



Fecha de Hoy:	AZIZ IMTIAZ M.D.
---------------	-------------------------

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido:		Primer Nombre		Medio:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta
Nacido en E.E.U.U? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Lugar de nacimiento:		Fecha de Nacimiento: / /		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:				No. De Seguro Social:		No. De Casa: ()	
P.O. box:		Ciudad:		Estado:		Codigo Postal:	
Ocupacion		Empleador:			No. De Empleador: ()		
Mencionado por: <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Plan de seguro <input type="checkbox"/> Otro							

INFORMACION DEL PADRE(S)

Nombre del Pariente:		Fecha de Nac.: / /	Dirección (si es diferente):		No. De telefono: ()	
Ocupacion:	Empleador:	Direccion de Empleador:			# De Seguro Social:	
Nombre del pariente:		Fecha de Nac.: / /	Dirección (si es diferente):		No De telefono: ()	
Ocupacion:	Empleador:	Direccion de Empleador:			# De Seguro Social:	

INFORMACION DEL SEGURO

Nombre de Seguro Primario:		Nombre del suscriptor :		ID # de miembro:	
Nombre del seguro secundario (si aplica):		Nombre del suscriptor :		ID # de miembro:	

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre dl amigo/familiar (que no vive en la misma dirección) :		Relacion al paciente:		No. de telefono: ()		No de trabajo: ()	
------------------------------------------------------------------	--	-----------------------	--	----------------------------	--	--------------------------	--

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a que mis beneficios de seguro sea pagad  directamente al médico . Entiendo que soy responsable a cualquier balance que no cubra mi seguro . También autorizo a [PM Pediatrics] o compa n a de seguros para liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamos .



Ser Web enabled le permitirá:

- Cambiar y hacer citas para su niño/a
- Ver vacunas recibidas en nuestra oficina
- Ver el resumen médico de todas las visitas de su hijo/a (Diagnóstico, medicamento dado, etcétera)
- Recibir artículos educativos sobre el diagnóstico, medicamento, o vacunas de su hijo/a
- Y mucho más!

Si, quiero estar web enabled

Email: _____@_____.com

No, en este momento no quiero estar web enabled.

****Tenga en mente que puede solicitar este programa a cualquier tiempo. **



Nombre	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	fecha de nacimiento
Médico anterior:	Fecha del último examen físico:	

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL

Enumere cualquier problema médico que otros médicos hayan diagnosticado

Cirugías

Año	Razón	Hospital

Other hospitalizations

Año	Razon	Hospital

Alguna vez ha recibido una transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
----------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Please turn to next page



Yo _____ el padre / guardián de
_____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / _____ autoriza a las
siguientes personas para llevar a mi hijo a la consulta del médico en un caso en el que
no puede:

Relación con el paciente/Relacion al paciente:

- | | |
|----------|-------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ |

*También soy consciente de que cuando el anteriormente enumerado llevar a mi hijo al
médico también necesitan proveer identificación con foto apropiada.*

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha: ___ / ___ / _____



1412 W. Vine Street
Kissimmee Florida 34741
Phone: 407-483-0672 ° Fax: 407-348-5882

Financical Policy

El Dr. Imtiaz y el personal de PM Pediatrics desean darle la bienvenida a nuestra práctica. Nos esforzamos para que su visita sea lo más cómoda posible, siendo nuestro principal objetivo brindarle a su hijo una excelente atención médica.

Por favor tenga en cuenta que:

Es su responsabilidad informar a nuestra oficina de cualquier cambio en la información demográfica (dirección, teléfono, etc.)

Para cualquier recién nacido que solo sea atendido para una visita de recién nacido, deberá pagar la visita de 90 dólares, a menos que el paciente continúe siendo nuestro paciente durante al menos 6 meses.

Su cuenta debe mantenerse actualizada; los cargos de copago, autopago, coseguro y deducible se cobrarán en el momento del servicio (los servicios se pagan en efectivo, con tarjeta de crédito o débito).

Si no tiene su(s) pago(s) al momento del check-in, su cita puede ser reprogramada.

Cualquier cheque devuelto resultará en un cargo de servicio de \$25.00 y todos los pagos futuros se requerirán en efectivo o crédito.

Hay un cargo de \$30.00 por cualquier papeleo externo que deba completarse aquí y firmarse por el médico.

Todas las citas canceladas requieren un aviso de 24 horas.

Todas las citas de “ausencia” están documentadas en su expediente; después de 3 citas de “ausencia”, es posible que el privilegio de las mismas citas no esté disponible para usted.

Si tiene cobertura de seguro: presentaremos sus reclamos, sin embargo debemos enfatizar que como proveedores médicos nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros.

Es su responsabilidad informarnos sobre cualquier cambio en el seguro, para que el seguro pueda verificarse antes de su visita.

Usted es responsable de cualquier cargo no cubierto que no pague su póliza de seguro.

Al firmar a continuación, confirma que ha leído esta política y acepta lo establecido anteriormente:

Sabemos que los problemas financieros temporales pueden en ocasiones afectar el pago puntual de su cuenta; si alguna vez tiene un problema de este tipo, le recomendamos encarecidamente que se comunique con nosotros para ayudarle a administrar su cuenta. Si tiene alguna pregunta sobre la información anterior, por favor hágala. Estamos aquí para ayudarte.

Nombre del paciente:

Firma del padre / paciente (si tiene 18 años):

Fecha



1412 W. vine Street

Kissimmee Fl 34741

Phone: (407)-483-0672 Fax: (407)-348-5882

Autorización para divulgar información médica

Por la presente autorizo la divulgación de registros médicos, excluyendo los registros protegidos de la siguiente manera:

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

- Todos los registros
- Registros de inmunización
- Gráficos de crecimiento
- Prueba de laboratorio
- Informes de radiología
- Documentos hospitalarios
- Documentos gráficos
- Información de atención externa (si está disponible)
- Otro:
- _____

Records to be released from:

Nombre de la práctica: _____

Número de teléfono:(____) _____ - _____ **Número de fax:** (____) _____ - _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

Autorización dada por:

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Esta transmisión contiene información confidencial, parte o la totalidad de la cual puede ser información de salud protegida según lo define la regla de privacidad de la ley federal de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPPA). Esta transmisión también puede contener material protegido por regulaciones federales de privacidad o privilegios médico-paciente. Está destinado únicamente para el uso de los destinatarios mencionados anteriormente y puede ser confidencial y privilegiado según la ley de Florida. Si usted no es el destinatario previsto, cualquier revisión, uso o distribución de esta información está estrictamente prohibida. Si recibió esta comunicación confidencial por error, notifique al remitente inmediatamente por teléfono y devuelva el original de esta transmisión por correo postal de EE. UU. a la dirección que se muestra arriba.