

## FORMULARIO DE ADMISIÓN DE LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE RIVER

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DE CONTACTO</b>			
Nombre (Nombre y Apellido):	Fecha de nacimiento (DD/MM/AA): 2	Edad:	Pronombres: <input type="checkbox"/> Ella/ella <input type="checkbox"/> Él/él <input type="checkbox"/> Ellos/ellos <input type="checkbox"/>
Género: <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Correo electrónico y número de teléfono:		Dirección de hogar:	
Información del padre 1/Guardián 1		Información del padre 2 /Guardián 2	
Nombre: _____		Nombre: _____	
Fecha de nacimiento: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Teléfono: _____		Teléfono: _____	
Correo electrónico: _____		Correo electrónico: _____	
DIRECCIÓN: _____		DIRECCIÓN: _____	
<input type="checkbox"/> Dirección igual que el paciente		<input type="checkbox"/> Dirección igual que el paciente	
Ocupación: _____		Ocupación: _____	
¿Contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>INFORMACIÓN DE SALUD</b>			
Proveedor de seguro primario: <input type="checkbox"/> Kaiser <input type="checkbox"/> Blue Shield <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross <input type="checkbox"/> MediCare <input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Sin seguro			

Todos los servicios brindados en RIVER Pediatric Clinic son gratuitos; sin embargo, podemos usar esta información para ayudar a los pacientes a acceder servicios que no están disponibles en nuestra clínica.

¿El paciente tiene un pediatra o un médico de atención primaria?  Sí  No

Nombre del pediatra o médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Última Cita: \_\_\_\_\_ Frecuencia de visitas:  Semanal/Mensual  Anual  Menos de anual

### PREFERENCIA DE IDIOMA

Idioma principal que se habla en casa:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO MÉDICO DEL MENOR

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a RIVER Pediatric Clinic para brindarle a mi hijo servicios médicos simples, comunes y de rutina, como los que se enumeran a continuación, en la medida en que mi consentimiento sea requerido por la ley. Entiendo que, según las leyes federales y estatales, existen ciertos servicios que mi hijo puede recibir que no requieran de mi consentimiento.

### Se debe dar consentimiento para los siguientes servicios:

1. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades leves y agudas	8. Exámenes de visión y audición
2. Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental.	9. Servicios de laboratorio
3. Primeros auxilios en caso de heridas leves	10. Servicios de rayos X limitados
4. Exámenes físicos	11. Artículos de venta libre/recetas
5. Asistencia con enfermedades crónicas persistentes, como: asma, diabetes y epilepsia.	12. Programas de dieta y control de peso
6. Tratamiento del acné y otros problemas de la piel.	13. Remisión para servicios de atención médica que no pueden brindarse en el Centro de Salud
7. Vacunas	14. Tratamiento de emergencia

1. Entiendo que este consentimiento solo se aplica a los servicios brindados en la Clínica Pediátrica RIVER (RPC) u otra Clínica dirigida por estudiantes que es el resultado de una derivación hecha por la Clínica Pediátrica RIVER y no permite que ninguna otra instalación pública o privada brinde servicios a mi niño.
2. Por la presente autorizo a RPC a brindarle a mi(s) aseguradora(s) la información de mi expediente médico o dental necesaria para completar los reclamos de seguro de mi hijo.
3. Entiendo que los registros médicos y/o dentales de mi hijo, incluyendo los registros de vacunación, se mantendrán confidenciales, pero que esta información puede compartirse con otros proveedores de atención médica para fines de atención y tratamiento de mi hijo. No se permite ninguna otra divulgación de la información de salud de mi hijo sin mi permiso por escrito, excepto según lo permita o exija la ley. Entiendo que la póliza de privacidad de RPC está publicada en el Aviso de prácticas de privacidad de RPC.
4. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado, restringido o revisado en cualquier momento por mi escritura, sin embargo, esto no afectará los servicios y/o tratamiento previamente proporcionados por RPC y otra confianza previa por parte de RPC en este consentimiento. Este Formulario de consentimiento permanece vigente hasta que mi hijo cumpla 18 años o hasta que sea revocado por escrito.
- 5.

Firma del padre/ Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

## Formulario de consentimiento del paciente para el cumplimiento de HIPAA

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

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted confirma con su firma que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos del aviso pueden cambiar; de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha. Usted tiene derecho a restringir cómo se utiliza y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, con su firma. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo. Al firmar este formulario, entiendo que: La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley. La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero no tiene que aceptar esas restricciones. El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas. La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

- La información de salud puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago, y operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la póliza de privacidad según lo permitido por la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no está obligada a aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán en ese momento.
- La práctica puede condicionar el comprobante del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o enviar un mensaje de texto para confirmar las citas?

SÍ  NO

¿Podemos dejarle un mensaje en el contestador de su casa o en su celular?

SÍ  NO

¿Podemos hablar de su condición médica con algún miembro de su familia?

SÍ  NO

En caso afirmativo, nombre los miembros permitidos:

---

---

---

---

Este consentimiento fue firmado por: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE EN IMPRENTA POR FAVOR)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_