



KIDS KARE

PEDIATRICS

758 South Willow Avenue • Cookeville, TN 38501
Phone (931) 526-6173 • Fax (931) 526-5084
Email: kidskare@kidskare.biz
Website: www.tnkidskare.com

TODAY'S DATE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ SEXO: MALE FEMALE

DIRECCION _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

SS# ___/___/___ FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___ NUMERO DE TELEFONO: (____) _____

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino negarse a contestar Lenguaje Primario: _____

RAZA: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiatico Negro/Afro Americano Hawaiano Caucasico Negarse a contestar

NOMBRE DE MADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___

DIRECCION (si es diferente que el niño) _____

TEL CELULAR (____) _____ (para recibir mensajes de texto) TEL. TRABAJO (____) _____

CORREO ELECTRONICO _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

*** MUY IMPORTANTE-Necesario para obtener acceso al portal de paciente!**

NOMBRE DE PADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___

DIRECCION (si es diferente que el niño) _____

TEL CELULAR (____) _____ (para recibir mensajes de texto) TEL. TRABAJO (____) _____

CORREO ELECTRONICO _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

*** MUY IMPORTANTE-Necesario para obtener acceso al portal de paciente!**

METODO PREFERIDO PARA CONTACTARIO ACERCA DE CUESTIONES MEDICAS? TEXT TO CELL EMAIL PHONE CALL MAIL

METODO PREFERIDO PARA CONTACTARIO ACERCA DE RECORDATORIOS? TEXT TO CELL EMAIL PHONE CALL MAIL

METODO PREFERIDO PARA CONTACTARIO ACERCA DE FACTURAS? TEXT TO CELL EMAIL PHONE CALL MAIL

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA _____

QUIENTE REFIRIO A NUESTRA OFICINA? _____

SEGURO PRIMARIO _____ SEGURO SECUNDARIO _____

SEGURO

SI USTED NO TIENE UNA TARJETA, USTED ES RESPONSIBLE PARA PAGAR EN EL TIEMPO DEL SERVICIO. POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA DE SEGURO EN LA VENTANA CADA VEZ QUE CHEQUEAN A SU NIÑO.

ASIGNACION Y COMUNICADO

Yo, el guardian o padre, autorizo el comunicado de cualquier informacion medica que sea necesario para completar una demanda de seguro. Yo entiendo que soy responsable para todos los costos si el seguro paga o no. Yo autorizo el uso de esta firma para todos los submisiones al seguro.

NOMBRE Y FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE

PARENTESCO

FECHA

Persona a la que se avisara en caso de una EMERGENCIA (aparte de los padres): _____

NUMERO DE TELEFONO: (____) _____ PARENTESCO CON EL PACIENTE _____



Kids Kare Pediatrics

758 S. Willow Ave., Cookeville, TN 38501, Tel. no. (931) 526-6173

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR Y DE NACIMIENTO

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: M ___ F ___

Durante el Embarzo y el Nacimiento del Paciente:

(por favor circule uno)

Huvo alguna enfermedad o complicacion durante el embarazo de este nino/s?	Si	No	No Se
El nino/a nacio prematuro? _____	Si	No	No Se
Huvo algún problema durante el parto o al dar a luz? _____	Si	No	No Se
Huvo algún problema con el nino/a al nacer? _____	Si	No	No Se
Huvo algún problema durante la primera semana de nacido/a? _____	Si	No	No Se

Historia Familiar: (preguntas sobre el paciente)

(por favor circule uno)

Los padres estan relacionados de otra manera mas que por casamiento? _____	Si	No	No Se
Ha tenido algún hermano/a que se le haya muerto? _____	Si	No	No Se
Ha tenido algún hermano/a con serios problemas de salud? _____	Si	No	No Se

Liste las Enfermedades Que Corren En La Familia:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Historia del Nino/a:

Enfermedades: _____

Hospitalizaciones: _____

Operaciones: _____

Esta tomando alguna medicacion o droga? Si No (por favor circule uno)

Usted sabe de alguna ALLERGIA que tenga? Si No

Alguna vez ha tenido convulciones? Si No

Hay vacunas que aun no se hayan administrado? Si No

Si hay algún "SI" como respuesta a alguna pregunta por favor explique la razon aqui:

Fecha de hoy _____

Gracias.



Kids Kare Pediatrics

Consentimiento paciente para el uso y el acceso de la información protegida de la salud

Con mi consentimiento, Kids Kare Pediatrics puede utilizar y divulgar la información protegida de la salud (PHI) sobre mi niño para realizar el tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado médico (TPO). Refiera por favor al aviso de Kids Kare's de las prácticas de la aislamiento para un descripción más completo de tales las aplicaciones y los accesos.

Tengo la derecha de repasar el aviso de la aislamiento práctico antes de firmar este consentimiento. Kids Kare reservas la derecha de revisar su aviso de la aislamiento practican en cualquier momento. Un aviso revisado de las prácticas de la aislamiento se puede obtener por la expedición una petición escrita al oficial de la aislamiento de Kids Kare Pediatrics 758 S. Willow Ave. Cookeville, TN 38501.

Con mi consentimiento, Kids Kare pueden llamar mi hogar o la otra localización señalada y dejar un mensaje en un correo de voz o en persona en referencia a cualquier artículo que asista a la práctica de realizar TPO, tal como recordatorios de la cita, artículos del seguro y cualesquiera llamada que pertenece a mi cuidado clínico, incluyendo laboratorio resulta entre otras.

Con mi consentimiento Kids Kare puede enviar a mi hogar o a otros artículos señalados de la hormiga de las localizaciones que asistan a la práctica en TPO que realizar, tal como tarjetas del recordatorio de la cita y declaraciones pacientes.

Firmando esta forma, estoy consintiendo de el uso de Kids Kare y acceso de mi PHI de realizar TPO.

Puedo revocar mi consentimiento en la escritura a menos que hasta el punto de la práctica haya hecho ya accesos en confianza sobre mi consentimiento previo. Si no firmo los Kids Kare de este consentimiento pueden declinar proporcionar el tratamiento a mi niño.

Firma del guarda paciente o legal



Acuerdo Financiero del Paciente

Por favor, lea la siguiente informacion con mucho cuidado y luego su firma y fecha abajo:

- Entiendo que los co-pagos son debidos en el momento de servicio. **Al no hacerlo, dara lugar a la reprogramacion de mi cita o la negacion de ver al paciente.**
- Entiendo que el pago de cualquier balance o deducible se debe en el momento del servicio. **Al no hacerlo, dara lugar a la reprogramacion de la cita o la negacion de ver al paciente.**
- Yo entiendo que es mi responsabilidad confirmar que tratamientos o procedimientos son cubiertos y/o pagados por mi Seguro (incluyendo, pero no limitado a , las exclusiones aplicables, deducibles y los maximos anuales o de por vida.
- Entiendo que aunque pague mi saldo estimado de paciente en la fecha de los servicios , la estimacion de los seguros puede diferir de lo que mi compana de seguros paga en ultima instancia. Yo sere responsable de las cantidades no pagados por mi Seguro por cualquier razon, y es posible que reciba una factura/declaración de un saldo a pagar, que será inmediatamente exigible al recibirlo.
- Entiendo que menos que los registro del paciente sean enviados directamente a otro Proveedor, el cargo por las copias de los registros médicos es de \$20.00 por las primeras 5 paginas y 50 centavos por cada siguiente pagina.

POLITICA DE NO-SHOW

No presentarse a las citas limita nuestra capacidad de brindar un servicio de calidad y oportuno a su(s) hijo(s) y también limita el acceso de otros pacientes a la atención médica. Las citas programadas que se cancelan dentro de las dos (2) horas de la hora de la cita o que llegan con más de 15 minutos de retraso también se considerarán ausencias.

- Pacientes que fallan o no se presenten a dos (2) o más citas con nuestra oficina o que no se presenten a las referencias colocadas por nuestra oficina serán notificados y se pondrán en un período de prueba.
- Después de tres (3) o más No-Shows o de referencia fallidas dentro de un período de 12 meses, se reserva el derecho de rechazar cualquier otra cita y el paciente será despedido de nuestra oficina.

La política de retraso de 15 minutos no se aplica a la última cita antes del almuerzo, o la última cita antes del final del día. ESAS CITAS DEBEN SER PUNTUALES.

Llámanos con anticipación para cancelar o volver a programar para evitar una marca de No-show. Por favor, mantenga nuestra oficina actualizada con su información de contacto más actual para evitar perderse en futuros recordatorios de citas

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre impreso del padre:

(_____) _____
numero de celular (puede texto):



758 S. Willow Ave. Cookeville, TN 38501 Phone: 931-526-6173 Fax: 931-526-5084

AUTORIZACION DEL PADRE O GUARDIAN LEGAL PARA TRAER AL PACIENTE AL MEDICO

Yo/ nosotros autorizamos a las personas siguientes para traer a mi hijo/a a la oficina del doctor para tratamiento medico.

NOMBRE DE LA PERSONA

RELACION CON EL PACIENTE

Estos son los nombres de mis hijos

NOMBRE DEL NINO/A

FECHA DE NACIMIENTO

Firma del padre o guardian legal

Firma y Fecha

Firma y Fecha

Nombre Impreso Y Relacion

Nombre Impreso Y Relacion



Formulario de consentimiento de vacunación

De acuerdo con el Código de Tennessee Anotado 63-1, mi firma a continuación indica que doy mi consentimiento para Kids Kare Pediatrics y su personal para proporcionar vacunas para mi hijo/a.

Yo atestiguo que soy el padre o tutor legal del siguiente niño / niños:

Doy mi consentimiento para (*por favor marque uno*)

- Todas las vacunas recomendadas para mi hijo por la AAP (Academia Americana de Pediatría)
- Todas las vacunas recomendadas por la AAP, **con la excepción** de _____
- SOLO** la(s) vacuna(s) siguiente(s): _____

Entiendo que puedo revisar las hojas de información de vacunas (VIS) para estas vacunas usando este código QR



O yendo a <https://www.immunize.org/vis/>

Entiendo que tener mi firma archivada en Kids Kare Pediatrics significa que los cuidadores no padres y tutores no legales que llevan a mi hijo a las citas de vacunación, no necesitan proporcionar un consentimiento formal para las vacunas. Mi consentimiento por escrito como padre/tutor es adecuado para la vacunación.

Este consentimiento expira automáticamente un año después de la fecha de mi firma.

Nombre impreso del padre o guardián legal

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Firma de testigo de Kids Kare Pediatrics: _____