

Desert Valley Pediatrics

West Valley Office
4137 N. 108th Ave.
Phoenix, AZ 85037
P 623-877-7337
F 623-772-0686

At The Ball Park
3802 N. 53rd Ave. Ste. 160
Phoenix, AZ 85031
P 623-877-7337
F 623-247-6537

Surprise Office
15264 W. Brookside Ln. Ste. 155
Surprise, AZ 85374
P 623-877-7337
F 623-214-3219

Apellido del Paciente: _____ Nombre: _____ Inicial 2do Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M Lenguaje primario: _____

Por favor escriba los nombres de otros miembros de su familia que acuden a médicos de DVP: _____

Nombre del
Padre/Tutor: _____

Nombre de la
Madre/Tutora: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa/mensaje: _____

Teléfono de casa/mensaje: _____

Celular: _____

Celular: _____

Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Nombre de compañía de seguro: _____

Número de identificación del paciente: _____ Número de grupo: _____
(incluya el número de miembro si es aplicable 01, 02, 03, etc.)

Nombre del asegurado principal/portador de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del portador del la póliza: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección para mandar cobros/facturas al seguro: _____

Liberación de beneficios e información: Consiento al tratamiento médico, he verificado el seguro enlistado en ésta forma y autorizo que mis beneficios sean pagados directamente al doctor. Soy financieramente responsable por cualquier balance a pagar Autorizo a Desert Valley Pediatrics mandar información requerida para cualquier factura.

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

DESERT VALLEY PEDIATRICS
PEDIATRIC HISTORY

Date (La fecha) _____ Child's Name (Nombre del Niño/a) _____

Child's Date of Birth (Fecha de Nacimiento del Niño/a) _____

FAMILY HISTORY (HISTORIA MEDICA DE FAMILIA)

Mother's age/Mama edad _____ Brother's ages/Hermanos edad _____

Father's age/Papa edad _____ Sister's ages/Hermanas edad _____

Check if any blood relatives have or had any of the following (brothers, sisters, mom, dad, grandparents):
Marque los problemas que tienen los parientes del niño/a (hermanos, padres, tíos, abuelos):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergies/Alergias | <input type="checkbox"/> Stroke/Derrame/embolio cerebral |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Kidney disease/Enfermedad de riñones |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Artritis | <input type="checkbox"/> Learning problems/Problemas de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Asma | <input type="checkbox"/> Liver disease/Enfermedad de hígado |
| <input type="checkbox"/> Birth defects/Defectos al nacimiento | <input type="checkbox"/> Sickle cell/Sicle cell |
| <input type="checkbox"/> Blood disorder/Enfermedad de sangre | <input type="checkbox"/> Lung disease/Enfermedad de pulmones |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Mental illness/Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Mental retardation/Retardo mental |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure/Alta presión | <input type="checkbox"/> Seizures/Ataques re |
| <input type="checkbox"/> Heart murmur/Sopio del corazón | <input type="checkbox"/> Thyroid disease/Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Heart attack/Ataques cardíacos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> High cholesterol/Alto colesterol | |

BIRTH HISTORY (HISTORIA DE NACIMIENTO)

Gestational Age (gestacion edad) _____ weeks (semanas)
Birth Weight (Pesó en libras cuando nació) _____
Problems with pregnancy (Problemas con el embarazo)? _____
Problems with labor/delivery (Problemas con el parto)? _____
C-section delivery (Parto por cesarea) _____
Vaginal delivery (Parto vaginal) _____
Problems with baby after birth (El niño/a tuvo problemas después que nació)? _____

CHILDHOOD ILLNESS (ENFERMEDADES DEL NIÑO/A)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies/Alergias | <input type="checkbox"/> Heart problem/Enfermedad de corazón |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Asma | <input type="checkbox"/> Seizures/Ataques |
| <input type="checkbox"/> Bladder infection/Infección de vejiga | <input type="checkbox"/> Skin problems/Problemas de piel |
| <input type="checkbox"/> Chicken pox disease/Enfermedad de Varicella | <input type="checkbox"/> Other/Otros problemas _____ |
| <input type="checkbox"/> Ear infections/Infecciones de oídos | |

HOSPITALIZATIONS OR SURGICAL PROCEDURES (HOSPITALIZACION O CIRUGIA)

Age (Edad)	Reason for hospitalization (Razón por hospitalización/cirugía)
_____	_____
_____	_____

Medication allergies/Alergias a medicinas: _____

Medications taken daily/Medicinas que toma regularmente: _____

Desert Valley Pediatrics

West Valley Office
4137 N. 108th Ave.
Phoenix, AZ 85037
P 623-877-7337
F 623-772-0686

At The Ball Park
3802 N. 53rd Ave. Ste. 160
Phoenix, AZ 85031
P 623-877-7337
F 623-247-6537

Surprise Office
15264 W. Brookside Ln. Ste. 155
Surprise, AZ 85374
P 623-877-7337
F 623-214-3219

Reconocimiento de Políticas de Privacidad del Paciente

Es nuestro interés proteger su privacidad. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad provee información acerca de cómo podremos usar y divulgar información médica de su hijo(a). Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Las condiciones de nuestro aviso pueden cambiar y usted recibirá una copia revisada comunicándose a nuestra oficina.

Al firmar ésta forma, usted autoriza el uso y divulgación de información médica de su hijo(a) para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud descritas en nuestro aviso. Nuestra oficina puede poner éste consentimiento como condición para recibir tratamiento.

Usted tiene el derecho a pedir, por escrito, que restrinjamos la divulgación de información acerca de su hijo(a). No nos es requerido que accedamos a estas restricciones pero, si lo hacemos, haremos que ése acuerdo se cumpla.

Usted entiende que este consentimiento permanecerá vigente de esta fecha en adelante y que puede ser revocado dando previo aviso por escrito.

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

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** ____/____/____

Nombre del padre/tutor: _____ **Relación con el paciente:** _____
(Letra de molde)
(Esta forma es válida por un año a partir de la fecha de firma)

En caso de que en alguna ocasión, usted no pueda traer a su hijo(a) a una cita u obtener información del expediente medico de su hijo(a), usted autoriza divulgar información medica y buscar tratamiento par su hijo(a) a las siguientes personas:

Nombre: _____ **Relación con el paciente:** _____

Nombre: _____ **Relación con el paciente:** _____

Nombre: _____ **Relación con el paciente:** _____

Testigo (Representante de nuestra oficina): _____

Desert Valley Pediatrics

West Valley Office
4137 N. 108th Ave.
Phoenix, AZ 85037
P 623-877-7337
F 623-772-0686

At The Ball Park
3802 N. 53rd Ave. Ste. 160
Phoenix, AZ 85031
P 623-877-7337
F 623-247-6537

Surprise Office
15264 W. Brookside Ln. Ste. 155
Surprise, AZ 85374
P 623-877-7337
F 623-214-3219

Reconocimiento de Politicas de Oficina del Paciente

Póliza de Laboratorio

En el evento que estudios de laboratorio sean necesarios, Desert Valley Pediatrics hará lo mejor posible para mandar las muestras obtenidas al laboratorio contratado con su compañía de seguro.

Si por alguna razón su seguro medico niega el pago de sus estudios debido a facturación incorrecta, servicios no cubiertos en su plan, cambio de seguro médico, o muestras enviadas al laboratorio incorrecto, Desert Valley Pediatrics no será responsable por los cargos de laboratorio.

Póliza Financiera

El padre o tutor legal acompañando a un menor a nuestra oficina es responsable por pago completo a la hora de su visita. No podemos mandar facturas a terceras personas (otras aparte de su seguro médico) o al otro de los padres si no está presente a la hora de servicio.

Para cobertura médica con planes de salud con los que no estamos contratados, por favor comprenda que colectaremos el pago completo de su visita a la hora del servicio y usted podrá ser re-embolsado por su seguro médico basado en los beneficios de su póliza. Como cortesía, someteremos facturas a su seguro médico sólo que usted desee hacerlo.

Desert Valley Pediatrics no se involucrará en disputas entre usted y su compañía de seguro, aparte de sólo dar información factual conforme sea necesario. Usted es responsable por cualquier balance que su seguro médico no ha pagado o que no vaya a pagar. Si su seguro médico no ha pagado o niega beneficios, por favor comuníquese a su departamento de reclamos si hay preguntas o quejas.

Al firmar esta forma, reconozco que entiendo las polizas de laboratorio y financiera:
(Esta forma es válida por un año a partir de la fecha de firma)

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

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** ____/____/____

Nombre del padre/tutor: _____ **Relación con el paciente:** _____
(Letra de molde)

Testigo (Representante de nuestra oficina): _____

Desert Valley Pediatrics

West Valley Office
4137 N. 108th Ave.
Phoenix, AZ 85037
P 623-877-7337
F 623-772-0686

At The Ball Park
3802 N. 53rd Ave. Ste. 160
Phoenix, AZ 85031
P 623-247-0883
F 623-247-6537

Surprise Office
15264 W. Brookside Ln. Ste. 155
Surprise, AZ 85374
P 623-877-7337
F 623-214-3219

Authorization for Release of Health Information

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

- I authorize Desert Valley Pediatrics to use, disclose and/or obtain protected health information described below.
- I authorize release of information for the period of health care:
 all past, present and future period OR From _____ to _____
- (a) I authorize release of my complete health record (including records relating to mental health care, communicable diseases, HIV or AIDS, and treatment of alcohol/drug abuse)
OR
 (b) I authorize release of my complete health record with the exception of the following information:
 mental health records
 communicable diseases (including HIV and AIDS)
 alcohol/drug abuse treatment
 other: _____
- I authorize this information to be **released** to:
Name/Facility: _____
Address: _____
City: _____
Phone: _____ Fax: _____

 I authorize this information to be **obtained** from:
Name/Facility: _____
Address: _____
City: _____
Phone: _____ Fax: _____
- This authorization shall be in effect for **90 days** unless otherwise specified.
- I understand I have the right to revoke this authorization in writing at any time.
I understand a revocation is not effective to the extent that any person has acted in reliance of my authorization.

By signing this form, I acknowledge that I have read it in full, understand it, and agree to its terms.

Signature of Patient's Parent/Guardian: _____ **Date** ____/____/____

Printed Name: _____ **Relationship to patient:** _____