

REGISTRO DE PACIENTE				
<b>Idioma Preferido</b>		Alergias		
Paciente	Primer, Segundo Y Apellido			
	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Casa Tel:	
	Dirección dónde paciente vive			
	Ciudad	Estado	Postal	
	Comunicacion por email? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dirección Email:		
	Raza del paciente: <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Native Alaskan <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black Hispanic <input type="checkbox"/> White Hispanic <input type="checkbox"/> Otro			
	¿Como escucho a cerca de nosotros?			
Padres / Tutor	Madre	Estado marital <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> D	Padre	
	Estado marital <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> D		Estado marital <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> D	
	Nombre		Nombre	
	SSN	Fecha de Nacimiento	SSN	Fecha de Nacimiento
	Dirección(si es diferente)		Dirección(si es diferente)	
	Cellular		Cellular	
	Ocupación		Ocupación	
	Empleador		Empleador	
	Teléfono/Trabajo		Teléfono/Trabajo	
	Tutor Legal (si no es padre)		Relación al paciente	
	Nombre		Cellular	
	SSN	FDN	Ocupación	
Empleador		Teléfono/Trabajo		
Nombre y Teléfono de un Amigo o Relativo				
Seguro	Compañía de Aseguranza		No. Póliza/ID:	
	Nombre del Subscriptor		FDN	
	Tel: del Servicio al Cliente		No. Grupo:	
	Numero Medicaid:		Nombre de Plan:	
Yo entiendo que al firmar abajo aseguro que la información dada es correcta.				
Firma del Padre/Tutor			Fecha	

## ELECCIÓN DE BENEFICIOS/AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN

Al firmar la parte inferior de la pagina, estoy de acuerdo con lo siguiente.

Yo, por lo presente asigno a la Dra Peggy Wongsa todos los beneficios del seguro, en su caso, por los servicios prestados a mi cargo. Yo entiendo que soy financieramente responsable por el monto no cubierto por mi plan de seguro medico. Tambien autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro.

He recibido la notificacion del Aviso de Practicas de Privacidad, que explica como mi informacion de salud protegida sera usada y revelada. Yo autorizo la liberacion de mi information de salud como se indica en el Aviso de Practicas de Privacidad.

Solo para los pacientes de Medicaid de Texas: Yo, entiendo que, en opinion de la Dra. Peggy Wongsa, los servicio o articulos que me han solicitado que se me proporciono a partir de la "fecha del primer tratamiento" a continuacion no pueden ser cubiertos bajo el Programa de Asistencia Medica de Texas por ser razonable y medicamento necesario para mi cuidado. Entiendo que la HHSC o su agente de salud asegurado que determina la necesidad medica de los servicios o articulos que solicite or reciba. Tambien entiendo que soy responsable por el pago de los servicios o articulos que estan decididos a no ser razonable y medicamento necesario para mi cuidado.

Para los pacientes de cuidado de crianza (foster care): Yo autorizo la entrega de mi historial medico a mi agencia de cuidado de crianza, Servicios para los Ninos de Proteccion, u otras agencias que tienen autoridad conforme a lo solicitado por parte de ellos.

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, sabiendo que yo o mi dependente, (nombre del paciente), /esta sufriendo de una condicion que requiere tratamiento de diagnostico, medico o quirurgicos Hacer presente consentimiento voluntariamente a dichos procedimientos y el cuidado y disfrute de esos servicios medicos, quirurgicos, o por otros procedimientos especificado por la **Dra Peggy Wongsa**, sus asistentes , o su designado como es necesario en su juicio. Tambien reconozco que la practica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se garantiza se ha hecho para mi como el resultado de un tratamiento o un examen por la **Dra Peggy Wongsa**.

Su Nombre	Relacion al paciente	Fecha de Tratamiento
-----------	----------------------	----------------------

Firma

**Si no es el padre, favor también de completar la sección a continuación.**

Nombre de la madre	Nombre del Padre
--------------------	------------------

Nombre del Tutor Legal

### POLIZAS DE LA OFICINA

Gracias por escoger a la Dra Peggy Wongsa como su pediatra de sus hijo(a). A continuacion estan algunas de las reglas de la oficina para facilitar la relacion de usted y la Doctora. **Favor Lea y ponga su Inicial en cada linea.**

1. Yo estoy de acuerdo en llegar puntual a mi cita con la Dra Wongsa, y estoy de acuerdo en llamar ala oficina 24hrs antes de mi cita para cancelar o posponer mi cita. Yo entiendo que si no cumplo con el acuerdo de mi cita, se me seran retirados mis servicios. \_\_\_\_\_
2. Yo entiendo que la Dra Wongsa tendra que ver a mi hijo(a) en la oficina antes de recetarle cualquier medicina. Yo entiendo que la Dra wongsa no respondera ala farmacia para hacerle repuesto de medicamento si la medicina se le a acabado. Por lo tanto yo hablare ala oficina si el paciente todavia esta sufriendo por la condicion diagmsticada por la Dra Wongsa . \_\_\_\_\_
3. Yo le notificare ala oficina si hay cambios de Direccion, numero telefonico o seguro medico. Yo traere la tarjeta de aseguranza medica, o medicaid de cada mes en cada visita que tenga. \_\_\_\_\_
4. Muchas de los seguros medicos requieren de un pago minimo o un porcentaje en cada c visita . Yo entiendo que el adulto que traiga al nino(a) ala oficina esta dispuesto a pagar por los servicios medicos , estoy de acuerdo en pagar una cuota de \$25 si la porcion requerida por la aseguranza no fue pagada el dia del sevicio y pagar usted ala oficina en efectivo o tarjeta de credito. \_\_\_\_\_
5. Yo entiendo que soy responsable de entender los beneficios de mi seguro medico de mi depende, los empleados de la oficina verificaran los beneficios de cortesia, si el personal de la oficina no puede verificar los beneficios o el seguro no quiere pagar por los servicios , yo entiendo que me hara responsable por los cargos de los servicios obtenidos. \_\_\_\_\_
6. Yo entiendo que si pago con cheque si fondos se me combrara una cuota adicional de \$35 Nosotros le enviaremos un recibo con el monto que se debe por correo con fella de vencimiento. Yo me hare responsable de llamar para hacer el pago. Debe pagar en 30 dias de haber recibido el estado de cuenta \$25 se incluire cada vez que le mandemos un estado de cuenta. \_\_\_\_\_
7. Si tengo formas que la Dra Wongsa necesite llenar ya sean, del WIC, Guarderia o formas de preautorizacion, Yo traere estas formas para que sean llenandas en mi visita ala oficina. Y entiendo que si solicito que me llenen estas formas fuera de la oficina, nos llevara de 3 a 5 dias laborales de tiempo para poder tener sus formas listas. \_\_\_\_\_
8. Yo entiendo que la oficina por cortecia me dara una copia de la cartilla de vacunacion de mi hijo(a). Si solicito alguna copia adicional incluyendo el expediente medico se me cobrara una cuota. No requerimos pago para enviar archivos a otro Doctor via Fax. Si solicita el expediente medico tendra uestesd que llenar una forma autorizando, y eso se tendra que hacer personalmente en la oficina. \_\_\_\_\_

Le damos las gracias por dejarnos atender asu familia, si tienene alguna pregunta referente alas reglas de la poliza, favor de preguntar y con gusto le contestaremos. Por Favor de firmar abajo. Y tenga en cuenta que entendio nuestra poliza, se le dara una copia para sus records.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Padre o Guardian Letra Molde

Padre/Guardian Firma

Fecha

El paciente tiene algun hermano/a que venga a esta clínica? **(marque una) SÍ / NO**

Si usted dice SÍ, pongalos en la lista por favor:

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento

### AUTORIZACIÓN

Yo doy permiso a las siguientes personas para que traigan ami hijo/a

(nombre del paciente) \_\_\_\_\_ a la clínica de la Dr. Peggy Wongsa.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación : \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación : \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación : \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación : \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma de padre o guardián fecha

\_\_\_\_\_ su nombre y apellido

## TELEMEDICINA CONSENTIMIENTO y ACUERDO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si desea optar por no participar:  Me gustaría optar por no recibir telemedicina en este momento. Iniciales aquí: \_\_\_\_\_

Yo, (nombre del padre o tutor) \_\_\_\_\_, padre o tutor del paciente mencionado anteriormente, acepta participar en una evaluación de telemedicina. Al firmar este acuerdo, autorizo la transmisión electrónica de mi información médica y / o sesión de videoconferencia para que pueda ser vista por un médico y otras personas involucradas en mi atención médica o de salud mental. [Nota: La probabilidad de que esta transmisión sea interceptada por personas distintas a las del sitio de consultoría es extremadamente pequeña.].

Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento y que no tengo que responder ninguna pregunta que considero inapropiada o que no estoy dispuesta a escuchar de otras personas. Entiendo que si no elijo participar en una sesión de telemedicina, no se tomarán medidas en mi contra que causen un retraso en mi atención y que aún pueda continuar con la consulta cara a cara.

Entiendo que los registros médicos de los servicios de telemedicina se mantendrán en nuestras instalaciones en el mismo formato que los registros de visitas en persona.

\_\_\_\_\_ Entiendo que cada visita de telemedicina se programará y que cada sesión de videoconferencia será iniciada únicamente por el consultorio del médico. Entiendo que el Dr. WONGSA y el personal de la oficina NO estarán monitoreando nuestras plataformas de telecomunicaciones para preguntas médicas urgentes. Todas las preguntas médicas deben dirigirse a nuestro número de teléfono 281-897-1122.

\_\_\_\_\_ Entiendo que, como con cualquier tecnología, la telemedicina tiene sus limitaciones. **No hay garantía, por lo tanto, de que esta sesión de telemedicina elimine la necesidad de que vea al Dr. Peggy WONGSA u otros especialistas médicos en persona.**

\_\_\_\_\_ Entiendo que la telemedicina solo funciona con ciertos tipos de visitas / condiciones. **Dr. WONGSA será el único que decidirá qué tipo de condición puede evaluarse o tratarse a través de la telemedicina.**

\_\_\_\_\_ Entiendo que la tarifa por telemedicina es de \$ 40.00 por sesión. Estoy de acuerdo en hacer el pago de este servicio por teléfono con tarjeta de crédito antes de cada sesión de telemedicina.

Pacientes con seguro: Intentaremos verificar los beneficios de telemedicina con su plan de seguro antes de la visita programada; sin embargo, los beneficios citados pueden no coincidir con la cobertura real. Cualquier diferencia en los montos permitidos y la responsabilidad del paciente se le facturarán o reembolsarán después de que se haya procesado el reclamo. **Es posible que se le facturen cantidades adicionales después de la visita de acuerdo con la forma en que su plan de seguro procese el reclamo.**

Pacientes Medicaid: La telemedicina es un beneficio cubierto de Texas Medicaid. Sin embargo, si el paciente no es elegible en el momento del servicio, el paciente debe aceptar pagar el monto del pago por cuenta propia del servicio. Le facturaremos a su plan de Medicaid por el servicio de telemedicina. Si la adjudicación muestra que el servicio no es un beneficio cubierto, usted será responsable de la tarifa de telemedicina.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telemedicina, la he discutido con mi médico o con los asistentes que se designen, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de telemedicina en mi atención médica. He tenido la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de la oficina.

---

FIRMA

Fecha

---

Tu nombre

Relación con el paciente

**NUEVO PACIENTE CUESTIONARIO**  
(Padres de llenar la forma para niño/a)

El Nombre del la mama \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nombre del niño/a \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Grafico No. \_\_\_\_\_  
 El nombre del papa \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_

If adults in the household works outside the home, what child care arrangements are made for this child? \_\_\_\_\_

**A. EMBARAZO Y DAR A LUZ:**

1. La edad de la mama hadar a luz \_\_\_\_\_
  2. Durante el embarazo usted se enfermo? Si No
  3. Usted tomo medicina parte de las vitaminas y hiero? Si No
  4. Su Bebe nació a tiempo? Si No
  5. Cuando peso al nacer? \_\_\_\_\_
  6. Su bebe no tuvo dificultades al principiò respirando? Si No
  7. En le hospital el bebe no tuvo problemas por ejemplo ?  
(ictericia, infección, otros) Si No
- A Cuales? \_\_\_\_\_

1. Su Niño/a a tenido infección en los oídos? Si No
2. Problemas de los ojos? Si No
3. El/Ella a tenido problemas con los dientes? Si No
4. El/Ella frecuentemente le dado la tos o dolor de garganta? Si No
5. El/Ella tiene asma, neumonía, o tos recurrente? Si No
6. El/ella tiene sopló cardíaco, o problemas con del corazón Si No
7. Problemas con el miccion? Si No
8. Problema con Diarrea o estreñimiento? Si No
9. A tenido convulsión o otros problemas de sistema nervioso?  
Si No
10. Problema con eccema, urticaria o problema con la piel?  
Si No
11. El/ella a tenido Enemic? Si No
12. Por Favor lista otros problemas medico: \_\_\_\_\_

**B. PASADO MEDICAL:**

1. Donde a ido niño/a hacer se los chequeos asta horita? \_\_\_\_\_
2. Fecha de la ultimaves que se hizo los chequeos: \_\_\_\_\_
3. La ultimaves que fue haber el dentista \_\_\_\_\_
4. Su niño/a no es alérgico a medicamento, comida,  
Picaduras de Insectos? Si No
5. Su niño/a es alérgico a las vacunas? Si No  
A Cuales? \_\_\_\_\_
6. Otro Hospital a parte de donde nació? Si No  
Donde y Para que? \_\_\_\_\_
7. Cualquier accidenté? Si No  
Que tipo? \_\_\_\_\_
8. Esta tomando medicina regularmente Si No  
Que tipo? \_\_\_\_\_

**F. ACTUACION/EVOLUCION:**

1. A que edad niño/a se comeso a sentarse solo/a? \_\_\_\_\_
2. A que edad el/ella comeso a caminar? \_\_\_\_\_
3. Cuando niño/a tenia uno ano ½ en cualquier momento disia  
palabras? Si No
4. Como se comporta su niño/a con niños/a de su edad?  
\_\_\_\_\_
5. El/ella tiene problema durmiendo? Si No
6. En que grado esta niño/a horita? \_\_\_\_\_
7. Tiene el/ella problemas en la escuela? Si No
8. El/ella se comporta bien con otros niños/niñas? Si No
9. Circular si el/Ella tiene los siguientes problemas: comerse las  
unas, chupar el dedo gordo, mojar la cama, mal carácter, mal  
carácter, problemas entrenamiento al excusado, hiperactividad,  
pesadilla, problemas hablado, problema disciplina, otros \_\_\_\_\_

**C. HISTORIA FAMILIAR:**

1. Los Padres del Niño/a están en buena salu? Si No
2. Circular cualquier enfermedad que el niño /a padres;  
abuelos, hermanas, o tías y tíos que tengan:  
anemia, asma, alergias, diabetes, alta presión, problemas  
de corazón, tuberculosis, enfermedad mental, problemas con  
drogas problemas de alcohol, enfermedad heredado, venéreo  
cáncer, sida, o demás \_\_\_\_\_
3. Lista las edad, sexo, y salu general de hermanos y hermanas.  
\_\_\_\_\_
4. Nicunos de sus hijos a muerdo? Si No

**G. SIGURIDAD/ALREDEDORES:**

1. Usted vive en  
casa, apartamento, tráela de casa, otro? (CIRCULAR)
2. Usted sabe la temperatura de agua caliente de las pipas?  
Si No
3. El detecto de humos esta trabajado en cada piso de la casa?  
Si No
4. Su niño/a siempre usa el cinturón cuando conducir?  
Si No
5. En su casa no ay personas que fuma? Si No
6. Tiene problemas a la condición de su casa?  
(ratas, insectos,) Si No
7. Su niño/a siempre usa casco cuando usa la bicicleta?  
Si No

**D. ALIMENTACION Y NUTRICION:**

1. El/Ella su apetito siempre esta bien? Si No
2. Esta bien hora su apetito? Si No
3. A tupito cólico o problemas háleme dando durante los  
primeros meses? Si No
4. Cualquier comida le asido mal a el/ella? Si No
5. Los pasado 6meses le daba pecho o biberón? \_\_\_\_\_
6. Esta todavía en formula y Qua les la que usa? \_\_\_\_\_
7. El. / Ella están tomando vitaminas? Si No

**E. REPASAR EL SISTEMA:**

- H. USTED TIENE RECOR DE LAS VACUNAS? Si No**