

BENEJ PEDIATRICS INC. REGISTRO DEL PACIENTE

Informacion Del Paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ MI: _____

Fecha de Nacimiento: __/__/__ M: ___ F: ___

Direccion: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo Postal: _____ Seguro Social (Si Aplica) : _____ - _____ - _____

Telefono De Casa: _____ Telefono De Celular: _____ Correo Electronico: _____

Contacto De Emergencia: _____ Relacion Al Paciente: _____ Telefono De Emergencia: _____

Primer Nombre, apellido y fecha de Nacimiento de cualquier hermano(a) que venga aqui:

Farmacia Preferida: _____ Ciudad: _____

Informacion De Aseguranza

Nombre de Aseguranza: _____ Numero de Poliza: _____

Persona Responsable

Informacion del Padre / Tutor

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ MI: _____

Fecha de Nacimiento: __/__/__

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

BENEJ Pediatrics Inc.

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Alguna alergia a medicamento? Si / No En caso afirmativo, indique: _____

Nombre de la madre: _____

Edad: _____

Nombre del padre: _____

Edad: _____

Historial Medico Del Nacimiento

Peso al Nacer: ____ lb. ____ oz.

Estatura: ____ in.

Vaginal or Cesarea? _____

Hospital de nacimiento? _____

Otro: _____

Fue embarazo a termino? _____

Problemas con el embarazo o parto? _____

El bebe recibo Hepatitis B en el hospital? _____ Fecha? _____

Historial Medico Del Nino (Circule todo lo que aplique)

YES	NO	Problema de Vision	YES	NO	Problema de oir
YES	NO	Enfermedad del Corazon	YES	NO	Asma/ Problemas de respiracioin
YES	NO	Sickle Cell	YES	NO	Diabetis
YES	NO	Enfermedad de los rinones or urinaria	YES	NO	Epilepsis o convulsiones
YES	NO	Problemas con los huesos	YES	NO	Trastornos sanguineos
YES	NO	Tuberculosis o una prueba positiva	YES	NO	Anemia, Blood Trasfucion de sangre
YES	NO	Problema de tiroide	YES	NO	Problemas de Piel
YES	NO	Alergias	YES	NO	Cirugia o Hospitalizacion
YES	NO	Problemas con el desarrollo	YES	NO	Enfermedades o accidents graves
YES	NO	(Ninas) Ha comenzado con su menstruacion	YES	NO	Sarampion, Varicela, Paperas, Sarampion

Historial Medico De La Familia (Marque los que apliquen)

	<u>Madre del nino</u>	<u>Padre del nino</u>	<u>Hermano del nino</u>	<u>Hermana del nino</u>
Diabetis				
Epilepsia o convulsiones				
Asma				
Cancer				
Enfermedad de los rinones				
Alta Presion				
Alergias				
Anormalidad de los ojos/oidos				

Firma: _____ Fecha: __/__/__

Relacion al nino: _____

Firma Del Examinador: _____ Date: __/__/__

BENEJ Pediatrics Inc.

11306 Mountain View Avenue Ste E, Loma Linda CA 92354.

Phone: (909)-796-2400 Fax (909)-796-2443

AUTHORIZATION TO TREAT A MINOR & EMERGENCY

I, the parent or legal guardian, acting in behalf of _____
(Minor's Name)

hereby authorize physical examination, diagnostic test(including blood, urine, and skin test's, and non-surgical outpatient medical treatment of the conditions diagnosed for the above minor to be performed by physician supervised assistants and staff of BENEJ Pediatrics Inc.

****I also give full authority for my child to be accompanied for medical treatment by the following people: (Please write the names on the bottom of the page)****

Signature of Parent/Guardian

Date

**** (If parent not able to come in, legal guardian should bring legal document) ****

AUTORIZACION PARA DAR TRATAMIENTO MEDICO A UN MENOR DE EDAD & EMERGENCIA

(Yo) (Nosotros), padre(s), madre, del suscrito(a) y con la custodia/tutela legal de _____
(Nombre del Menor)

Menor de edad, por medio de esta autorizo(amos) a como agente(s) del suscrito(a) y doy (damos) nuestro consentimiento para que le tomen radiografías, le hagan pruebas de diagnostico (incluyendo análisis de sangre, orina, pruebas en la piel, inmunizaciones) y tratamiento medico externo(no incluyendo cirugía), que se considere prudente y que se efectúe bajo la supervisión general o especial de un Doctor en Medicina, con autorización para practicar de acuerdo a lo previsto en el Acta de Practica Medica ya sea que dichos tratamientos o diagnósticos se efectúen en BENEJ Pediatrics Inc.

**** Yo también quiero dar autorización para que mi hijo/hija pueda ser acompañado para tratamiento medico por: (Por favor escriba los nombres en la página abajo) ****

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

**** (Si el padre no puede venir, el tutor legal tiene que traer el documento legal) ****

(Full Name/ Nombre Completo)

(Relationship/Relacion)

(Phone/Telefono)

(Full Name/ Nombre Completo)

(Relationship/Relacion)

(Phone /Telefono)

Expedición de Información Confidencial

En general, la HIPAA regla de confidencialidad otorga a los individuos el derecho de requerir la restricción sobre el uso y expedición de la información confidencial de su salud. Al individuo también está provisto del derecho a solicitar comunicación confidencial o a que la comunicación con otros medios alternativos, tales como mandar la correspondencia a la oficina del individuo en lugar de mandarlos a la casa del mismo.

DESEO SER CONTACTADO EN LOS SIGUIENTES CASOS (REVISAR TODAS LAS APLICACIONES):

Teléfono de Casa _____

- De acuerdo a que dejen mensaje con información detallada.
- Dejar mensaje con número para regresar llamada únicamente.

Comunicación Escrita _____

- De acuerdo a que manden correspondencia a mi domicilio.
- De acuerdo a que manden correspondencia a mi trabajo/oficina
- De acuerdo a que manden fax a este número

Teléfono de Trabajo _____

- De acuerdo a que dejen mensaje con información detallada.
- Dejar mensaje con número para regresar llamada únicamente.

Otros _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

La regla de privacidad generalmente requiere que los proveedores del cuidado de la salud tomen decisiones responsables para limitar el uso y exposición, y peticiones para el PHI al mínimo necesario para lograr los propósitos propuestos. Estas provisiones no aplican al uso o exposición hecha persuasivamente a una petición autorizada por el individuo.

*Las entidades del cuidado de la salud deberán poseer los expedientes. Información detallada a continuación, se completa debidamente, constituiremos un expediente adecuado.

Nota: El uso y exposición para TPO pudiera ser permitido sin notificación o consentimiento previo en caso de emergencia.

EXPEDIENTE DE INFORMACION PROTEGIDA DE LA SALUD

FECHA	Dirección o número de fax a quien mandar información	(1)	Descripción de la información y propósito	Por quien otorgado	(2)	(3)

- (1) Revise este recaudo si el otorgamiento está autorizado
- (2) Tipo de abreviatura T= expediente de tratamientos P= información de pagos O= operaciones de cuidado de la salud
- (3) Registre como fue determinada la expedición F= fax P= teléfono E= correo electrónico M= correo O= otros

11306 Mountain View Avenue Ste E, Loma Linda CA 92354.



BENEJ Pediatrics Inc.

11306 Mountain View Avenue Ste E, Loma Linda CA 92354.
Phone: (909)-796-2400 Fax (909)-796-2443

PRACTICAS INFORMATIVAS DE NOTIFICACION DE SALUD (NOTIFICACION PRIVADO)

Esta notificación describe la información médica acerca y como puede usted tener acceso a esta información. Por favor revíselo con cuidado.

Como utilizaremos esta información de salud acerca de usted

- Como bases para planear su cuidado y tratamiento
- Formas de comunicación con otros profesionistas que contribuyen a su cuidado
- Documentos legales que describan el cuidado que necesita
- Para asegurar la exactitud
- Para entender mejor quien, que, cuando, dónde, y porque otros, pueden obtener su expediente medico
- Tomar decisión informativas cuando se autoriza el acceso a su expediente a otras personas

Sus derechos sobre su expediente medico

Aunque su expediente medico/salud es propiedad del proveedor o de la clínica donde es atendido o archivado usted tiene derecho a:

- Solicitar restricción a ciertos usos a divulgaciones de información sobre su salud y una copia de la notificación o aviso antes mencionado
- Inspeccione y obtenga copia de su expediente medico
- Revoque su autorización para utilizar o divulgar información acerca de su expediente medico excepto cuando esta acción ya se hubiese tomado

Nuestra Responsabilidad

- Mantener la privacidad de su expediente medico
- Notificarle si no podemos aceptarle alguna petición de restricción
- Favor de comunicar peticiones razonables sobre información de su salud por medios alternativos en las localidades alternativas

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y hacer la nueva provisión efectiva para toda información medica confidencial que nosotros tenemos. Nuestras prácticas informativas deberian cambiar, le enviaremos correspondencia sobre avisos a la dirección que usted nos ha proporcionado. No utilizaremos ni mandaremos su información médica sin su autorización, solamente que este descrito en el aviso.

RECONOCIMIENTO DEL AVISO O NOTIFICACION PRIVADO

Entiendo que como parte del cuidado de mi salud, esta organización genera y mantiene expedientes médicos describiendo el historial medico infantil de mis hijos o mió así como síntomas, exámenes y resultados, diagnósticos, tratamientos y cualquier tipo de planes para cuidados y tratamientos futuros. Entiendo que esta información sirve como:

- Bases para planear los tratamientos y cuidados de mi persona y mis hijos
- Médicos de comunicación entre otros profesionista en salud, que contribuyan al cuidado de mi salud o de mis hijos
- Una fuente de información para solicitar el diagnostico y información quirúrgica a mi cuenta
- Un medio por el cual terceras personas (aseguranza) pueda verificar que los servicios cobrados y pagados se hallen recibido
- Una herramienta de las operaciones sobre el cuidado sobre el cuidado de salud rutinarias tales como calidad de los servicios, y examinar que los profesionistas que atienden la salud son competentes

Entiendo y me han entregado un aviso o notificación sobre la privacidad de dichas practicas. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar la notificación antes de firmarla. Entiendo también que esta organización tiene el derecho de cambiar sus avisos y practicas. Entiendo que puedo restringir el uso de la información de mi expediente sobre los tratamientos, pagos o operaciones acerca del cuidado de su salud y que esta organización no este obligada a coincidir con las restricciones que yo solicite.

Reconozco que recibí las prácticas confidenciales de esta organización

Nombre completo: _____ Firma: _____

Fecha: _____

BENEJ Pediatrics Inc.

Cancelado y Roto Política de Nombramientos

Los pacientes que no pueden guardar sus citas programadas y sin notificación adecuada pueden causar problemas tanto para la oficina, así como otros pacientes. Somos más capaces de programar puntualmente y en su franja horaria deseada si sabemos con antelación suficiente que usted necesita para cambiar una cita.

Hacemos todo lo posible para recordar a todos los pacientes de sus citas de horario. Emitimos tarjetas de la cita en el momento de la designación se hace, y que llamamos cada programadas paciente 2 días antes de su nombramiento. También podemos enviar recordatorio por correo electrónico.

En un esfuerzo por establecer horarios diarios que son eficientes, así como considerado con su tiempo y el nuestro; hemos adoptado la siguiente política respecto a los nombramientos rotos y tardía cancelados:

1. Una cancelación tardía se define como cualquier cita programada que un paciente cancela sin dar al menos 24 horas de anticipación.
2. Una cita roto alguna cita que un paciente no puede mantener y proporciona sin previo aviso.
3. Dos cancelaciones tardías pueden resultar en un cargo de \$ 25 al paciente.
4. Una cita rota no incurrirá en un cargo, pero el segundo y cada cita rota a partir de entonces incurrirá en el cargo de \$ 25.
5. El seguro no es responsable de los gastos de citas rotas.

Nos damos cuenta de que las circunstancias a veces surgen a corto plazo que puede resultar en la necesidad de cancelar una cita a corto plazo. Cuando se producen estas circunstancias, vamos a ejercer discreción en la decisión de cobrar una tarifa. Es nuestro sincero deseo de ser considerado con el tiempo, y como hacemos todo lo posible para hacerlo, esperamos que nuestros pacientes también serán considerados con nuestro deseo de servir previsiblemente a nuestros pacientes con el tiempo disponible para nosotros.

Gracias por su consideracion y cooperacion.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

¿Qué Come Su Niño?

Ponga un círculo en las comidas que su niño *come* cada día o al menos 3 veces a la semana:

Bebés

Leche de pecho, Fórmulas con hierro, Cereal con hierro, Frutas, Frijoles, Jugo, Tofu, Galletas, Huevos, Miel, Almíbar (Karo)

Ponga un círculo en el dibujo que muestra como se siente su bebé o niño a la hora de comer:

Tortillas, Panes, Granos y Cereales

Arroz, Sopa de macaron, Tortillas, Cereal con hierro, Pasta, Galletas, Pretzels, Pan/Bagel, Pan dulce

Frutas y Verduras (Ricas en Vitaminas A, C, Ácido Fólico y Fibra)

100% Jugo, Fresas, Melón, Mangos, Duraznos, Sandía, Piña, Manzana, Uvas, Naranja, Tomate, Coliflor, Verduras verdes oscuras, Zanahorias, Calabacita, Plátano, Pasas, Broccoli, Chiles, Repollo, Ensalada, Papa/Camote, Ejotes/Chicharos, Maíz

Alimentos Ricos en Calcio

Batido, Leche Regular, 1% Leche/leche, Queso, 100% Jugo fortificado con calcio, Helado, Tofu fortificado con calcio, Requesón bajo en grasa/sin grasa, Yogur bajo en grasa/sin grasa

Alimentos Ricos en Proteína y Hierro

Pollo/Pavo, Carne de res, Pescado/anin enlatado, Taco, Jamón/Carne de puerco, Huevos, Cacahuates, Espagueti con albóndigas, Tofu, Hígado, Frijoles/Lentejas

Otras Comidas

Salchicha, Hamburguesa, Pizzas, Pollo Frito, Papas Fritas, Burrito, Aguas Frescas, Galletas, Chocolate, Dulces

Ponga un círculo si su bebé o niño usa:

Vitaminas

Ponga un círculo si su bebé o niño recibe comida de:

Food Stamps, School Lunch, Head Start, WIC

Ponga un círculo en las actividades que su bebé o niño hace diario:

Toma agua:

Office Use Only
Feeding milestones to check/visit

Baby: Birth to 24 months

Yes / No

- Breast-fed 8–12 times/24 hours during early weeks of lactation OR every 3–4 hrs./day for older infants?
- Formula-fed w/iron no less than 20 ounce/day? Correct dilution?
- No honey/Karo Syrup until 1 year?
- 4–6 months: Start on baby cereal with iron?
- 5–7 months: Start on pureed vegetables and fruits?
- 6–7 months: Drink from a cup?
- 6–8 months: Start on pureed or ground meat, i.e., poultry, beef, pork, fish, egg yolk, beans, tofu?
- 7–9 months: Eats finger foods and mashed/chopped foods, NO grapes, nuts, popcorn, hotdogs, hard candy?
- 1 year: Drinks regular milk no less than 16 ounces/day?
- 9–12 months: Feeds self, joins family meal and snack times?
- 12–24 mos.: Eats variety of foods: small portions, i.e., 1–2 Tbsp., ½ c juice, ¼ slice of bread.

Child: 2 to 8 years

Yes / No

- Eats recommended variety and amounts of foods daily for age from the food guide pyramid?

Mealtime/Others:

Yes / No

- Set meal and snack times?
- Brush teeth by himself at 5 years?
- Good food supply?
- Takes vitamins, iron, or fluoride?
- Growing normally according to his/her growth patterns?
- Does child play with or eat dirt, plaster, clay, and paint chips?
- Any food intolerances or allergies? _____
- Referral for identified nutrition problem? Where? _____

Activity:

- Actively plays everyday i.e., running, biking, sports, 1 hour/day?
- TV viewing: 2 hours or less/day?

Child's name: _____ Record #: _____
Age: _____ yrs. _____ mos. Wt: _____ lbs. Ht: _____ in. Date: ____/____/____

Adapted from the Orange and San Bernardino Counties CHDP Programs.
DHS 4035 A (Spanish) (10/03)