



Sergio J. Jacinto, M.D., P.A.

Pediatric Neurology

4507 N. Armenia Avenue – Tampa, FL 33603
244 S. Moon Avenue (Suite 240) – Brandon, FL 33511
Telephone: (813)876-4100 • Fax: (813)876-4153

FECHA DE HOY: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ SSN: ___ - ___ - ___

SEXO: Masculino Femenino ETNICIDAD: Hispano No-Hispano

RAZA: Indio Americano Asiatico Negro/Afroamericano Hispano Blanco Hawaiano Nativo

TELÉFONO PRINCIPAL: _____ TELÉFONO SECUNDARIO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

DOCTOR PRIMARIO: _____ TELÉFONO: _____

ESCUELA: _____ CONDADO: _____ GRADO: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES

¿Quién tiene la custodia legal del paciente? Padres Solo madre Solo padre *Padre adoptivo *Otro

Si marcó un cuadro con un (*) delante, TIENEN que presentar la documentación apropiada antes de la visita

NOMBRE DE MADRE/TUTOR LEGAL: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

SSN: ___ - ___ - ___ IDIOMA PREFERIDO: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

TELÉFONO: _____ DIRECCIÓN (si es diferente al del paciente): _____

EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

NOMBRE DE PADRE/TUTOR LEGAL: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

SSN: ___ - ___ - ___ IDIOMA PREFERIDO: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

TELÉFONO: _____ DIRECCIÓN (si es diferente al del paciente): _____

EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO: _____ NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ GRUPO: _____

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN (si es diferente al del paciente): _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

SEGURO SECUNDARIO: _____ NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ GRUPO: _____

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN (si es diferente al del paciente): _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

INFORMACIÓN DE FARMACIA

NOMBRE DE FARMACIA: _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____

DIRECCIÓN o CALLES CRUZADAS: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____



Sergio J. Jacinto, M.D., P.A.

Pediatric Neurology

4507 N. Armenia Avenue – Tampa, FL 33603
244 S. Moon Avenue (Suite 240) – Brandon, FL 33511
Telephone: (813)876-4100 • Fax: (813)876-4153

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY: _____

Es debido a un accidente de auto: NO SÍ (Si las respuesta es sí, responda las siguientes preguntas)

Que fecha ocurrió el accidente: ____/____/____

Hay abogados involucrados: NO SÍ Nombre del abogado: _____ Teléfono: _____

INMUNIZACIONES

Estan al dia: NO SÍ – Si no, explique: _____

HOSPITALIZACIONES

Fecha: ____/____/____ Hospital: _____ Razón: _____

Fecha: ____/____/____ Hospital: _____ Razón: _____

Fecha: ____/____/____ Hospital: _____ Razón: _____

CIRUGÍAS

Fecha: ____/____/____ Descripción De La Cirugía: _____

Fecha: ____/____/____ Descripción De La Cirugía: _____

Fecha: ____/____/____ Descripción De La Cirugía: _____

ALERGIAS

Medicación: _____ Comida: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

MEDICAMENTOS ANTERIORES

Nombre: _____ Razón Por Descontinuar: _____

Nombre: _____ Razón Por Descontinuar: _____

Nombre: _____ Razón Por Descontinuar: _____

HISTORIA DE NACIMIENTO

Tipo De Nacimiento: Vaginal Vaginal Con Pinzas De Ayuda Vaginal A Través De Asistencia De Vacío Cesárea

Peso De Nacimiento: _____ Edad Gestacional (Semanas): _____ Si Prematuro, Cuántas Semanas: _____

Cuánto Tiempo Estuvo En El Hospital/UCIN: _____

Complicaciones Durante El Embarazo: _____

Complicaciones Fetales: _____



Sergio J. Jacinto, M.D., P.A.

Pediatric Neurology

4507 N. Armenia Avenue – Tampa, FL 33603
244 S. Moon Avenue (Suite 240) – Brandon, FL 33511
Telephone: (813)876-4100 • Fax: (813)876-4153

CERTIFICACIÓN DE SEGURO PARA PAGO

Asignación de Beneficios

Yo, _____, padre/tutor legal de _____ autorizo el pago de beneficios médicos al Dr. Sergio J. Jacinto, M.D., P.A., por los servicios profesionales rendido.

Liberación de información:

Autorizo el lanzamiento de todos los registros médicos y/o otra información sobre el tratamiento de mi hijo para hospitalizaciones y/o atención externa, incluido el tratamiento psicológico/psiquiátrico, abuso de drogas, alcoholismo, anemia falciforme, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), humanos virus de inmunodeficiencia (VIH) y cualquier otra prueba/información que pueda comprometerme y que pueda ser necesaria para procesar los reclamos médicos. Entiendo que esta autorización puede ser anulada por mí en cualquier momento mediante notificación por escrito.

Escriba el Nombre del Padre/Tutor Legal

Firma del Padre/Tutor Legal

Relación al Paciente

Fecha

POLÍTICA FINANCIERA

El Dr. Sergio J. Jacinto y su personal desean darle la bienvenida a nuestra práctica. Nos comprometemos a brindarle la mejor atención posible y nos complace explicar nuestras tarifas profesionales con usted en cualquier momento. Solicitamos su ayuda cooperando con nuestra política financiera.

Lea esta política y firme abajo para confirmar que comprende lo siguiente:

- Un padre/tutor legal **TIENE QUE** acompañar a los menores. Cualquier tratamiento que no sea de emergencia será **DENEGADA** a menores que no estén acompañados.
- Todos los pacientes **TIENE QUE** completar nuestro "Paquete de información para el paciente nuevo" antes de ser tratado por el médico.
- Nuestra oficina participa con múltiples compañías de seguros; pero, es su responsabilidad comprender los requisitos y los beneficios cubiertos de su plan.
- Es su responsabilidad proporcionar cobertura de seguro actual antes de ser atendido.
- Si su compañía de seguros requiere que obtenga un referido y/o autorización para ser visto por un especialista, es su responsabilidad comunicarse con su doctor primario para obtener una antes de ser atendido.
- Si no hemos recibido su referencia y/o autorización antes de ser atendido, su cita será reprogramada o se le considerará un paciente que paga por su cuenta, ya que su compañía de seguros no cubrirá la cita.
- Todos los pagos, como los copagos/deducibles/coseguros/saldos, se cobrarán en su totalidad antes de ser vistos a menos que se hayan hecho arreglos de pago con nuestra oficina.
- Usted es responsable de cualquier reclamo no cubierto y/o denegado. Si su compañía de seguros rechaza un reclamo o declara que era un servicio no cubierto por su plan, recibirá un estado de cuenta de los cargos rechazados y el pago se realizará dentro de los 30 días de la fecha del estado de cuenta.
- Su cuenta **TIENE QUE** mantenerse actualizada. Cualquier saldo de más de 90 días se enviará a colecciones.
- Si tiene un crédito en su cuenta, su reembolso sera emitido dentro de 6-8 semanas de la fecha solicitada, si no hay reclamos de seguro pendientes.

TODOS LOS CAMBIOS A SU SEGURO DEBEN SER INFORMADOS A NUESTRA OFICINA 24 HORAS ANTES DE SU CITA PROGRAMADA.

*** ¡Su plan de seguro es un contrato entre usted y ellos! Presentamos reclamos médicos como cortesía a nuestros pacientes. No nos involucraremos en disputas entre usted y su compañía de seguros con respecto a copagos, coseguros, deducibles y cargos no cubiertos. ***

Escriba el Nombre del Padre/Tutor Legal

Firma del Padre/Tutor Legal

Relación al Paciente

Fecha



Sergio J. Jacinto, M.D., P.A.

Pediatric Neurology

4507 N. Armenia Avenue – Tampa, FL 33603

244 S. Moon Avenue (Suite 240) – Brandon, FL 33511

Telephone: (813)876-4100 • Fax: (813)876-4153

POLÍTICAS DE OFICINA

Lea las políticas de nuestra oficina que están listadas abajo. Una vez que haya leído y entendido nuestras políticas iniciales junto a cada una, imprima, firme y feche la parte inferior de este formulario.

- Si llega más de 15 minutos después de la hora de su cita programada sin notificar a nuestra oficina, su cita será cambiada.
- Es su responsabilidad cancelar o cambiar su cita programada 24 horas antes de esa cita programada.
- Si su cita no es cancelada o cambiada dentro de las 24 horas antes de su cita programada, se le cobrará una tarifa de \$35.00. **¡ESTA TARIFA TIENE QUE SER PAGADA ANTES DE SU PRÓXIMA CITA!**
- Si "fallas" su cita programada se le cobrará una tarifa de \$35.00. **¡ESTA TARIFA TIENE QUE SER PAGADA ANTES DE SU PRÓXIMA CITA!**
- Si reprograma, cancela o no llega a su cita programada y le estamos prescribiendo medicamentos a su hijo, no recibirá un reabastecimiento hasta que se vuelva ver. **RECUERDE QUE A VECES ESTAMOS PROGRAMANDO CITAS DE SEGUIMIENTO DE 2-3 MESES!**
- Después de la tercera reprogramación, cancelación, pérdida de cita, le damos alta de nuestra práctica ya que no podemos atender adecuadamente las necesidades de atención médica de su hijo en estas circunstancias.
- Los registros médicos tienen que solicitarse por escrito. Son \$1.00 por página. Tenemos hasta 30 días para suministrarle los registros médicos solicitados.
- Los copagos, saldos, deducibles y coseguros se tienen que pagar antes de ser tratados (más información se encuentra en nuestra Política financiera).
- Hay un cargo de \$35.00 por completar formas, como formularios de discapacidad, formas de FMLA o cartas que nuestra oficina tiene que hacer. Esta tarifa se paga antes de completar la documentación. **TENEMOS HASTA 14 DÍAS PARA COMPLETAR LAS FORMAS/CARTAS PEDIDAS.**

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

Escriba el Nombre del Padre/Tutor Legal

Firma del Padre/Tutor Legal

Relación al Paciente

Fecha



Sergio J. Jacinto, M.D., P.A.

Pediatric Neurology

4507 N. Armenia Avenue – Tampa, FL 33603

244 S. Moon Avenue (Suite 240) – Brandon, FL 33511

Telephone: (813)876-4100 • Fax: (813)876-4153

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted/o su hijo. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Tiene derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar en cualquier momento. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos cómo se usa o divulga la información médica protegida sobre usted/o su hijo para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted, sus padres o su tutor legal. Sin embargo, tal revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos realizado en virtud de su consentimiento previo. Nuestra práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA).

El paciente, padre, tutor legal entiende que:

- La información médica protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operación de atención médica.
- Nuestra práctica tiene un Aviso de práctica de privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisar el aviso en cualquier momento.
- Nuestra práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Políticas de Privacidad en cualquier momento.
- El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero nuestra práctica no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y se suspenderán todas las divulgaciones futuras.
- Nuestra práctica puede condicionar el tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

Escriba el Nombre del Padre/Tutor Legal

Firma del Padre/Tutor Legal

Relación al Paciente

Fecha



Sergio J. Jacinto, M.D., P.A.

Pediatric Neurology

4507 N. Armenia Avenue – Tampa, FL 33603

244 S. Moon Avenue (Suite 240) – Brandon, FL 33511

Telephone: (813)876-4100 • Fax: (813)876-4153

AVISO HIPAA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EFFECTIVO: 23 DE SEPTIEMBRE DE 2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR, DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED/O SU HIJO Y COMO USTED PUEDE OBTENER ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE Y AL FINAL ASEGÚRESE DE LLENAR NUESTRO "RECONOCIMIENTO DEL RECIBO"

Este Aviso se le proporciona de conformidad con la Ley de Accesibilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 y sus reglamentos de implementación (HIPAA). Está diseñado para decirle cómo podemos, bajo la ley federal, usar o divulgar su información de salud. Se ha actualizado a los requisitos de la regla omnibus de HITECH.

1. Tus derechos:

- Tiene derecho a solicitar restricciones sobre los usos y la divulgación de su información de salud. Pero, no estamos obligados a cumplir con todas las solicitudes. Se le permite restringir la transmisión de los cargos de atención médica a su compañía de seguros si paga esos servicios, en su totalidad, por otros medios.
- Tiene derecho a recibir su información de salud a través de medios confidenciales y de manera razonable conveniente para usted y para nosotros
- Tiene derecho a inspeccionar una copia su información de salud. Puede solicitar sus registros en formato digital y hacer que sus registros se envíen digitalmente a otro proveedor con autorización por escrito.
- Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información de salud que este incorrecta o incompleta. No estamos obligados a cambiar su información de salud y le proporcionaremos información sobre nuestro rechazo y cómo puede estar en desacuerdo con este rechazo.
- Tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su Información de salud realizadas por nosotros, excepto que no tenemos que dar cuenta de las divulgaciones: autorizadas por usted; hecho para tratamiento, pago, operaciones de atención médica; proporcionado a usted; proporcionado en respuesta a una Autorización; hecho para notificar y comunicarse con un miembro de la familia aprobado; y/o para ciertas funciones del gobierno, por nombrar algunas.
- Se le ha proporcionado una copia impresa de este Aviso de prácticas de privacidad. Si desea obtener una explicación más detallada de estos derechos o si desea ejercer uno o más de estos derechos, comuníquese con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA al (813) 876-4100.

2. Podemos usar o divulgar su información de salud por razones de tratamiento, pago o operaciones de atención médica sin obtener su autorización previa y aquí hay un ejemplo de cada uno:

- Podemos proporcionar su información de salud a otros profesionales de la salud, incluidos médicos, enfermeras y técnicos - por el motivo de darle atención médica.
- Nuestro departamento de facturación puede acceder a su información y puede enviar partes relevantes a sus compañías de seguros para permitirnos que se nos pague por los servicios que le dimos a usted/o su hijo.
- Podemos acceder o enviar su información a nuestros abogados o contadores en caso de que necesitemos la información para abordar una de nuestras propias funciones comerciales. Nuestros abogados y contadores están obligado a mantener la confidencialidad cuando reciben información del paciente.

3. También podemos usar o divulgar su información de salud bajo ciertas circunstancias sin obtener sus autorizaciones previas. Sin embargo, en general, intentaremos asegurarnos de que se le haya informado sobre el uso o divulgación de su información de salud antes de proporcionarla a otra persona. Algunos casos en los que es posible que necesitemos divulgar información incluyen, entre otros:

- Para notificar y/o comunicarse con su familia. Solo nos comunicaremos con las personas con las que estamos autorizados a comunicarnos en función de que complete el formulario de Autorización de Liberación, según lo exija la ley.
- Para actividades de salud. Podemos usar o divulgar su información de salud a agencias de servicios de salud durante el curso de auditorías, investigaciones, certificación y otros procedimientos.
- En respuesta a citaciones civiles o para procedimientos administrativos judiciales: podemos usar o divulgar su información de salud según lo indicado, en el curso de cualquier procedimiento civil administrativo o judicial.
- Al personal de las fuerzas del orden público: podemos usar o divulgar su información de salud a un funcionario de las fuerzas del orden público para cumplir con una orden judicial o una citación del gran jurado y otros propósitos de la ley.
- Para propósito de donación de órganos: podemos usar o divulgar su información de salud con el propósito de comunicarnos con organizaciones involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos y tejidos.
- Para la compensación del trabajador: podemos usar o divulgar su información de salud según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación del trabajador.

4. Para todas las demás circunstancias:

Solo podemos usar y divulgar su información de salud después de que haya firmado una autorización. Si nos autoriza a usar o divulgar su información de salud para otro propósito, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento:



Sergio J. Jacinto, M.D., P.A.

Pediatric Neurology

4507 N. Armenia Avenue – Tampa, FL 33603

244 S. Moon Avenue (Suite 240) – Brandon, FL 33511

Telephone: (813)876-4100 • Fax: (813)876-4153

- Recaudación de fondos: si nuestra práctica utiliza la información del paciente para la recaudación de fondos, informaremos a las personas que tienen derecho a optar por no recibir solicitudes de recaudación de fondos y explicaremos ese proceso. Usted tiene la capacidad de volver a participar con un aviso por escrito.
 - Comercialización: en caso de que nuestra práctica utilice información con fines comerciales, primero obtendremos su autorización por escrito y explicaremos por completo los usos y divulgaciones de PHI para fines comerciales y las divulgaciones que constituyan una venta de PHI requerirán una autorización por escrito por separado.
 - Uso o divulgación de notas de psicoterapia: se requiere autorización por escrito si nuestra práctica tiene la intención de usar o divulgar notas de psicoterapia.
 - Aviso de incumplimiento: se informará a todos los pacientes si hay un incumplimiento, según lo definido por las normas federales, de su información de salud protegida no asegurada según lo exigen las regulaciones de HIPAA.
 - Derecho a solicitar restricciones para divulgaciones relacionadas con el autopago: se requiere que nuestra práctica cumpla con una solicitud de no divulgar información de salud a un plan de salud para el tratamiento cuando la persona ha pagado de su bolsillo por un artículo de atención médica o servicio y firmó nuestro formulario "No presentar seguro".
- 5. Se le debe informar que también podemos usar o divulgar su información de salud para los siguientes propósitos:**
- Recordatorios de citas: podemos usar su información de salud para comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas o para brindarle información sobre otros tratamientos o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
 - Cambio de titularidad: en caso de que nuestra práctica se venda o se fusione con otra organización, su información/registros de salud pasarán a ser propiedad del nuevo propietario.
- 6. Nuestros deberes:**
- La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud y proporcionarle una copia de este aviso.
 - También estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso.
 - Nos reservamos el derecho de modificar este aviso en cualquier momento en el futuro y hacer que las nuevas disposiciones del aviso sean aplicables a toda su Información de salud, incluso si se creó antes del cambio en el aviso. Si se realiza una enmienda que cambie materialmente este aviso, le enviaremos una copia actualizada.
- 7. Quejas a nuestra práctica y al gobierno:**
- Puede presentar quejas a nuestro Oficial de Privacidad de HIPAA o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) si cree que se han violado sus derechos.
 - Revisaremos todas las quejas de manera profesional y lo mantendremos informado de sus derechos como nuestro paciente.
 - Prometemos no tomar represalias contra usted por cualquier queja que haga sobre nuestras prácticas de privacidad.
- 8. Información de contacto:**
- Puede comunicarse con nosotros sobre nuestras prácticas de privacidad o presentar una queja llamando a nuestro Oficial de Privacidad al (813) 876-4100.
 - Puede comunicarse con DHHS en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; Teléfono: (202) 619-0257, número gratuito: 1-877-696-6775.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE NORMAS DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

*** Puede negarse a firmar este reconocimiento ***

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.

Escriba el Nombre del Padre/Tutor Legal

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del paciente

Escriba el Nombre del Padre/Tutor Legal

Firma del Padre/Tutor Legal

Relación al Paciente

Fecha de Hoy

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el acuse de recibo porque:

- El individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación prohibidas para obtener el reconocimiento
- Una emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
- Otro (especifique): _____



Sergio J. Jacinto, M.D., P.A.

Pediatric Neurology

4507 N. Armenia Avenue – Tampa, FL 33603

244 S. Moon Avenue (Suite 240) – Brandon, FL 33511

Telephone: (813)876-4100 • Fax: (813)876-4153

*****INTENCIONALMENTE DEJADA EN BLANCO*****



Sergio J. Jacinto, M.D., P.A.

Pediatric Neurology

4507 N. Armenia Avenue – Tampa, FL 33603

244 S. Moon Avenue (Suite 240) – Brandon, FL 33511

Telephone: (813)876-4100 • Fax: (813)876-4153

*****SÓLO PARA USO DE OFICINA*****

Height:
Weight:
Temp:
SpO2:
HR:
HC:
BP: