



INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sexo: M F Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Telefono de la casa: _____ Medico Pediatra: _____
Direccion de la casa: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Cómo fue su hijo(a) referido a nuestra oficina? Sala de Emergencias Pediatra Amigo Televisión

INFORMACION DE LOS PADRES ó ADULTOS RESPONSABLES POR EL NIÑO(A)

Quien tiene la custodia legal del paciente? Madre Padre Custodio Otro, Parentesco? _____
Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Direccion para recibo de correspondencia: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Telefono de la casa: _____ Telefono del trabajo: _____ Telefono Celular: _____
Correo electrónico: _____

Nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Direccion para recibo de correspondencia: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Telefono de la casa: _____ Telefono del trabajo: _____ Telefono Celular: _____
Correo electrónico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Parentesco con el paciente: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____
Esta persona está autorizada para traer al paciente a recibir tratamiento medico? Si No
Alguien mas está autorizado para traer al paciente a recibir tratamiento médico? Si No
Nombre: _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Seguro Primario: _____ Teléfono: _____
Direccion para recibo de correspondencia: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Nombre del titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Número de póliza del paciente: _____
Es esta lesión el resultado de un accidente vehicular? SI No

Seguro Secundario: _____ Teléfono: _____
Direccion para recibo de correspondencia: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Nombre del titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Número de póliza del paciente: _____

Yo entiendo que el pago de la atención médica se debe hacer al momento del servicio. El padre y/o el adulto responsable y/o el custodio legal que firme(n) este documento es (son) responsables(s) por cualquier y todo co-pago(s), deducible(s), co-seguro(s) y/o cuenta(s) sin pagar no cubiertas por el seguro, independientemente de su estado civil. Además, Yo autorizo que a todo(s) el (los) beneficio(s) medico(s) y/o quirúrgico(s) sean pagados directamente a Pediatric Orthopedics of SW Florida por todo (s) y cualquier cuidado(s) medico(s) prestados a mi dependiente. Así tambien, Yo autorizo a Pediatric Orthopedics of SW Florida a divulgar cualquier información medica necesaria para procesar reclamaciones medicas.

Firma del padre/Custodio Legal: _____ Fecha: _____

The purpose of Meaningful Use is to improve patient care by providing practitioners with access to accurate and complete information about their patients. For the patient, this means improved care and greater ability to make informed decisions about their health care.

Please complete the following information regarding the patient and return it to Check-In

Patient Name _____ **Patient DOB** ____ / ____ / ____

Language English Spanish Only Other

Gender Female Male

Race Caucasian African American
 Latino/Hispanic Other

Ethnicity Latino/Hispanic Not Reported Other

Do you wish to have access to your records through a patient portal on our website?

Yes No Email: _____



Pediatric Orthopedics of SWFL

RECONOCIMIENTO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

FORMA DE RECONOCIMIENTO

Yo he recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad y he tenido la oportunidad de revisarlo.

Nombre del hijo _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del padre/Custodio Legal X _____

Fecha _____

Pediatric Orthopedics

of SWFL

is firmly committed to

full compliance with

laws and regulations

relating to

patients rights.



**Pediatric Orthopedics
of SWFL**

15821 Hollyfern Court
Fort Myers, FL 33908
(239) 432-5100
Fax (239) 432-0629

PRIVACY NOTICE

**This notice describes how
medical information about
you may be used and
disclosed and how you
can access this
information. Please
review it carefully.**

Privacy Officer
Telephone: (239) 432-5100



**Pediatric Orthopedics
of SWFL**

NOTICE of PRIVACY PRACTICES

If you have any questions about this Notice please contact our Privacy Officer*. This Notice of Privacy Practices describes how we may use and disclose your protected health information to carry out treatment, payment or healthcare operations and for other purposes that are permitted or required by law. It also describes your rights to access and control your protected health information. "Protected health information" is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health or condition, and related health care services.

We are required to abide by the terms of this Notice of Privacy Practices. We may change the terms of our notice at any time. The new notice will be effective for all protected health information that we maintain at that time. We will provide you with any revised Notice of Privacy Practices on our website**, send a revised copy to you in the mail or provide you with a copy at the time of your next appointment.

*(239) 432-5100

Uses and Disclosures of Protected Health Information

Your protected health information may be used and disclosed by your physician, our office staff and others outside of our office that are involved in your care and treatment for the purpose of providing health care services to you. Your protected health information may also be used and disclosed to pay your health care bills and to support the operation of the physician's practice

Treatment: We will use and disclose your protected health information to provide, coordinate or manage your health care and any related services. In addition, we may disclose your protected health information from time-to-time to another physician or health care provider who, at the request of your physician, becomes involved in your care by providing assistance with your health care diagnosis or treatment to your physician.

Payment: Your protected health information will be used, as needed, to obtain payment for your health care services.

Healthcare Operations: We may use or disclose, as needed, your protected health information in order to support the business activities of your physician's practice. We will share your protected health information with third party "business associates" that perform various activities (e.g., billing, transcription services) for the practice.

Your Rights

You have the right to inspect and copy your protected health information. This means you may inspect and obtain a copy of protected health information about you that is contained in a designated record set for as long as we maintain the protected health information. A "designated record set" contains medical and billing records and any other records that your physician and the practice use for making decisions about you.

You have the right to request a restriction of your protected health information. You may also request that any part of your protected health information not be disclosed to family members or friends who may be involved in your care or for notification purposes as described in this Notice of Privacy Practices. Your physician is not required to agree to a restriction that you may request. If your physician believes it is in your best interest to permit use and disclosure of your protected health information, your protected health information will not be restricted.

You have the right to request to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location.

You may have the right to have your physician amend your protected health information. In certain cases, we may deny your request for an amendment. If we deny your request for amendment, you have the right to file a statement of disagreement with us and we may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of any such rebuttal.

You have the right to receive an accounting of certain disclosures we have made, if any, of your protected health information.

You have the right to obtain a paper copy of this notice from us upon request.

Questions or Concerns about our Privacy Practices

You may contact our Privacy Officer at (239) 432-5100 for further information about the complaint process. Federal Statute prohibits all medical care providers from taking any retaliatory action against you if you file a complaint about privacy practices.



**Pediatric Orthopedics
of SWFL**

Pediatric Orthopedics of Southwest Florida

Política Financiera

Gracias por elegir Pediatric Orthopedics of Southwest Florida como su proveedor de servicios de salud. Estamos comprometidos en brindar el mejor tratamiento ortopédico posible. La siguiente información es una declaración de nuestra política financiera, la cual queremos que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento.

Planes de Seguros Participantes

Participamos en muchos planes de seguros, sin embargo si no aceptamos su plan de seguro debe rendir el pago en su totalidad al momento del servicio. Es su responsabilidad confirmar con su seguro si nuestros doctores están en su lista de proveedores. Por favor recuerde que una Póliza de Seguros es un contrato entre usted y la compañía de seguros. Nosotros no somos parte de ese contrato.

La siguiente información es requerida:

Tarjeta(s) de Seguro y Licencia de Conducir Vigentes o cualquier otra forma de identificación provista por el gobierno con su foto. Nosotros nos reservamos el derecho a negar reclamaciones de seguros fuera del estado. Si usted lo requiere, nosotros podemos darle una copia detallada del recibo con el cual usted puede llenar su reclamación.

Si su plan de seguro sufre cambios, es su responsabilidad de actualizar esa información con nuestra oficina, si no lo hace resultara en que el balance del reclamo se convertirán en su responsabilidad. También es su responsabilidad de actualizar cualquier cambio a su dirección postal o a su número de teléfono.

Planes de Seguro no Participantes

Pacientes asegurados por compañías no participantes son considerados auto-pago. El pago para los servicios debe ser pagado por completo al momento del servicio. Si usted lo solicita, podemos proveerle un detallado historial de la visita(s) de su hijo para que pueda someter la información a su proveedor de seguro. Como una cortesía, someteremos el reclamo a la compañía de seguro como un reclamo no-asignado. Si su proveedor decide pagarnos por este reclamo no-asignado el paciente recibirá un reembolso. Nuestro consultorio remite los cheques de reembolso una vez por mes. Si a usted se le debe un reembolso será enviada por correo en ese entonces.

Hay un cargo de \$5.00 para completar todo formulario para reclamos a seguros accidentales- incluyendo pero no limitado a Aflac y Colonial Penn.

Referidos y Autorizaciones

Si su seguro le ha designado un doctor primario, se requiere una previa autorización de dicho doctor antes de su visita. Si no nos provee esa autorización, se le pedirá reprogramar la cita o pagar por la totalidad de la misma al momento del servicio. Como cortesía, nosotros le ayudaremos a obtener autorización para subsecuentes visitas. Es muy importante que usted nos mantenga informados, al igual que a sus Proveedores Primarios de Salud, acerca de cualquier cambio en su información de seguro. Esto es su responsabilidad.

Responsabilidad Financiera

Uno de los padres o el custodio legal, con su identificación con foto, debe acompañar al paciente(s) menor de edad a la primera visita. Este adulto acompañante es responsable por todo el pago de

Reembolsos al Paciente

Los siguientes criterios deben conocerse antes de que Pediatric Orthopedics of Southwest Florida emita un reembolso a un paciente: (1) Que no hayan reclamos al seguro pendientes en la cuenta(s) del paciente. (2) Que no hayan balances pendientes en la cuenta(s) del paciente. La cuenta debe tener un balance de \$0.00.

Archivos Médicos

Los cargos para los archivos médicos son de \$1.00 por página, las primera 25 páginas y \$0.25 centavos por cada página posterior con un cargo mínimo de \$5.00. Por favor permita entre 2-3 días para obtener formularios de escuela, 1-2 días para re-entrega de recetas médicas y 4-7 días para cualquier otra solicitud.

Rayos X/ Radiografías

Hay cargos por las copias de Rayos X. Discos compactos con las imagines son a \$10.00 cada uno.

Citas Faltada

Una penalidad de \$20.00 será impuesta por citas faltada. Esto incluye no llegar a su cita.

Cambios de Citas y Cancelaciones

Reprogramaciones o cancelaciones de citas deben ser hechas con 24 horas de anticipación sino una penalidad de \$20.00 será impuesta.

Como un consultorio ortopédico, nosotros permanecemos en servicio con los hospitales cualquier día.

Esto requiere que atendamos citas de emergencias a cualquier día u hora.

Esto puede retrasar nuestro servicio de oficina y el tiempo de espera puede extenderse.

Nosotros trataremos de mantenerlo informado de los tiempos de espera al momento de su registro.

Autorización de Pagos

Yo autorizo la publicación de cualquier información médica necesaria para procesar los reclamos de seguro y la publicación de la información de vuelta a mi doctor primario. Yo también autorizo el pago de los beneficios médicos a **PEDIATRIC ORTHOPEDICS OF SOUTHWEST FLORIDA** por los servicios prestados. En tal caso que mi seguro médico no pague por servicios prestados, yo estoy de acuerdo en pagarle a **PEDIATRIC ORTHOPEDICS OF SOUTHWEST FLORIDA** por estos servicios como anteriormente expuestos en este acuerdo.

Imprima su Nombre y Apellido (Padre/ Custodio Legal)

Firma: _____ Fecha: _____



Pediatric Orthopedics of SWFL

HISTORIA CLINICA ORTOPEDICA

Fecha de hoy _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Es su hijo(a) un nuevo paciente? Si No...Si la respuesta es NO, es esta un nuevo problema? No Si

Razón de la visita: _____

Historia del nacimiento

Nacido a término? Si No...i la respuesta es NO, a las cuántas semanas de gestación nació el paciente? _____ semanas

Cual fue pesoal nacimiento? _____ Libras _____ Onzas

El paciente nació por cesárea? No Si...si la respuesta es SI, por qué? _____

Al momento del parto su salida fue en presentación posterior (de caderas)? No Si

Hubo alguna complicación (es) durante el embarazo/parto? No Si...si la respuesta es SI, por qué? _____

Historia de crecimiento

A que edad el bebe empeso a: Sentarse sin apoyo _____

Gatear _____

Caminar _____

En que grado escolar está su hijo(a) actualmente? _____

Con cual mano escribe su hijo(a)? Derecha Izquierda

Edad de su hija al primer periodo menstrual (menarquia)? _____

Su hijo(a) fuma? No Si

Su hijo(a) practica algún deporte? No Si... si la respuesta es SI, por favor escriba cuál(es) _____

List of Current Medications

Medication	Dose	Reason for Taking	Date Started	Prescriber

Name of pharmacy you use: _____

Phone Number: _____