

Children's Choice Pediatrics

- o 8112 Milliken Ave, Suite 201, Rancho Cucamonga CA 91737 P (909) 466-7337 F (909) 466-7338
- o 510 N 13th Ave, Suite 2, Upland CA 91786 P (909) 931-1313 F (909) 920-3883

INFORMACION DEL PACIENTE / REGISTRACION Nuevo Paciente _____ Fecha ____/____/____

Nombre del Paciente :

Apellido _____ Primer Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Sexo M ___ F ___ SSN _____ - _____ - _____ Raza _____ Religion _____

Direccion _____ Ciudad _____Codigo postal _____

Cellular (____) _____ Casa (____) _____ Telefono de Preferencia(____) _____

E-mail: _____ Language Preferido _____ Discapacidad Auditiva: Si ___ No ___

Desea compartir el registro de Vacunas con el Departamento de California Immunization Registry (CAIR)? Si ___ No ___

Informacion de Padre/ Tutor Legal

Nombre de Madre Apellido : _____ Primer Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirreccion (igual que el pacient?) Si ___ No ___ _____ Ciudad _____Codigo postal _____

Cellular(____) _____ Casa(____) _____ Trabajo (____) _____

Occupacion _____ Direccion _____ Ciudad _____Codigo postal _____

Nombre de el Padre Apellido _____ Primer Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirreccion (igual que el pacient?) Si ___ No ___ _____ Ciudad _____Codigo Postal _____

Cellular(____) _____ Casa(____) _____ Trabajo (____) _____

Occupacion _____ Direccion _____ Ciudad _____Codigo postal _____

Contacto De Emergencia (que no sea uno de los padres)(Mandatorio)

Nombre Compleato _____ Relacion al paciente _____

Direccion _____ Ciudad _____Codigo Postal _____

Cellular (____) _____ Casa (____) _____ Trabajo (____) _____

Seguranza/ Seguro Medico Primario :

Primario: Madre _____ Padre _____ Otro _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

SSN _____ - _____ - _____ Plan Medico _____ Numero de Identificacion _____ Grupo# _____

Aseguranza Secundario:

Apellido _____ Primer Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

SSN _____ - _____ - _____ Plan Medico _____ Numero de Identificacion _____ Group # _____

Completado por _____ Madre / Padre / Tutor Legal / Otro

Nombre _____
 Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑO

HISTORIAL DE SU EMBARAZO CON ESTE NIÑO:

En cuál mes de embarazo visitó al doctor por primera vez? _____ Mes ¿Dónde nació el bebé? _____
 ¿Cuánto duró su embarazo? _____ Meses Si nació en casa, ¿hicieron pruebas de sangre para neonatos? SI NO

¿Tuvo enfermedades ó problemas? (inclusive las transmitidas sexualmente u otras contagiosas)	SI	NO	¿Usó algún medicamento sin receta? (tabaco, alcohol, "drogas", remedios caseros ó sin necesidad de receta)	SI	NO
¿Tomó algún medicamento recetado por su médico?	SI	NO	¿Salieron usted y su bebé juntos del hospital?	SI	NO
¿Tuvo un parto difícil/anormal/intervención Cesárea?	SI	NO	¿Nació más de un bebé?	SI	NO
¿Tuvo su bebé algún problema durante su 1era semana de vida?	SI	NO	¿Recibió su bebé alguna inyección para Hepatitis B?	SI	NO

HISTORIAL DEL NIÑO: Varón Hembra ¿Se adoptó este(a) niño(a)? SI NO Peso al Nacer: _____ libras _____ onzas Estatura: _____ pulgadas

¿Ha tenido este(a) niño(a) alguna vez? (Favor de colocar un círculo en SI ó NO):

Sarampión, Varicela, Paperas, Rubéola	SI	NO	Vómito después de comer, se niega a comer	SI	NO
Tuberculosis ó análisis de TB positivo	SI	NO	Problemas de músculo, articulaciones ó huesos	SI	NO
Amigdalitis/Dolor de Garganta	SI	NO	Problemas de la piel	SI	NO
Problemas con los ojos ó la visión	SI	NO	Dolores de cabeza ó mareos	SI	NO
Problemas con los oídos ó la audición	SI	NO	Convulsiones, ataques de apoplejía, epilepsia	SI	NO
Dificultad respirando/roncando de noche	SI	NO	Diabetes	SI	NO
Problemas del corazón	SI	NO	Problemas de tiroides	SI	NO
Asma, bronquitis, ó pulmonía	SI	NO	Alergias	SI	NO
Anemia, problema de sangrado, transfusiones de sangre	SI	NO	Problemas con desarrollo en la escuela	SI	NO
Dolores estomacales	SI	NO	Enfermedad ó accidente serio	SI	NO
Diarrea, Ensuciarse con su propio excremento	SI	NO	Cirugía ó hospitalización	SI	NO
Problemas de Vejiga, Riñones, Orinarse en sí ó la cama	SI	NO	(NIÑAS) ¿Ha comenzado a menstruar?	SI	NO
Estreñimiento	SI	NO	(NIÑAS) ¿Hay problemas con sus menstruaciones?	SI	NO

HISTORIAL DE FAMILIA: ¿Tienen la madre (M), padre (F), hermano (B), hermana (S), tía (A), tío (U), ó abuelo(a) (GP) :Favor de colocar un círculo en SI ó NO

¿Cuál Miembro de Familia?			¿Cuál Miembro de Familia?		
SI	NO	Diabetes	SI	NO	Presión arterial alta
SI	NO	Epilepsia ó convulsiones	SI	NO	Problemas Sanguíneos
SI	NO	Retardo Mental	SI	NO	Tuberculosis
SI	NO	Enfermedad del corazón	SI	NO	Alergia
SI	NO	Cáncer	SI	NO	Prob. de pulmón ó respiración
SI	NO	Enferm. del riñón ó urinario	SI	NO	Desórdenes de los ojos
SI	NO	Problemas de huesos ó articulaciones	SI	NO	Desórdenes del oído

DATOS DE LOS PADRES: Madre: _____ Padre: _____ Edad: _____ Estatura: _____ Ocupación: _____	DATOS DEL HOGAR: Cantidad de personas en el hogar _____ ¿Ambos padres viven en casa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Alguien en la casa fuma, usa drogas o alcohol? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Idioma que se habla en el hogar: _____ ¿Vive en una: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin Techo
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Identificación del Paciente: Nombre: _____ Fecha: _____ Parentesco con el Niño: _____	Firma del Analista: _____ Fecha: _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

CHILDREN'S CHOICE PEDIATRICS

- 8112 MILLIKEN AVE, SUITE 201 RANCHO CUCAMONGA, CA 91730 PH (909)466-7337 F (909)466-7338
- 510 N. 13TH AVE, SUITE 201 UPLAND, CA 91786 PH (909)931-1313 F (909)920-3883

TODAY'S DATE: ___/___/___

PATIENT'S/CHILD'S NAME: _____ DATE OF BIRTH: ___/___/___
LAST FIRST

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (HIPAA):

I hereby acknowledge that i received a copy of this medical practice's Notice of Privacy Practices. I further acknowledge that a copy of the current will be posted in the reception area, and that a copy of any amended Notice of Privacy Practices will be available at each appointment.

Signed: _____ Date: _____

Print: _____ Telephone: _____

If not signed by the patient, please indicate relationship:

- Parent or guardian of minor patient
- Guardian or conservator of an incompetent patient

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de esta práctica médica de privacidad. Además, reconozco que una copia del aviso actual será fijada en la zona de recepción, y que la Notificación de Practicas de Privacidad modificado estará disponible en cada cita.

Firmado: _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____ Teléfono: _____

Si no firmada por favor indique la relación:

- El padre o tutor del paciente menor de edad
- Tutor o guardian de un paciente incompetente

Nombre y dirección del paciente: _____

Children's Choice Pediatrics

Parental Consent for Medical Treatment/ Assignment of caregiver

Date _____

Child's Information

Child's Name _____ Date of Birth _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Caregiver's Information

1- Caregiver's Name _____ Phone Number _____

2- Caregiver's Name _____ Phone Number _____

3- Caregiver's Name _____ Phone Number _____

The above named caregiver is acting *in loco parentis* and shall be authorized to consent for all medical and/or surgical treatment and/or other medical procedures (including administration of anesthesia, vaccines, diagnostic tests, physical exam, etc.), for the above named child, which may be required during my absence. This consent serves as permission for treatment at the offices of Children's Choice Pediatrics. Note: Consents are not required in emergency situations. I agree to pay for all services provided to my child in my absence.

This authorization shall be effective until (Date) _____ unless earlier revoked in writing to Children's Choice Pediatrics, by me.

Parent/Legal Guardian's Name _____ Phone Number _____

Signatures _____ Date _____
Parent / Legal Guardian

Children's Choice Pediatrics

- o 8112 Milliken Ave, Suite 201, Rancho Cucamonga CA 91737 P (909) 466-7337 F (909) 466-7338
- o 510 N 13th Ave, Suite 2, Upland CA 91786 P (909) 931-1313 F (909) 920-3883

Today's Date: ____ / ____ / ____

Patient's/Child's Name: _____ Date of Birth ____ / ____ / ____
Last First M.I.

CONSENT TO TREAT/ TREAT A MINOR/CHILD:

I, _____, the parent/legal guardian of the child/minor named in this document, give the permission to the health care provider to administer such examination, treatment, testing, vaccinations, medical plan and procedures as are deemed necessary in the course of the child/minor care.

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICE (HIPAA):

I understand and have been provided with a notice of privacy practices (privacy notice), which provides a more complete description of information and disclosures. I understand that I have a right to review the notice before signing it. I understand that I have the right to revoke this consent in writing, except to the extent that the healthcare provider has already taken action on my behalf.

I, the parent/legal guardian of the patient named in this document, have received a copy of this office's Notice of Privacy Practice.

SUBMISSION OF VACCINES INFO TO CA IMMUNIZATION REGISTRY (CAIR)

I, the parent/legal guardian of this patient give permission to Children's Choice Pediatrics to submit vaccines records to CA Registry (CAIR).

FINANCIAL RESPONSIBILITY:

Information about me necessary to substantiate my insurance claims may be used by the healthcare provider involved in my care. I hereby authorize any insurance carrier with whom I have a policy to pay directly to the healthcare provider any benefits of any policies of insurances to the healthcare provider who has rendered the service to me and who accept such assignment. I agree to pay all charges that are not paid in full by assigned insurance. If such amounts due to the healthcare provider are not paid after reasonable notice, that account shall be deemed delinquent and a service charge fees shall be added to the amount due. In the event that I default on payment of my account, I agree to be responsible for the collection fees and interest due on amounts in default, including court costs and reasonable attorney's fees. If the debt is assigned to a third party for collection, I agree to be responsible for collection fees and interest due on amount in default.

OFFICE FINANCIAL POLICY:

- ❖ PAYMENTS/CO-PAYS: The patient is expected to present an insurance card at each visit. All co-payments and past due balances are due and payable at the time of service. The patient/parent is expected to inform the office with any change of health plan/insurance or contact information at each visit.
- ❖ SELF-PAY ACCOUNTS: Self-pay accounts are patients covered by insurance plans in which the provider does not participate, patients without an insurance card on file, or patients who do not have any insurance coverage. The parents shall pay in full at the time of service.
- ❖ NON-PARTICIPATING INSURANCE PLANS: we will file to these insurance plans as a non-assigned claim as a courtesy to our patients. The parents shall pay in full at the time of service. The insurance company may or may not reimburse the parent on non-assigned claims.
- ❖ PATIENT REFUNDS: The following criteria must be met prior to issuing a patient refund: there are no outstanding insurance claims on the family's account, and there are no outstanding patient balances on the family's account.
- ❖ CHILD CUSTODY CASES: The custodial parent is responsible for co-payments at the time of service for participating instances and for all past due balances. If the non-custodial parent carries the insurance, the office will bill that insurance company. It is the parents' obligation to work out an agreement and insure payment to our office.
- ❖ AFTER HOURS: a fee may apply to any medical services rendered after hours including medical consult over the phone.
- ❖ CHECKS: we do NOT accept checks.
- ❖ FORMS FEE: a fee may be applied for School physical forms / sport physical forms / special letter/ vaccines records/ and medical records.

MISSING APPOINTMENT: \$25.00 fee may be applied for missed appointment, unless canceled or rescheduled 24 hours in advance.
Late to appointment: if you are late more than 15 minutes to your appointment, the office may reschedule or cancel the appointment.

By signing this document, I agree/ give permission on all items listed in this document.

Parent's Name _____ Relation to patient (Circle): Mother, Father, Foster parents, Legal guardian, Other _____

Signature _____

Witness (Name and Signature) _____ Title _____ Date _____