



## Formulario de Registro de Nuevo Paciente

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta \_\_\_\_\_

Apellido del Paciente:	Nombre del Financiero Responsable:
Primer Nombre del Paciente:	Dirección:
Segundo Nombre del Paciente:	Ciudad: Estado: Código Postal:
Dirección:	Relación con el Paciente:
Ciudad: Estado: Código Postal:	Fecha de Nacimiento:
Numero de Seguro Social.:	Numero de Seguro Social.:
Celular de Mama:	Teléfono: ( ) _____ - _____
Celular de Papa:	Información del Contacto de Emergencia:
Teléfono de la Casa:	Nombre:
Sexo (circule uno): M F	Relación al Paciente:
Fecha de Nacimiento:	Teléfono: ( ) _____ - _____
El Contacto Primario (circule uno) : MAMA PAPA	Exigido por Mandato del Gobierno (aunque puede declinar):
Paciente Referido Por:	Idioma:
Correo Electrónico:	Raza:
Información del Seguro Medico:	Etnicidad:
Nombre del Plan Medico:	Información de la Farmacia:

Al firmar a continuación, nos autoriza a enviarle recordatorios de texto para sus próximas citas. Proporcionándonos su número de teléfono de celular arriba, usted acepta cualquier tarifa o cargo en el que pueda incurrir su compañía de celular telefónica. No habrá reembolso de Family Tree Medical Group si algun cargo aplicara.

Nombre del Padre (Imprimir): \_\_\_\_\_

La Firma del Padre: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ #Cuenta: \_\_\_\_\_

## Programa de Inmunización

### De Nacimiento hasta los 4 años:

#### **Hepatitis B:**

La dosis 1 se administra en el hospital cuando nace el niño

La dosis 2 se administra en un mes

La dosis 3 se administra 6mo o 9mo

**DTaP** se administra a 2mo, 4mo, 6mo, 15mo y 4 años de edad

**IPV** se recibe a los 2mo, 4mo, 6mo y 4 años de edad

**HIB** se da en 2mo, 4mo, 6mo, 15mo

**PCV** se da en 2mo, 4mo, 6mo, 15mo

**Rotavirus** se administra a 2mo, 4mo, 6mo

**MMR** se administra a las 12mo y 4 años

**Varicela** se administra a los 12 meses y a los 4 años de edad

**Hepatitis A** se administra a los 12 meses / # 2 a los 6 meses después de la primera dosis

### De los 11 años en adelante:

**Tdap** es administrada a los 11 años de edad

**Menveo (vacuna contra la Meningitis)** se administra a los 11 años y a los 16 años de edad

**Men B** se administran a los 16 años / # 2 es administrada un mes después de la primera dosis

**HPV (Gardasil9)** de 11 años a 18 años / dosis # 2 es 6 meses después (**vacuna es recomendada**)

**Vacuna contra la Influenza** 6mo en adelante (**vacuna es recomendada**)

### **Póliza de Inmunización:**

En **Family Tree Medical Group** nos esforzamos por brindar la mejor atención de calidad médica, mientras también respetando los deseos de nuestros padres. Si una familia desea alterar el programa o suspender todas las vacunas recomendadas, Family Tree Medical Group considera que esta decisión no solo pone a su hijo en riesgo de enfermedades graves pero prevenibles, sino que también contribuye a los riesgos de salud de los demás. Tenga en cuenta que si desea un calendario de vacuna "alternativa" o si tiene la intención de rechazar las vacunas, lo hace en contra de los consejos de Family Tree Medical Group, AAP, AAFP, CDC y ACIP. Como se cree que esta decisión pone a su hijo en riesgo de enfermedades prevenibles por vacunación y aumenta los riesgos para la salud de otras personas.

He leído y comprendido el siguiente programa de vacunación y acepto vacunarme en como corresponde.

Nombre del Padre (Imprimir): \_\_\_\_\_

La Firma del Padre: \_\_\_\_\_

Fecha Firmada: \_\_\_\_\_

**Autorización del Paciente**  
**Por favor, lea, inicialice y firme a continuación.**

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **La Póliza Financiera:** Yo reconozco que recibí, revisé y acepto cumplir con la versión más reciente de la póliza de Family Tree Medical Group fechada el 1 de agosto de 2018.

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **Responsabilidad Financiera:** Yo entiendo que últimamente soy responsable del pago en la cuenta de mi hijo/hijos. El pago es esperado en el momento del servicio. Entiendo que soy responsable de pagar mi copago, coaseguro o deducible de acuerdo a mi contrato de seguro médico al momento del servicio.

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **Cobertura del Seguro Médico:** Yo entiendo que soy responsable de proveer a Family Tree Medical Group mi información actual de cobertura del seguro médico y la tarjeta del seguro en cada visita. Seré responsable de pagar cualquier saldo en la cuenta que es debido a resultado de no proveer mi información del seguro más reciente. Entiendo Family Tree Medical Group no presentará reclamaciones de forma retroactiva debido a que no proporcioné la información actual del seguro.

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **Asignación de Beneficios:** Por la presente autorizo el pago directamente Family Tree Medical Group, por beneficios médicos que de otra manera se me pagarían. Autorizo a mi compañía de seguro médico a revelar Family Tree Medical Group información sobre mi cobertura de seguros, que incluye, entre otros, la verificación de mi examen y / o tratamiento a mi compañía de seguros u otro tercio pagador.

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **Tarifa Si No Se Presenta:** Yo confirmo que recibí, revisé y acepto cumplir con la póliza de no presentación de Family Tree Medical Group y acepto pagar cualquier tarifa incurrida por el incumplimiento.

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **Tarifa de Formularios:** Yo entiendo que recibí un aviso sobre la tarifa para todos los formularios que sean completados por Family Tree Medical Group y acepto pagar antes de recibir el formulario completo. (Es decir, exámenes físicos deportivos, FMLA)

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **Póliza de Privacidad:** Yo reconozco que recibí, revisé y acepto cumplir con la póliza de privacidad de Family Tree Medical Group.

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **Póliza de Inmunización y Consentimiento:** Yo reconozco que recibí, revisé y acepto cumplir con la póliza de Inmunización de Family Tree Medical Group. **Por favor informe al médico si el paciente tuvo una reacción grave a algún medicamento, incluyendo las vacunas. Además, si el paciente razona a conocer tener cualquier alergia que reconozca (es decir, al maní, huevos, etc.) y / o tiene una condición por la cual está recibiendo tratamiento médico o tratamiento previo. Las vacunas pueden contener trazas minúsculas de productos de origen animal y otros componentes. Si tiene alguna inquietud, puede dirigírsela al médico. Al iniciar y firmar este formulario, dará su consentimiento para que su hijo tenga las vacunas descritas en el momento de la visita y según lo recomiende el programa de vacunación.**

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **Consentimiento de Tratamiento:** Tengo el derecho legal para dar acuerdo al tratamiento médico y quirúrgico para este paciente. Yo autorizo y acepto voluntariamente la atención médica, el tratamiento y las pruebas de diagnóstico que los proveedores de Family Tree Medical Group consideran necesarios para mi hijo. Entiendo que al firmar este formulario, doy permiso a los médicos, enfermeras y otros proveedores de esta clínica médica a dar atención médica para que brinden tratamiento a este niño, siempre que mi hijo / hijos sea un paciente en esta práctica. **En ausencia del tutor legal, la siguiente persona está autorizada a traer al menor para recibir tratamiento médico, EXCEPTO para exámenes físicos y vacunas de rutina.**

Nombre (que no sea padres): \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Nombre (que no sea padres): \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Nombre (que no sea padres): \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

(Iniciales) \_\_\_\_\_ **E-prescripción:** Yo autorizo de forma voluntaria a Family Tree Medical Group para que permita la prescripción electrónica para la prescripción del paciente, lo que permite a los proveedores de la atención médica transmitir electrónicamente recetas a la farmacia de mi deliberación; además, yo reviso la información de beneficios de la farmacia y la historia de dispensación médica, siempre y cuando este niño sea un paciente en esta oficina.

Al firmar mi nombre a continuación, yo certifico que he leído la información anterior. Cualquier pregunta relacionada con estas pólizas ha sido discutida. Mi firma también certifica mi conocimiento de todos los acuerdos con las pólizas anteriores. Una fotocopia de este documento es tan válida como el original.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: : \_\_\_\_\_

Nombre del Padre (Imprimir): \_\_\_\_\_ La Firma del Padre: \_\_\_\_\_



## Prácticas de Privacidad Formulario de Reconocimiento de HIPAA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad para la oficina de **Family Tree Medical Group** y se me han concedido la oportunidad de revisarlo. Reconozco que esta ley permite que nuestra oficina comparta y divulgue información médica a cual protegida con respecto a su hijo con:

- (1) Otro médico (como un especialista al que nuestros doctores refieran a su hijo), un hospital (donde puede estar ingresado su hijo), una farmacia u otro proveedor de atención médica, como un terapeuta (PT, OT, Habla, etc.), o compañía de DME para equipo médico que su hijo pueda necesitar.
- (2) Compañías de seguros (para procesar reclamos u obtener referidos).
- (3) Para el día a día de las operaciones internas de nuestra oficina (evaluación del rendimiento de trabajo de los empleados, entrenamiento, etc.)

Entiendo que para poder solicitar una copia de los registros médicos de mi hijo (mudanza, cambio a otro PCP, etc.), debo de completar otro formado de divulgación de información diferente, que puede ser obtenido por nuestra oficina, o puedo enviar una carta que incluye el nombre de mi hijo, fecha de nacimiento, motivo de la liberación y una de las firmas de los padres.

\_\_\_\_\_  
La Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



FAMILY TREE MEDICAL GROUP, P.A.  
 1150 CYPRESS GLEN CIRCLE  
 KISSIMMEE, FL 34741  
 OFFICE (407)483-3200 FAX (407)483-3220

PATIENT I.D. \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION TO OBTAIN, RELEASE OR REVIEW PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Patient Name: \_\_\_\_\_ Social Security # (last 4 digits): \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Date of Service: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Identification Shown: \_\_\_\_\_ Mail  Pick Up

I hereby authorize **Family Tree Medical Group** to use and **disclose to** :  **or obtain from:**  **or allow review:**

\_\_\_\_\_  
 Name of Facility or Person Phone Fax

\_\_\_\_\_  
 Street Address City State Zip Code

the following information contained in my medical record regarding my hospitalizations, care and treatment (please initial):

- \_\_\_ Last Well-Child Exam/Immunization Records/Pt. Problem List & Growth Chart.
- \_\_\_ All Diagnostic Test Results    \_\_\_ Pathology Report(s)
- \_\_\_ Newborn Screening            \_\_\_ Lab Only
- \_\_\_ Therapy Records              \_\_\_ Radiology Only            \_\_\_ Other (please specify)
- \_\_\_ Progress Note(s)              \_\_\_ Operative Report

The purpose for the release of information at the request of the individual is:

- Insurance     Legal Action     Continued Treatment     Personal Use     Patient Communication (Behavioral Health)
- Other (Please Specify) \_\_\_\_\_

This authorization will expire on the following date, event or condition: \_\_\_\_\_

I understand that this authorization extends to all or any part of the records designated above, which may include psychiatric information, and/or genetic counseling/testing, and/or alcohol/drug abuse and/or AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and/or may include the result of an HIV test or the fact that an HIV test was performed. I expressly consent to the release of information as designated above unless initialed below or otherwise required by law.

May **NOT** include information related to (please initial):

- \_\_\_ HIV/AIDS    \_\_\_ Mental Health    \_\_\_ Drug and/or Alcohol Abuse    \_\_\_ Genetic Counseling/Testing Information

If I fail to specify an expiration event or condition, the authorization will expire in one year. I understand that this authorization is revocable upon written notice to the office where the original authorization is retained, except to the extent that action has already been taken on this authorization. I understand that my protected health information that is used or disclosed under this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and the privacy of my protected health information may no longer be protected by law. I further understand that **Family Tree Medical Group** may not condition the provision of treatment, payment, enrollment in the health plan, or eligibility for benefits on the provision of this authorization. I understand that I will receive a signed copy of this form.

\_\_\_\_\_  
 Patient/Legal Representative or Parent/Legal Guardian Signature Date

**Official Use Only:** \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name of Person Releasing Information     Name of Person Assisting with Review    Number of pages copied \_\_\_\_\_

**I wish to revoke this authorization.** Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**INTERPRETER ONLY**

(Please Print)

Name: \_\_\_\_\_ Agency: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ Language: \_\_\_\_\_