



Stony Brook Children's

## REGISTRO DE PACIENTES

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: (Apellido, Primero, MI)			
Dirección:			
Ciudad:	Estado/Provincia:	Zip:	País:
Dirección postal (si es diferente de la anterior):			
Teléfono del hogar:		Trabajo:	Móvil:
Correo electrónico:	Ssn:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Carrera: Blanco <input type="checkbox"/>	Hispanos <input type="checkbox"/>	Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/>	Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>	Asiático <input type="checkbox"/>	Norteamericano <input type="checkbox"/>	Indio Americano ( <b>American Indian</b> ) <input type="checkbox"/>
origen étnico:	Hispano/Latino <input type="checkbox"/>	No Hispano/Latino <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Contacto preferido: Inicio <input type="checkbox"/>			<b>Idioma preferido para la comunicación:</b>
Trabajos de trabajo <input type="checkbox"/>			
Móviles <input type="checkbox"/>			
Permitir recordatorio de cita: En caso afirmativo, elija un método De llamada <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Mensaje de la licencia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Médico de Atención Primaria:		Médico de referencia:	

**Si los padres están divorciados o separados, por favor rellene esta sección:**

¿Quién tiene la custodia?	
¿Existen restricciones legales que restrinjan al padre sin custodia de dar su consentimiento a tratamiento médico para el niño o de obtener información sobre el tratamiento médico del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, explique y proporcione una copia de cualquier documentación legal que respalde esta restricción.	

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	Relación con el paciente:
Teléfono:	Correo electrónico:

**INFORMACIÓN DE CONTACTO/POLÍTICA**

Padre 1 Nombre:	Relación con el paciente:	Titular de la póliza de seguro Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dirección del Padre 1:			
Ciudad:	Estado:	Zip:	País:
Teléfono del hogar:	Trabajo:	Móvil:	
Fecha de nacimiento:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ssn:	
Nombre del empleador:		Número de teléfono:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Zip:	País:
Padre 2 Nombre:	Relación con el paciente:	Titular de la póliza de seguro Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dirección del padre 2: (si es diferente a la anterior)			
Ciudad:	Estado:	Zip:	País:
Teléfono del hogar:	Trabajo:	Móvil:	
Fecha de nacimiento:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ssn:	
Nombre del empleador:		Número de teléfono:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Zip:	País:
<b>Seguro Primario</b>		<b>Titular de la póliza</b>	
Número de póliza:	Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:	Copago de política:	
<b>Seguro Secundario</b>		<b>Titular de la póliza</b>	
Número de póliza:	Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:	Copago de política:	

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Propósito de este aviso: Para describir cómo se utiliza su información médica, a quién se divulga y cómo obtiene acceso a ella.

Stony Brook Community Medical como proveedor de atención médica está autorizado por ley a recopilar, usar y divulgar su "información médica protegida" o registro de medicamentos para el propósito de tratamiento, pago, operaciones comerciales internas o según lo requiera la ley para fines de presentación de informes.

Usted tiene ciertos derechos, incluyendo el acceso a su información y cierto control sobre quién tiene acceso a su información.

Stony Brook Community Medical, PC acepta cumplir con los términos de este aviso, pero se reserva el derecho de cambiar los términos en cualquier momento. En caso de que lo hagamos, se lo notificaremos por escrito.

Uso y divulgación de información médica protegida (PHI): Cuando usted firma un consentimiento para que se le trate, su información médica protegida se utiliza para tratarlo, para facturarle a usted o a su compañía de seguros por su atención y para tomar decisiones sobre cómo proporcionar servicios de atención médica para usted, su familia y la comunidad que cuidamos. Su médico, personal de oficina y otros fuera de Stony Brook Community Medical, es decir, su aseguradora tienen permiso de acceso a esta información.

Algunos ejemplos de usos y divulgaciones de su información médica protegida son para:

- Tratamiento por su médico
- Aplicación de la ley
- Compensación de los trabajadores
- Recordatorios de citas
- Pago por su tratamiento por usted o su seguro
- Reportar eventos adversos de medicamentos o dispositivos médicos a la FDA
- Notificación de riesgos para la salud
- Respuesta a procedimientos judiciales
- Donación de órganos o tejidos
- Forenses, directores funerarios
- Stony Brook Community Medical para determinar si satisfacemos las necesidades de nuestros pacientes

Cualquier otro uso y divulgación no especificado requiere una autorización, incluso con fines de marketing y divulgaciones que constituyan la venta de PHI.

### Derechos del Paciente:

- A. Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica protegida mientras el grupo mantenga su registro.  
\*La ley de NYS nos permite cobrarle una tarifa de 75 centavos por página
- B. Usted tiene derecho a restringir o limitar el uso de su información médica protegida que utilizamos para el tratamiento, el pago u operaciones.  
\*Stony Brook Community Medical se reserva el rigor para negarle el tratamiento en caso de que restrinja el uso de su información médica protegida para el tratamiento, pago u operaciones, a menos que la restricción solicitada se relacione con las divulgaciones a un plan de salud y la Información de Salud Protegida se relacione con un servicio de atención médica o artículo que usted haya pagado en su totalidad y fuera de su bolsillo.
- C. Puede restringir la divulgación de su información de salud a familiares o amigos a menos que tengan su permiso escrito o verbal.
- D. Usted tiene derecho a solicitar una contabilidad de las divulgaciones hechas de su información médica.  
\*Su solicitud debe presentarse por escrito, especificando fechas y períodos de tiempo desde hace seis años a partir de hoy, siempre y cuando los eventos en cuestión ocurrieron después del 12 de abril de 2003.
- E. Usted tiene derecho a modificar su información médica protegida.  
\*Para modificar su información de salud, su solicitud debe ser dada por escrito junto con una razón para hacerlo. Su solicitud puede ser denegada si la información se originó fuera de Stony Brook Community Medical, PC.
- F. as Usted tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales siempre y cuando se haga por escrito  
\*Por ejemplo, puede especificar que solo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo, en casa o por correo, etc.
- G. Usted tiene derecho a recibir notificaciones cada vez que se produzca una violación de su PHI no segura.

*Si siente que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja, que será enviada a nuestro Oficial de Cumplimiento.*

**Acuse de Recibo de**  
**Stony Brook Community Medical's Prácticas de Privacidad**

Yo, el abajo firmante, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Stony Brook Community Medical. Si tengo alguna pregunta sobre la política, la discutiré con mi médico o el oficial de cumplimiento del grupo.

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

-----

**Autorización para la divulgación de información médica del paciente a una segunda parte**

*Autorizo la divulgación de mi Información de salud del paciente a mi  
(Escriba el (los) nombre (s) de todos los que correspondan)*

Esposo/a, \_\_\_\_\_ Ph: \_\_\_\_\_  
Miembro de la familia, \_\_\_\_\_ Ph: \_\_\_\_\_  
Amigo, \_\_\_\_\_ Ph: \_\_\_\_\_  
Servicios de salud para escuelas / universidades, \_\_\_\_\_ Ph: \_\_\_\_\_  
Otro, \_\_\_\_\_ Ph: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, reconozco que esta autorización es válida hasta que sea revocada por mí.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_

Escriba en letra de imprenta el padre/madre/ tutor: \_\_\_\_\_

Grupo \_\_\_\_\_ : Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ MR: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **PLAN DE GESTIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ LastFirst Middle  
\_\_\_\_\_ Middle

### **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Por la presente autorizo y dirijo a Stony Brook Children's Services, University Faculty Practice Corporations que me han tratado, a divulgar a agencias gubernamentales, compañías de seguros u otras que son financieramente responsables de mi atención médica, toda la información necesaria para justificar el pago de dicha atención médica y permitir que los representantes de los mismos examinen y hagan pasteles de todos los registros relacionados con dicha atención y tratamiento.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Fecha de Representante  
Autorizado

### **ASIGNACIÓN UNIFORME**

Por la presente, cedo, transfiero y me comporto a Stony Brook Children's Services, University Faculty Practice Corporati en cantidad suficiente de dinero y/o beneficios a los que pueda tener derecho de agencias gubernamentales, compañías de seguros u otras personas que sean financieramente responsables de mi atención médica, para cubrir el costo de la atención y el tratamiento prestados a mí o a mi dependiente.

Además, también asigno, transfiero y me comporto a todas las demás Corporaciones de Práctica docente de la Universidad de las que puedo requerir atención médica, dinero suficiente y/o beneficios a los que pueda tener derecho. Estas otras corporaciones de práctica de la facultad de la Universidad son las siguientes: Stony Brook Anesthesiology, Stony Brook Dermatology, Stony Brook Family Medical Group, Stony Brook Internists, New York Spine and Brain Surgery, Neurology Associates of Stony Brook, University Associates of Obstetrics and Gynecology, Stony Brook Preventative Medicine Services, Stony Brook Ophthalmology, Stony Brook Orthopaedic Associates., Stony Brook Children's Services, Stony Brook Psychiatric Associates., Stony Brook Radiation Oncology, Stony Brook Radiology, STony Brook Surgical Associates.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Fecha de Representante  
Autorizado

Representante de la cuenta: \_\_\_\_\_

Grupo n.o: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MR: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**Servicios infantiles de Stony Brook  
P.O. Box 1559 Stony  
Brook, NY 11790**

**GARANTÍA DE PAGO**

Muchas compañías de seguros, incluidas las organizaciones de atención administrada, requieren autorización previa por escrito para el tratamiento y las visitas de seguimiento. Es su responsabilidad como paciente obtener todas las autorizaciones necesarias de su compañía de seguros antes de recibir servicios médicos. Si no ha recibido aprobación previa para el servicio o autorización ha sido denegada, usted es totalmente responsable de todos los cargos si su compañía de seguros no está de acuerdo con pagar. Además, usted será responsable de todos los deducidos, coseguros, copagos, cualquier servicio que no esté cubierto por su plan de seguro, y cualquier servicio que su compañía de seguros haya determinado que no es "médicamente necesario".



He leído y entiendo esta información. Entiendo que la compañía de seguros my puede negar la cobertura y solicitar que Stony Brook Children's Services realice este servicio médico de todos modos. Acepto ser personaly y totalmente responsable de todos los cargos. Entiendo que el proveedor mencionado anteriormente se basa en esta promise y está prestando servicios sin necesidad de pago en el momento del servicio basado en dicha confianza.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o  
Representante  
legalmente  
autorizado

\_\_\_\_\_  
fecha del nombre de

\_\_\_\_\_  
impresión

\_\_\_\_\_  
Fecha del nombre

\_\_\_\_\_  
de impresión

\_\_\_\_\_  
del testigo

### Historial Médico del Paciente Pediátrico

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestra práctica?

**Nombre de la Farmacia:**

**Dirección de la Farmacia:**

**Indique brevemente en el cuadro a continuación el motivo de su visita**

#### Historial médico familiar

Condición / Enfermedad	Madre	Padre	Hermana	Hermano
<input type="checkbox"/> Adicción al alcohol				
<input type="checkbox"/> Alergias				
<input type="checkbox"/> Asma				
<input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre				
<input type="checkbox"/> Cáncer				
<input type="checkbox"/> Colesterol				
<input type="checkbox"/> Convulsiones				
<input type="checkbox"/> Problemas dentales				
<input type="checkbox"/> Diabetes				
<input type="checkbox"/> Drogadicción				
<input type="checkbox"/> Eczema / problemas de la piel				
<input type="checkbox"/> Trastorno emocional				
<input type="checkbox"/> Problemas de los ojos				
<input type="checkbox"/> HDL				
<input type="checkbox"/> Cardiopatía				
<input type="checkbox"/> Hipertensión				
<input type="checkbox"/> Riñón				
<input type="checkbox"/> LDL				
<input type="checkbox"/> Lípidos				
<input type="checkbox"/> Retraso mental				
<input type="checkbox"/> Migraña				
<input type="checkbox"/> Drepanocito				
<input type="checkbox"/> Carrera				
<input type="checkbox"/> Síndrome de muerte súbita infantil				
<input type="checkbox"/> TB				
<input type="checkbox"/> El consumo de tabaco				
<input type="checkbox"/> Triglicéridos				
<input type="checkbox"/> Otra:				

#### Historia de Nacimiento

Hospital de Nacimiento		Término	
Tipo de Entrega		APGAR	
Peso de Nacimiento		Circuncisión	
Longitud		Condiciones	
Peso de Descarga		Complicaciones del Embarazo	

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Años: \_\_\_ Sexo: \_\_\_

Alimentación / Nutrición	
Alimentación	
Fórmula	
Vitaminas	
Comidas / Día	

Historia Pasada			
	Mes / Año		Sí / No
Varicela		Convulsiones	
Tos ferina		Resfriados frecuentes	
Sarampión		Escarlatina	
Paperas		Amigdalitis	
Rubéola		Infecciones de oído	
		Asma	
Lesiones:			
Hospitalizaciones:			

Salud y Seguridad			
	Sí / No		Sí / No
¿Hay armas en la casa?		¿Está bebiendo su hijo agua fluorada?	
¿Usa el niño un cepillo de dientes a diario?		¿El niño alguna vez come tierra, yeso o pintura?	
¿El niño usa un asiento de carro o cinturón de seguridad todo el tiempo?		¿El niño toma vitaminas, hierro u otros suplementos?	
¿Hay detectores de humo en el hogar?		¿Alguien en la casa fuma?	
¿Tienes jarabe de Ipecacuana?		¿Qué mascotas hay en tu casa?	

\*\*\*\* ESTA SECCIÓN SOLO SE DEBE COMPLETAR SI EL NIÑO TIENE 5+

Desarrollo y Comportamiento			
	Sí / No	Tu hijo tiene:	Sí / No
¿Se sentó el niño solo a los 7 meses?		Pesadillas / Problemas para dormir	
¿Caminó el niño solo a los 14 meses?		Irritable / Mal temperamento	
¿Dijo el niño 3 palabras por 15 meses?		Problemas de disciplina	
¿Le va bien al niño en la escuela?		Problemas del habla	
¿Se lleva bien el niño con otros niños?		Chuparse el dedo	
¿Con qué frecuencia le lees a tu hijo?		Mojar la cama	
		Problemas de entrenamiento para ir al baño	
		Aguantar la respiración	

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

Completado por: \_\_\_\_\_

## Mid Island Pediatric Associates

### *Portal del Paciente*

*El Portal del paciente le permite ver partes de su registro de salud personal, incluidos los resultados, resúmenes de visitas, vacunas y medicamentos, y también le permite solicitar recargas de medicamentos.*

***La invitación para el portal llegará a su correo electrónico de IQHEALTH.***

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_

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

Género:      Masculino      Hembra

Dirección de correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_

#### Pregunta de Seguridad

Código postal del paciente: \_\_\_\_\_

Si no está interesado en el portal del paciente, consulte a continuación:

Rechazar Portal del Paciente