



993-D Johnson Ferry Road, N.E.  
 Suite 440, Atlanta, GA 30342  
 404-257-0799

Jeffrey A. Blumenthal, M.D.	Seth B. Marcus, M.D.
Stanley A. Cohen, M.D.	William F. Meyers, M.D.
Benjamin D. Gold, M.D.	Dinesh G. Patel, M.D.
Jay A. Hochman, M.D.	Edith S. Pilzer, M.D.
L. Glen Lewis, M.D.	Larry M. Saripkin, M.D.
Jeffery D. Lewis, M.D.	Olga M. Sherrod, M.D.
Steven Liu, M.D.	Jose Garza, M.D.

Estimados padres,

Las formas incluidas proveerán información muy importante y necesarias para la diagnosis de la enfermedad de su niño/a. Por favor tome su tiempo para llenar el formulario como sea posible y traelo a su cita. Por favor **NO** envíe esta forma a nuestra oficina. Sí usted tiene copias de expedientes médicos ó radiografías referente a la condición de su niño/a, por favor traiga éstos para ser repasado durante la visita.

Su primera cita consiste en una historia y un fisico comprensivo. Entonces explicaremos completamente nuestras recomendaciones. Sí pruebas adicionales son necesarias esto será explicada completamente, porque hay cargas adicionales para el trabajo del laboratorio. Sí laboratorios son hechos fuera de nuestra oficina usted va recibir otra cuenta separada de laboratorio. Intente limitar a la cantidad de miembros de la familia que acompañan al paciente debido el espacio en la sala de espera y área consulta. El honorario para la evaluación depende de la complejidad de los problemas médicos de su niño/a y empieza normalmente \$355.00.

Por favor traiga prueba de seguro y la licencia de conducir de la persona responsable a su cita porque necesitaremos hacer una copia para las demandas a seguro. Los pacientes necesitarán presentar ambas tarjetas en cada visita y se verificará en el futuro. Sí su seguro requiere referidos de su pediatra regular es su responsabilidad de tenerlo el día de su cita. Sí le han mandado traer una muestras fecals, recójala no más de 24 horas antes de la cita y refrigérela hasta su cita.

Sí su niño/a tiene mas de 2 años, traiga un foto reciente de él/ella para el expediente. Sí su niño/a tiene menos de 2 años, traiga una foto de la familia.

Hemos incluido un mapa de nuestra localización para su conveniencia.

Gracias.

**Su cita programar con el Dr. \_\_\_\_\_**

**en nuestra localización del \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_**

**en el \_\_\_\_\_ ES EL/P.M.**

**INFORMACIÓN PACIENTE (PATIENT)**

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: Varón Hembra Seguridad Social paciente #: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Est: \_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ El mejor #de contacto: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Farmacia Perferida: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Farmacia: \_\_\_\_\_ Numero de farmacia: \_\_\_\_\_

**(Asunto requerido por el gobierno Meaningful Use) Favor de marcar con un círculo en cada pregunta siguiente.**

Etnicidad: Hispano ó Latino/ No hispano ó Latino / Paciente no Presente / Desconocido / Denegar  
 Raza: Indio Estadounidense ó Nativo de Alasca / Asiático / Negro ó Negro Estadounidense / Nativo Hawaianas ó Nativo de Islas del Pacífico / Blanco / Paciente no Presente / Desconocido / Denegar

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES (PARENTS)**

<b>Información de la madre</b>	<b>Información del padre</b>
Nombre: _____	Nombre: _____
DOB: _____ SS#: _____	DOB: _____ SS#: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____	Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____	Estado: _____ Código postal: _____
# de casa: _____ # de celular _____	# de casa: _____ # de celular _____
Patrón: _____	Patrón: _____
Ocupación: _____	Ocupación: _____
# de Trabajo: _____	# de Trabajo: _____

¿Con quién vive el niño? Mamá y papá ambos Mamá Papá Otro: \_\_\_\_\_  
 ¿Quién tiene custodia legal? Mamá y papá ambos Mamá Papá Otro: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE LA EMERGENCIA (EMERGENCY)**

Contacto de la emergencia: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PEDIATRA (PEDIATRICIAN)**

Médico primario del cuidado (PCP): \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_  
 ¿Si es referido por otro médico, quién? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO (INSURANCE)**

¿Hay un orden judicial/del divorcio que dicta quién es responsable de cobertura primaria de la salud? Si No

¿Sí es así quién es? \_\_\_\_\_

**Primary Insurance Company:** \_\_\_\_\_ # de Teléfono seguro \_\_\_\_\_

Nombre del sostenedor de política: \_\_\_\_\_ DOB del sostenedor de política del \_\_\_\_\_

Fecha eficaz de la política: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ # de Identificación \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

**Secondary Insurance Company:** \_\_\_\_\_ # de Teléfono seguro \_\_\_\_\_

Nombre del sostenedor de política: \_\_\_\_\_ DOB del sostenedor de política del \_\_\_\_\_

Fecha eficaz de la política: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ # de Identificación \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN**

- Autorizo que traten al paciente y soy responsable del pago para los servicios rendidos a mi dependiente.
- Autorizo el lanzamiento de la Información médica necesario para procesar mi demanda de seguro para los servicios rendidos por GI CARE FOR KIDS.
- Autorizo el pago de ventajas médicas a GI CARE FOR KIDS para el tratamiento médico rendido a mi dependiente.
- Reconozco firmando debajo de éste que he recibido el aviso de las prácticas de la aislamiento y el aviso de las derechos individuales.

Firma: \_\_\_\_\_ letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Jeffrey A. Blumenthal, M.D.	Seth B. Marcus, M.D.
Stanley A. Cohen, M.D.	William F. Meyers, M.D.
Benjamin D. Gold, M.D.	Dinesh G. Patel, M.D.
Jay A. Hochman, M.D.	Edith S. Pilzer, M.D.
L. Glen Lewis, M.D.	Larry M. Saripkin, M.D.
Jeffery D. Lewis, M.D.	Olga M. Sherrod, M.D.
Steven Liu, M.D.	Jose Garza, M.D.

993-D Johnson Ferry Road, N.E.  
 Suite 440, Atlanta, GA 30342  
 404-257-0799

**Políticas Financieras de la Oficina**

**Nombre paciente:** \_\_\_\_\_ **Cita:** \_\_\_\_\_

*Consideran al adulto que acompaña al paciente la persona responsable de los servicios mandados la cuenta.*

**Nombre de la persona responsable:** \_\_\_\_\_

GI CARE FOR KIDS están confiados a resolver sus necesidades del cuidado médico de niño. Nuestra meta es mantener su seguro u otros arreglos financieros tan simples como sea posible. Para lograr esto preguntamos que usted adhiere a las pautas siguientes. **Por favor firma con sus iniciales** en cada línea.

- \_\_\_\_\_ Todos los co-pagos se deben antes de su cita, (por el portador de seguro) Si no pagas antes del tiempo de servicio hay un honorario de \$25 agregada a su cuenta. Aceptamos **cheque, efectivo, Mastercard, y visa**. Cualquier cheque deshonrado por su banco puede dar una carga adicional de **\$30** que es agregada a su cuenta y en ese caso a su cuenta se paga con efectivo solamente.
- \_\_\_\_\_ Es su responsabilidad proveernos su dirección, número de teléfono é información actuales del seguro en cada visita. Sí usted no tiene prueba del seguro actual en su visita, tendrán que pagar el cargo complete por la consulta antes de pasar a su cita.
- \_\_\_\_\_ Es su responsabilidad proveernos cualquier decreto legal de la documentación ó del divorcio que dicta a un padre ó guardían específicos responsables de cobertura primaria de la salud.
- \_\_\_\_\_ Es su responsabilidad entrar en contacto con su portador de seguro para confirmar que nuestros médicos participan en su plan y usted entiende sus ventajas y requisitos de seguro.
- \_\_\_\_\_ Sí no tenemos un contrato con su abastecedor del seguro usted será responsable del entero manda la cuenta en antes de su cita. Podemos proveer de usted una forma del encuentro para archivar la demanda con su portador de seguro si están necesitados.
- \_\_\_\_\_ Sí su niño tiene un procedimiento, nuestros doctores mandarán la cuenta solamente cobrando por servicios brindados por nuestros doctores. Usted debe recibir otra cuenta separada del centro de endoscopia ó hospital ó de los otros proveedores. (Ej. Anestesia, laboratorio, etc.)
- \_\_\_\_\_ Sí usted falta a su cita y/ ó cancela su cita en el plazo menos de 24 horas de su tiempo de la cita, usted puede ser cargado por faltar **“No-Show” de \$50** para esa cita.
- \_\_\_\_\_ Todas las solicitudes de registro médicas deben estar en manuscrita y recibido en nuestra oficina 7-10 días antes de la fecha necesitada. Los expedientes serán enviados por correo, no enviados por fax, y todos los expedients enviados tendrán un honorario basado en el número de páginas.
- \_\_\_\_\_ Es nuestra política que continuaremos mandando la cuenta al padre hasta que el paciente cumpla 18 años ó al menos de que nos notifiquen.
- \_\_\_\_\_ No validamos el estacionamiento. El honorario máximo para el estacionamiento es **\$6**. Aceptan cheque y efectivo solamente. Hay un cajero automatico en los 2<sup>nd</sup> piso de nuestro edificio.
- \_\_\_\_\_ Por favor tenga en cuenta que esto es una oficina especializada y usted podría experimentar largos tiempos de espera.

**Firma de la persona responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# GI CARE FOR KIDS, L.L.C.

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

POR FAVOR TRAER UNA COPIA DE LABORATORIO Y RESULTADOS DE RADIOGRAFÍA A SU CITA TAMBIEN EL CRECIMIENTO GRÁFICO PARA PROBLEMAS DE PESO.

## Alergias a Medicamentos y Reacciones:

\_\_\_\_\_

Motivo de Evaluación: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo han estado presentes los síntomas? \_\_\_\_\_ Cambio de Peso (ganancia ó pérdida)?  
\_\_\_\_\_ Libras

¿Qué pruebas se han hecho y dónde fueron hechas? POR FAVOR TRAER LOS RESULTADOS A NUESTRA OFICINA  
Análisis de sangre: \_\_\_\_\_

Orina ó heces análisis: \_\_\_\_\_

Radiografías/Procedimientos: \_\_\_\_\_

¿Que tratamiento ó medicamentos an probado? (¿cuando y por cuanto tiempo?): \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales y las dosis: \_\_\_\_\_

Vitaminas / suplementos / sin prescripción: \_\_\_\_\_

## DIETA ACTUAL:

**Infante:** \_\_\_\_\_ leche materna \_\_\_\_\_ Alimentados con fórmula (cual fórmula): \_\_\_\_\_

**Los niños pequeños y mayores:** \_\_\_\_\_ Dieta Regular \_\_\_\_\_ Dieta Especial (favor de describir): \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DEL PACIENTE:

Peso y Altura a nacer: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ Prematuro (# de semanas): \_\_\_\_\_

Problemas de Parto ó de embarazo: \_\_\_\_\_

Anota todas las formulas que an tratado

Antecedentes medicos y problemas psiquiátrico: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones e cirugías anteriores (Anotar las fechas y la edad): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# GI CARE FOR KIDS, L.L.C.

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

## HISTORIAL DE LA FAMILIA:

	EDAD	ALTURA	PESO	PROBLEMAS MEDICAS
Padre de Paciente	_____	_____	_____	_____
Madre de Paciente	_____	_____	_____	_____
Hermano/a	(V/H) _____	_____	_____	_____
	(V/H) _____	_____	_____	_____
	(V/H) _____	_____	_____	_____
	(V/H) _____	_____	_____	_____

*Compruebe los problemas que se producen con los familiares y pacientes y la lista de la persona afectada: Utilice las siguientes abreviaturas: M-madre, F-padre, B - hermano, S - hermana, MGM-la abuela materna, MGF- el abuelo materno PGM- la abuela paterna PGF – el abuelo paterno, MA-tía materna, PA - tía paterno, MU- tío maternal, PU - tío paterno, P - paciente.*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal          | <input type="checkbox"/> fibrosis cística                   | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza / migrañas       |
| <input type="checkbox"/> Anemia                   | <input type="checkbox"/> Diabetes                           | <input type="checkbox"/> pólipos intestinales             |
| <input type="checkbox"/> Problemas con Anesthesia | <input type="checkbox"/> Diarrea                            | <input type="checkbox"/> Síndrome del Intestino Irritable |
| <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Eczema                             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de hígado             |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de Sangre   | <input type="checkbox"/> Alergias a los Alimentos           | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos          |
| <input type="checkbox"/> Cancer                   | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> úlceras estomacales              |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca       | <input type="checkbox"/> Reflujo                            | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia           |
| <input type="checkbox"/> Vómitos crónicos         | <input type="checkbox"/> Hepatitis                          | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides         |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento            | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto                    | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn's    |   |   |

## HISTORIAL SOCIAL:

¿Con quién vive el paciente? \_\_\_\_\_

¿El Paciente es adoptado ó cuidado de crianza temporal? \_\_\_\_\_

Nivel de Grado: Guarderia PreK Kinder 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Colegio

¿El paciente a reprobado? ¿Sí es así cuando y por que? \_\_\_\_\_

¿Ha faltado en la escuela? \_\_\_\_\_ # de días/meses ¿ Falta actividades de la escuela?: S / N

¿Han ido viaje por el campo? S / N Adonde y cuando? \_\_\_\_\_

¿Alguna exposición a rios, lago ó agua de pozo? S / N Adonde? \_\_\_\_\_

¿Hay animals alrededor del nino/a? S / N Cuales? \_\_\_\_\_

¿Problemas emocionales? \_\_\_\_\_

¿Estrés de familia? (Financiero,matrimoniales, mudanzas, muertes, enfermedades, nueva escuela, matoneo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_