do>

O BÚSQUEDA EN GOOGLE: MY ACCESS FLORIDA.

HAGA CLIC EN: SOLICITAR BENEFICIOS Y COMPLETE LA SOLICITUD.

UNA VEZ COMPLETADO, ASEGÚRESE DE REVISAR SU CORREO ELECTRÓNICO DIARIAMENTE PARA OBTENER LA CARTA DE APROBACIÓN O DENEGACIÓN.

SI SE LE NIEGA MEDICAID, USTED SERÁ RESPONSABLE DE LAS VISITAS DE AUTOPAGO.

PLANES DE MEDICAID SOLO PARA ELEGIR	PLANES DE MEDICAID QUE NO ACEPTAMOS:
<ul style="list-style-type: none">• SIMPLY MEDICAID• COMMUNITY CARE MEDICAID• MOLINA MEDICAID	<ul style="list-style-type: none">- SUNSHINE MEDICAID- HUMANA MEDICAID- PRESTIEGE MEDICAID

UNA VEZ QUE HAYA SIDO APROBADO PARA MEDICAID EN EL PORTAL, LLAME A LA OFICINA DE MEDICAID Y ASIGNE A SU HIJO AL PLAN DE MEDICAIDS ANTERIOR. PARRENDAMIENTO COMPLETE LOS PASOS A CONTINUACIÓN.

1. Nombre del Plan de Medicaid _____

2. ID de miembro # _____

- UNA VEZ QUE SE ASIGNE EL PLAN, COMUNÍQUESE CON LA COMPAÑÍA DE SEGUROS ACTUAL Y RETROCEDA EL FÍSICO ASIGNADO CON EL QUE ACTUALMENTE ESTÁ ESTABLECIENDO LA ATENCIÓN HASTA LA FECHA DE NACIMIENTO DEL BEBÉ. PÓNGASE EN CONTACTO CON SAWGRASS PEDIATRICS PARA DAR LOS SIGUIENTES 1-3 PASOS ANTES DE 30 DÍAS.

3. REFERENCE # NÚMERO PARA PCP CAMBIO RETRO A LA FECHA DE NACIMIENTO.

- ✓ UNA VEZ COMPLETADO, COMUNÍQUESE CON NUESTRA OFICINA Y HABLE CON NUESTRO DEPARTAMENTO DE VERIFICACIÓN CON TODA LA INFORMACIÓN OBTENIDA ANTERIORMENTE.