

Estimados Padres/ Pacientes,

¡Bienvenido a GI Care For Kids! Los formularios adjuntados nos proporcionarán información muy importante necesaria para ayudar que su visita sea lo más valioso y tranquilo posible. Tómese su tiempo para completar estos formularios con la mayor precisión posible y tráigalo con usted a su visita o envíenoslo por correo electrónico a forms@gicareforkids.com. Si tiene copias de los registros médicos, rayos X, o informes de procedimiento relativos a la consulta de su hijo/a, por favor traer estos a ser revisados durante la visita o pedir que sean enviadas por fax a nosotros al 404-256-5475.

Su primera cita consiste en una historia completa y física, ya sea en persona o por telemedicina. Luego explicaremos completamente nuestros hallazgos y recomendaciones. Si es necesario hacer pruebas adicionales, se les explicará completamente a usted.

El costo de la evaluación inicial depende de la complejidad de los problemas médicos de su hijo/a. Llame a nuestra Oficina al 404-503-2293 para discutir las tarifas y los costos de bolsillo en detalle. Ofrecemos un descuento del 30% para pacientes que pagan por cuenta propia. Pueden haber cargos adicionales por laboratorio, si es necesario. Si los estudios de laboratorio o otras pruebas se realizan fuera de nuestra oficina, ese centro facturará un cargo por separado.

Los pacientes cubiertos por seguro deberán traer/enviar su tarjeta de seguro y la licencia de conducir de los padres para la visita, ya que tendremos que hacer una copia a nuestros registros para presentar sus reclamos de seguro. Los pacientes deberán presentar ambas tarjetas en cada visita para verificar la elegibilidad del seguro en futuras visitas. Si está cubierto por un plan de atención administrada, que requiere una referencia del médico de atención primaria de su hijo/a, será su responsabilidad asegurarse de que tengamos la referencia y el número de referencia antes de la visita.

Si se le ha indicado que traiga una muestra de heces, recójala no más de 24 horas antes de la cita y refrigérela hasta que llegue a nuestra oficina.

Visite nuestra página web en www.gicareforkids.com para obtener instrucciones e información de ubicación. Esperamos conocerle pronto a ti y a tu hijo/a.

Gracias.

INFORMACIÓN PACIENTE (PATIENT)

Nombre legal del paciente: _____ Apodo: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Varón Hembra

Dirección _____

Ciudad: _____ Est: ____ Código postal ____ El mejor #de contacto: _____

Email: _____ Farmacia Preferida: _____

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 Alaska / Asiático / Negro ó Negro Estadounidense / Nativo Hawaianas ó Nativo de Islas del Pacífico / Blanco / Paciente no Presente / Desconocido / Denegar

INFORMACIÓN DE LOS PADRES (PARENTS)

Información de la madre

Nombre: _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

de casa: _____ # de celular _____

Empleador: _____

Ocupación: _____

de Trabajo: _____

¿Con quién vive el niño (a)? Mamá y papá ambos Mamá Papá Otro: _____

¿Quién tiene custodia legal? Mamá y papá ambos Mamá Papá Otro: _____

Información del padre

Nombre: _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

de casa: _____ # de celular _____

Empleador: _____

Ocupación: _____

de Trabajo: _____

CONTACTO DE LA EMERGENCIA (EMERGENCY)

Contacto de la emergencia: _____ Relación: _____ Numero: _____

INFORMACIÓN DEL PEDIATRA (PEDIATRICIAN)

Médico primario: _____

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? Sí No

¿Si es así quién es? _____

Compañía de seguro primaria: _____ # de Teléfono seguro _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____

Fecha eficaz de la póliza ____/____/____ # de Identificación _____ # de Grupo _____

Compañía de seguro secundario: _____ # de Teléfono seguro _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____

Fecha eficaz de la póliza ____/____/____ # 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 ése que he recibido el aviso de las prácticas de la alimentación y el aviso de las derechos individuales.

Firma: _____ letra de molde: _____ Fecha: _____



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

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| Jeffrey A. Blumenthal, M.D. | L. Glen Lewis, M.D. |
| Stanley A. Cohen, M.D. | Steven Liu, M.D. |
| Dana M. Dykes, M.D. | Seth Marcus, M.D. |
| Jose M. Garza, M.D. | Aminu Mohammed, M.D. |
| Benjamin D. Gold, M.D. | Dinesh G. Patel, M.D. |
| Jay A. Hochman, M.D. | Larry M. Saripkin, M.D. |
| Tatyana Hofmekler, M.D. | Olga M. Sherrod, M.D. |
| Jeffery D. Lewis, M.D. | |

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 agregado a su cuenta. Aceptamos **cheque, Discover, 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. Si 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 guardian 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.
- _____ Si 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.
- _____ Si 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.)⁴
- _____ Si 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 e estacionamiento. El honorario máximo para el estacionamiento es \$6. Aceptan cheque y efectivo solamente. Hay un cajero automático en los 2nd piso de nuestro edificio.
- _____ Por favor tenga en cuenta que esto en una oficina especializada y usted podría experimentar largos tiempos de espera.

Firma de la persona responsable: _____ Fecha: _____

Satellite Locations:

Alpharetta, Athens, Cartersville, Decatur, Douglasville, Fayetteville, Forsyth, Gainesville, John's Creek, Lawrenceville, Marietta, Stockbridge

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:

Infantes: _____ leche materna _____ Alimentados con fórmula (cual fórmula): _____
Anota todas las formulas que an tratado

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: _____

Antecedentes médicos 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 - tia materna, PA - tia 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 cefaca | <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 Ulcero |
| <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 ríos, lago ó agua de pozo? S / N Adonde: _____

Hay animals alrededor del niño/a? S / N Cuales? _____

¿Problemas emocionales? _____

¿Estrés de familia? (Financiero, matrimoniales, mudanzas, muertes, enfermedades, nueva escuela, bullying) _____