

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

REFERIDO POR

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE

No. DE SEGURO SOCIAL

CALLE Y No.

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD:

CIUDAD/ESTADO

CÓDIGO POSTAL

No. DE TELÉFONO

INFORMACIÓN DEL PADRE

NOMBRE

ESTADO CIVIL: S C V SEP DIV

CALLE Y No.

CIUDAD/ESTADO

CÓDIGO POSTAL

No. DE TELÉFONO

No. DE SEGURO SOCIAL

NOMBRE DE LA CO. DONDE TRABAJA

DIRECCIÓN DEL TRABAJO

CIUDAD/ESTADO

CÓDIGO POSTAL

OCUPACIÓN

TELÉFONO DEL TRABAJO

INFORMACIÓN DE LA MADRE

NOMBRE

ESTADO CIVIL: S C V SEP DIV

CALLE Y No.

CIUDAD/ESTADO

CÓDIGO POSTAL

No. DE TELÉFONO

No. DE SEGURO SOCIAL

NOMBRE DE LA CO. DONDE TRABAJA

DIRECCIÓN DEL TRABAJO

CIUDAD/ESTADO

CÓDIGO POSTAL

OCUPACIÓN

TELÉFONO DEL TRABAJO

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE ASEGURANZA

#1	NOMBRE DE LA CO. DE ASEGURANZA PRIMARIA	ID#	PLAN	GRUPO
	NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	RELACIÓN	CO. DONDE TRABAJA EL ASEGURADO	
#2	NOMBRE DE LA CO. DE ASEGURANZA SECUNDARIA	ID#	PLAN	GRUPO
	NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	RELACIÓN	CO. DONDE TRABAJA EL ASEGURADO	

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y ACUERDO FINANCIERO

Yo/nosotros en este formulario autorizo al Dr. Mario I. Brakin a realizar todos los tratamientos, cirugía menor y servicios médicos que el considere necesario.

Asignación de Beneficios: Yo por éste medio asigno al Dr. Mario I. Brakin toda la cantidad de dinero que se me asigne de la compañía de seguros por gastos médicos o de cirugía relacionados con sus servicios, incluyendo MediCal, seguros privados o cualquier otro tipo de plan de salud. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como el original.

Yo autorizo al Dr. Brakin a proveer a la(s) compañía(s) de seguro Médico la información necesaria para asegurar el pago. Yo certifico que bajo mi mejor conocimiento todas las declaraciones son verdaderas y entiendo que soy financieramente responsable al médico o cirujano mencionado arriba por todos los gastos incurridos sin importar el monto cubierto por la compañía de seguros. Además acepto que seré responsable de los gastos incurridos por la agencia colectora o tarifas legales de la corte en caso de que mi cuenta no llegue a ser saldada. Yo entiendo que este acuerdo, consentimiento y asignación de beneficios continuará hasta que sea cancelado por mí por escrito.

Firma de la persona responsable: _____ Fecha _____

Firma del Testigo _____ Fecha _____

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

NOMBRE DEL NIÑO _____ EDAD _____ FECHA _____

A. HISTORIA DEL NACIMIENTO

1. Lugar de nacimiento _____
2. Fecha de nacimiento _____
3. ¿Fue un embarazo normal? _____
4. ¿Fue un parto normal? _____
5. ¿Fue un bebé de término? _____
6. Peso al nacer _____
7. Altura al nacer _____
8. ¿Algún problema en la nursery? _____
9. Transfusiones-madre?/hijo(a)? _____

B. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1. Edades cuando por primera vez se:
Sentó _____ Gateó _____
Dio vuelta _____ Caminó _____
Le salio 1er diente _____
Entrenado para ir al baño _____
2. Historia en la Escuela:
Año en la escuela _____ Nursery _____
Grados aprobados _____
Nombre de la escuela _____
¿Problemas en la escuela? _____
¿Asiste a clases o escuela especial? _____
¿Problemas de conducta o disciplina? _____

C. HOSPITALIZACIONES

(¿Cuándo, Dónde y Por Qué?) _____

D. CIRUJÍA

(¿Cuándo, Dónde y Por Qué?) _____

E. ENFERMEDADES SERIAS O ACCIDENTES

(¿Dónde, Cuándo?) _____

F. HISTORIA FAMILIAR

Padre: Vivo _____ Edad actual _____ Salud _____
Madre: Viva _____ Edad actual _____ Salud _____
Hermanos/Hermanas _____
Cuántos _____
Edades _____ Salud _____
Alguna historia familiar de: Diabetes, Bocio, Alergia, Asthma _____
¿Alguna vez fue visto por un psicólogo, terapeuta del lenguaje o maestros especiales? _____

G. HISTORIA CLÍNICA PASADA

1. Algún problema con:
Dormir _____ ¿Se orina en la cama? _____
Peso/Altura _____
Pesadillas _____

2. Dieta _____
¿Amamantado o alimentado con botella? _____
¿Algún problema de cólicos? _____
¿Usa dieta especial? _____
¿Toma vitaminas? _____
¿Toma fluor? _____
3. Enfermedades contagiosas (¿a que edad?)
Sarampión _____
Paperas _____
Rubeola _____
Varicela (viruela boba) _____
Fiebre escarlatina _____
¿Alguna otra? _____
4. Inmunizaciones (vacunas) por favor de edades y/o fechas
Series DPT _____ TB (Tine) Test _____
Poliomielitis _____ Otras _____
Sarampión _____
Rubeola _____
Paperas _____
5. Medicamentos (¿Está su niño tomando alguno ahora?)

6. Alergias _____ Convulsiones _____
Enfermedades del corazón _____
Tuberculosis _____
¿Otra? _____

H. ¿CUANTO HACE QUE SU FAMILIA VIVE EN ESTA ÁREA?

¿Donde vivió usted con anterioridad? _____

I. INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Ha tenido su hijo algún problema inusual con lo siguiente?:
Cabeza _____
Ojos _____
Nariz/Garganta y oídos _____
Pecho/Corazón y pulmones _____
Estómago _____
Riñones _____
Huesos, músculos y articulaciones _____
Piel _____
Sangre _____
2. ¿Cuando tuvo el último análisis de sangre? _____
3. ¿Cuando tuvo el último análisis de orina? _____

J. ¿ALGÚN COMENTARIO ESPECIAL SOBRE SU NIÑO?

K. SU ÚLTIMO DOCTOR FUE _____

Pediatric Endocrinology Associates

2650 Elm Avenue, Suite 318
Long Beach, California 90806
(562)595-0166

Payment Authorization Form

Schedule your payments to be automatically charged to your credit card. Just complete and sign this form to get started!

Recurring Payments Will Make Your Life Easier:

- It is convenient (saving you time and postage)
- Your payment is always on time (even if you are out of town), eliminating late charges.

Here's How Recurring Payments Work:

You authorize regularly scheduled charges to your Visa, MasterCard, American Express or Discover card. You will be charged the amount indicate below each billing period. A receipt will be emailed to you and each charge will appear on your statement. You agree that no prior notification will be provided unless the date or amount changes, in which case you will receive notice from us at least 10 days prior to the payment being collected.

Please complete the information below:

I _____ authorize Pediatric Endocrinology Associates to charge my credit card.
(full name)

Patient Name _____ **DOB:** _____ **Acc #** _____

Billing Address _____ Phone# _____

City, State, Zip _____ Email _____

Account Type: Visa MasterCard AMEX Discover

Cardholder Name _____

Account Number _____

Expiration Date _____

CVV2 (3-digit number on back of Visa/MC, 4 digits on front of AMEX) _____

SIGNATURE _____ DATE _____

I authorize the above-named business to charge the credit card indicated in this authorization form according to the terms outlined above. I understand that this authorization will remain in effect until I cancel it in writing, and I agree to notify the business in writing of any changes in my account information or termination of this authorization at least 15 days prior to the next billing date. If the above noted payment dates fall on a weekend or holiday, I understand that the payments may be executed on the next business day. This payment authorization is for the type of bill indicated above. I certify that I am an authorized user of this credit card and that I will not dispute the payment with my credit card company; provided the transactions correspond to the terms indicated in this authorization form.

PEDIATRIC ENDOCRINOLOGY ASSOCIATES of LB
MARIO I BRAKIN, MD, FAAP, INC.
DBA/ PEDIATRIC ENDOCRINOLOGY ASSOCIATES
PATIENT PARTNERSHIP PLAN

Dear Patient,

Welcome to our practice. We intend to provide you with the care and service that you expect and deserve. Achieving your child's **best possible health** requires a "partnership" between the parent/guardian, patient and doctor. As our "partner in health," we ask you to help us in the following ways:

Schedule visits with the Doctor for recommended routine exams

I understand that the doctor will explain to me which regular health exams and screenings are appropriate for my child's age, gender, personal and family history. I understand I will need to complete these recommended health exams / screenings (labs, MRI, ultrasound, stimulation tests etc...). **These health screenings are tests that can help detect life-threatening diseases and conditions.** If I visit my doctor only for treatment of immediate problems and forget to arrange for regular health screenings, I put my child at risk of letting serious health problems go undetected. I will schedule regular visits with my child's doctor to complete his physical exam and to discuss results of these health screenings.

Keep follow-up appointments and reschedule missed appointments

I understand my child's doctor will want to know how my child's condition progresses after I leave the office. Returning to my child's doctor on time gives him the chance to check his/her condition, his/her response to treatment. During a follow-up appointment, my child's doctor might order tests, refer me to another specialist, prescribe medication, or even discover a serious health condition. If I miss an appointment and I do not reschedule, my child will run the risk that his physician will not be able to detect and treat a serious health condition. I will make every effort to reschedule missed appointments as soon as possible.

Call the office when I do not hear the results of labs and other tests

I understand that my child's physician's goal is to report my child's lab and test results to me as soon as possible. However, if I do not hear from my child's physician's office within the time specified, I will call the office for my child's test results.

Inform my child's Doctor if I decide *not* to follow his or her recommended treatment plan

I understand that after examining my child, the doctor may make certain recommendations based on what he or she feels is best for my child's health. This might include prescribing medication, referring to a specialist, ordering labs and tests, or even asking me to return to the office within a certain period of time. I understand that not following my child's treatment plan can have serious negative effects on my child's health. I will let the doctor know whenever I decide *not* to follow his recommendations for my child so that he may fully inform me of any risks associated with my decision to delay or refuse my child's treatment.

Thank you for your partnership. As our patient's parent/guardian, you have the right to be informed about your child's care. We invite you and your child at any time to ask questions, report symptoms, or discuss any concerns you or your child may have. If you need more information about your child's health or condition, please ask.

Parent / Guardian signature

Date

Publita P. Nagpala, MD

Physician signature

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE RECIBIDO Y ENTENDIMIENTO

NOTICIA A NUESTROS PACIENTES

Nuestros Medicos con Licencia Medica son regulador por el consejo medico de California

Para verificar una Licencia Medica o para presentar una queja debera contactar al Consejo Medico de California

www.mbc.ca.gov

email: licensecheck@mcb.ca.gov

telefono: (800)633-2322

Fecha

Nombre de el Paciente (Imprimir o escribir)

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Guardian/Representante y relacion (Imprimir o escribir)

Firma de el Guardian/Representante

Mantener original en el Archivo original del paciente

Pediatric Endocrinology Associates of Long Beach
Mario I. Brakin, MD
Pablito G. Nagpala, MD
2650 Elm Ave. Suite 318
Long Beach, CA 90806
Karingforkids2@yahoo.com
(562) 595-0166 Fax (562)595-6714

POLIZA DE CANCELACION/NO SHOW PARA VISITAS MEDICAS

Gracias por confiar su servicio medico a Pediatric Endocrinology Associates. Cuando usted programa una cita con Pediatric Endocrinology Associates, nosotros le reservamos suficiente time para rendirle el mejor servicio posible. Si usted necesita cancelar la cita, por favor llamar a nuestra oficina lo mas pronto posible y no después de 24 horas de anticipación a su programada cita. Lo cual no dará el tiempo suficiente para programar a otro paciente que está esperando por una cita en nuestra oficina.

Favor de mirar nuestra póliza de cancelación/no show a continuación.

*Cualquier paciente ya establecido en nuestra oficina que no llegue a su cita/cancele o cambie su cita y no a informado nuestra oficina con 24 horas de anticipación, **será considerado como cita perdida/No Show y un cargo de \$50 será aplicado a su cuenta.**

*Pacientes con una 3ra cancelación/cambio de cita o No show serán despedidos de Pediatric Endocrinology Associates y referidos a su doctor de atención primaria (PCP)

*Nuevos Pacientes que no mantengan su primera cita, una nueva cita no será programada.

***El cargo por de \$50 por citas perdidas es la responsabilidad de el paciente/Garante y no de la Aseguraza Medica, el cargo deberá pagarse en la próxima visita médica.**

*Como cortesía llamada para recordarle de su visita serán echas cuando el tiempo lo permita. Cuando no reciba una llamada como recordatorio la póliza que se especifica arriba seguirá en efecto.

Nosotros entendemos que abra tiempos cuando cosas inesperadas/emergencias sucedan y usted no pueda mantener su cita. Si usted experimenta una situación inesperada/emergencia por favor de comunicarse con nuestra oficina tan pronto como le sea posible y pueda ser que el cobro por no show/cancelación pueda ser ajustado.

Nombre del paciente fecha de nacimiento

Firma del guardián/persona responsable fecha