



Sunrise Pediatrics

SunrisePediatricsLasVegas.com

Maryland Office: (702) 254-KIDS (5437)

Rainbow Office: (702) 361-KIDS (5437)

Smoke Ranch Office: (702) 820-KIDS (5437)

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente: _____

Primero

medio

Apellido

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Género: M / F

Nombre de la madre: _____

Nombre del Padre: _____

Dirección principal: _____ Apt # _____

Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Otro: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Idioma preferido: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Relación con el paciente: Self Mother Father Otro: _____

Compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Empleador: _____



Sunrise Pediatrics

SunrisePediatricsLasVegas.com

Maryland Office: (702) 254-KIDS (5437)

Rainbow Office: (702) 361-KIDS (5437)

Smoke Ranch Office: (702) 820-KIDS (5437)

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____

Relación con el paciente: Self Mother Father Otro: _____

Compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Empleador: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

FARMACIA

Farmacia Preferida: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

Dirección de farmacia o calles cruzadas: _____



Sunrise Pediatrics

SunrisePediatricsLasVegas.com

Maryland Office: (702) 254-KIDS (5437)

Rainbow Office: (702) 361-KIDS (5437)

Smoke Ranch Office: (702) 820-KIDS (5437)

Imprimir nombre del representante del paciente

Relación con el paciente

RECIBO DE RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD PRÁCTICAS

Por la presente reconozco que se me ofreció leer o llevar conmigo una copia de la Política de Privacidad emitida por Sunrise Pediatrics, en la fecha indicada a continuación. Entiendo que puedo pedir una copia en cualquier momento.

Para respetar su privacidad, cuéntenos cómo podemos contactarlo:

Inicio / Celular:

- Puede dejar un mensaje con las siguientes personas si no estoy disponible: _____
- Puede dejar INFORMACIÓN DETALLADA en mi correo de voz.
- Puede dejar su NOMBRE y NÚMERO DE TELÉFONO SOLAMENTE en mi correo de voz y devolveré su llamada.

Teléfono del trabajo:

- Puedes llamar a mi lugar de trabajo.
- Puede dejar INFORMACIÓN DETALLADA en el correo de voz de mi trabajo.
- Puede dejar su NOMBRE y NÚMERO DE TELÉFONO SOLAMENTE en mi correo de voz de trabajo y devolveré su llamada.
- NO puedes llamar a mi lugar de trabajo.

Indique los padres, la familia, los amigos, el cuidador, etc. con los que podamos comunicarnos con respecto a la información médica y financiera personal de su hijo. Esto incluirá, entre otros, los resultados de las pruebas, las fechas y horarios de las citas y la información de facturación. Solo los nombres que se enumeran a continuación podrán recibir su información. No incluya a sus médicos en esta lista.

- | | |
|----------|-----------------|
| 1. _____ | Teléfono: _____ |
| 2. _____ | Teléfono: _____ |
| 3. _____ | Teléfono: _____ |
| 4. _____ | Teléfono: _____ |

A menos que nos notifique por escrito lo contrario, las personas mencionadas anteriormente siempre podrán recibir información sobre usted.

Firma del representante del paciente

Fecha



Sunrise Pediatrics

SunrisePediatricsLasVegas.com

Maryland Office: (702) 254-KIDS (5437)

Rainbow Office: (702) 361-KIDS (5437)

Smoke Ranch Office: (702) 820-KIDS (5437)

SOLICITUD DE TRATAMIENTO Y VERIFICACIÓN DEL SEGURO

Esto es para certificar que autorizo a Sunrise Pediatrics a presentar reclamos a mi (s) compañía (s) de seguros por los servicios que me prestó el Dr. Sanjay Kandoth o cualquiera de sus proveedores médicos. Certifico que la información que he informado con respecto a mi compañía de seguros es correcta y entiendo que soy responsable de notificar a Sunrise Pediatrics si mi compañía de seguros cambia, los beneficios se cancelan o si la cobertura que he informado es incorrecta. Entiendo y acepto que es mi responsabilidad comprender los beneficios de mi plan de seguro y que si no lo hago, podría resultar en un pago menor o sin pago alguno por parte de mi (s) aseguradora (s). Entiendo y acepto que, en última instancia, soy responsable de los pagos en su totalidad por todos los servicios que he recibido de Sunrise Pediatrics.

Si se requiere una referencia, entiendo que es MI responsabilidad obtener toda la documentación requerida por cualquier compañía de seguros o agente de reembolsos para determinar los beneficios pagaderos.

_____ Iniciales de padres / tutores

PAGO A TIEMPO LOS SERVICIOS SON RENDIDOS

Entiendo que el pago de la factura estimada se realizará en el momento en que se presten los servicios. Entiendo que mi factura estimada se proporcionará antes de salir de la oficina y detallaré mis gastos de bolsillo esperados según el cronograma de tarifas contractuales de Sunrise Pediatrics con mi aseguradora y los detalles de mi plan de seguro en particular. La factura estimada detallará todos los deducibles, copagos y coseguros que se espera que le adeude a Sunrise Pediatrics. Se prevé que mi Explicación de beneficios detallará estos cargos después de la presentación de mi reclamo. Mi pago estimado podría resultar en un pago insuficiente o en exceso en función de la determinación de mi aseguradora sobre el reclamo presentado. Si ocurre un pago insuficiente, entiendo que se me cobrará el resto. Sunrise Pediatrics emitirá un reembolso inmediato por cualquier pago en exceso realizado por mí.

_____ Iniciales de padres / tutores



Sunrise Pediatrics

SunrisePediatricsLasVegas.com

Maryland Office: (702) 254-KIDS (5437)

Rainbow Office: (702) 361-KIDS (5437)

Smoke Ranch Office: (702) 820-KIDS (5437)

POLÍTICA FINANCIERA

Sunrise Pediatrics, se dedica a proporcionar a nuestros pacientes la mejor atención posible. Le pedimos su ayuda entendiendo y cooperando con nuestra política financiera. Debemos enfatizar que como médicos, nuestra relación está con usted, NO con su compañía de seguros. Si bien la presentación de reclamos de seguros es una cortesía que ofrecemos a nuestros pacientes, todos los cargos son estrictamente su responsabilidad. Somos conscientes de que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago puntual de su cuenta. Si surgen tales problemas, lo alentamos a contactarnos rápidamente para recibir asistencia en la administración de su cuenta.

SEGUROS: Participamos con muchas compañías de seguros. Consulte con el personal de la oficina para ver si participamos con su plan de seguro. Si participamos con su compañía de seguros, se presentarán todos los servicios prestados en nuestra oficina, a menos que hayamos recibido una notificación previa de servicios no cubiertos. Todos los copagos, deducibles y coseguros son su responsabilidad y vencimiento en el momento del servicio.

CO-PAYS Y SALDOS PENDIENTES:

Todos los copagos vencen al momento del servicio. Todos los saldos pendientes en las cuentas vencen en el momento del servicio.

INCAPACIDAD Y OTRAS FORMAS DE SEGURO COMPLEMENTO :

Nuestra oficina completará su discapacidad u otros formularios de reclamo de seguro. La tarifa de cada formulario es de \$ 15 y se debe pagar por adelantado antes de completar su formulario. POR FAVOR, PERMITA 7-10 días hábiles para completar sus formularios de discapacidad.

CHEQUES DEVUELTOS POR FONDOS INSUFICIENTES:

Si recibimos un cheque devuelto por fondos insuficientes, inmediatamente revertiremos el pago en su cuenta y también le cobraremos una tarifa de \$ 25 a su cuenta.

CUENTAS DE COLECCIÓN:

Nuestra oficina hará todo lo posible por comunicarse con usted acerca de su cuenta y le presentará opciones razonables para el pago. En caso de que no se pague una factura sin ponerse en contacto con el departamento de facturación para analizar las opciones de pago, la cuenta se transferirá a las cobranzas. Si su cuenta se envía a nuestra agencia de cobro, se puede agregar un cargo de cobro del 30% del monto adeudado al saldo de su cuenta. En caso de que su cuenta sea entregada a un abogado, usted será responsable de todos los honorarios del abogado más los costos del tribunal.



Sunrise Pediatrics

SunrisePediatricsLasVegas.com

Maryland Office: (702) 254-KIDS (5437)

Rainbow Office: (702) 361-KIDS (5437)

Smoke Ranch Office: (702) 820-KIDS (5437)

POLÍTICA DE AUTOPAGO:

El pago se espera en el momento del servicio. Es posible que haya descuentos por pronto pago, consulte con el personal de facturación para obtener más detalles.

HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LA POLÍTICA FINANCIERA ESTABLECIDA POR SUNRISE PEDIATRICS, Y ACEPTO LOS TÉRMINOS DE ESTA POLÍTICA FINANCIERA. TAMBIÉN ENTIENDO Y ACEPTO QUE LOS TÉRMINOS DE LA POLÍTICA FINANCIERA PUEDEN SER ENMENDADOS POR LA PRÁCTICA EN CUALQUIER MOMENTO SIN PREVIA NOTIFICACIÓN AL PACIENTE.

Firma del paciente / tutor

Fecha



Sunrise Pediatrics

SunrisePediatricsLasVegas.com

Maryland Office: (702) 254-KIDS (5437)

Rainbow Office: (702) 361-KIDS (5437)

Smoke Ranch Office: (702) 820-KIDS (5437)

HISTORIA DEL PACIENTE

Motivo (s) principal (es) para la visita? (Quejas y síntomas) Enumere tantos como pueda en orden de importancia.

- 1) _____ duración del tiempo: _____
- 2) _____ duración del tiempo: _____
- 3) _____ duración del tiempo: _____
- 4) _____ duración del tiempo: _____

Otros problemas de salud: _____

¿Su hijo tiene una enfermedad contagiosa en este momento? SI NO

TRAUMAS, ACCIDENTES, HOSPITALIZACIONES, CIRUGÍAS Fecha ¿Qué sucedió? ¿Salir?

¿Comentarios?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

ALERGIAS ¿Su hijo es hipersensible o alérgico a (alimentos, drogas, ambiente?)

- 1) _____ Reacción: _____
- 2) _____ Reacción: _____
- 3) _____ Reacción: _____

HISTORIA FAMILIAR Marque con un círculo si existe algún historial de las siguientes afecciones en su familia: alergias

asma

cáncer

depresión

diabetes

eczema

enfermedad del corazón

colesterol alto

alta presión sanguínea

enfermedad del riñón

enfermedad mental

Convulsiones

Muerte de hermanos

Otro: _____



Sunrise Pediatrics

SunrisePediatricsLasVegas.com

Maryland Office: (702) 254-KIDS (5437)

Rainbow Office: (702) 361-KIDS (5437)

Smoke Ranch Office: (702) 820-KIDS (5437)

2 AÑOS DE EDAD Y MÁS JÓVENES SOLAMENTE

HISTORIA DE EMBARAZO ¿Hubo alguna dificultad durante el embarazo? SI NO

Por favor encierre en un círculo las dificultades experimentadas durante el embarazo:

diabetes gestacional enfermedad tiroidea trauma emocional náuseas / vómitos

trauma físico alta presión sanguínea toxemia sangrado amenaza aborto involuntario

Otro: _____

Fue el proceso de nacimiento natural? SI NO

¿Hubo alguna complicación? _____

¿Hubo alguna intervención durante el parto? (es decir, fórceps, medicamentos, epidural, inducción, cesárea, etc.)

¿Hubo algún problema después del nacimiento? _____

HISTORIAL DE SALUD ¿Su hijo fue amamantado? SÍ / NO ¿Cuánto tiempo? _____

¿Algún vómito de leche materna? SI NO

¿Se usó la fórmula? SÍ / NO ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Fue fórmula de soja? _____

¿Qué alimentos se introdujeron primero? _____ ¿Cuándo?

¿Alguna reacción a las comidas presenta? Por favor describa:

¿Cuándo se introdujo la leche de vaca? _____

TODOS LOS PACIENTES

¿Hay algo que excluyas de la dieta de tu hijo? _____

¿Su hijo es quisquilloso? Si es así, por favor explique:

¿Tiene su hijo alguna comida particular que le gusta o no le gusta?

¿Cuánto bebe su hijo? _____ ¿Qué beben? _____

¿Cuándo logró su hijo los hitos del desarrollo? por favor circula: media temprana tarde

¿Cuántas horas de sueño recibe su hijo por noche? _____ ¿Es relajante? _____ ¿Su

hijo recibe medicamentos regularmente para bajar la fiebre si hay fiebre? SI NO

¿Cuántas veces ha recibido su niño un curso de Antibióticos? _____

¿Hay algún problema de comportamiento que le preocupe? _____

¿Algún miedo significativo? ¿Terrores nocturnos? Por favor explique: _____



Sunrise Pediatrics

SunrisePediatricsLasVegas.com

Maryland Office: (702) 254-KIDS (5437)

Rainbow Office: (702) 361-KIDS (5437)

Smoke Ranch Office: (702) 820-KIDS (5437)

MEDICAMENTOS / SUPLEMENTOS Enumere cualquier medicamento recetado, medicamentos de venta libre, vitaminas u otros suplementos que su hijo esté tomando.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

ENFERMEDADES ANTERIORES: marque con un círculo si existe un historial de las siguientes afecciones:

alergias asma mojar la cama infecciones de la vejiga bronquitis cavidades varicela crónica
 congestión nasal defectos de coagulación cólicos estreñimiento cápsula caspa infecciones del
 oído ___ epilepsia sudoración excesiva falla para prosperar incontinencia fecal frecuentes
 resfriados faringitis estreptocócica frecuente gases / hinchazón aftas dolores de crecimiento
 dolores de cabeza soplo del corazón hepatitis insomnio ictericia articulación problemas mono
 enfermedad del movimiento terrores nocturnos Parásitos / gusanos pulmonía erupciones
 dolores de estómago amigdalitis Aprox. # ___ Otro: _____

¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes pruebas? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Resultado?

Electroencefalograma (EEG) _____

Evaluación psicológica _____

Pruebas de audición _____

Exámenes de habla / lenguaje _____

INMUNIZACIONES : ¿Ha recibido su hijo vacunas en cualquier otro estado que no sea Nevada? Si no. Si es así, donde: _____

¿Alguna reacción adversa a cualquier vacuna? SÍ / NO En caso afirmativo, describa:

INGESTA TÍPICA DE ALIMENTOS

Desayuno: _____

Almuerzo: _____

Cena: _____

Aperitivos: _____

Beber: _____



Sunrise Pediatrics

SunrisePediatricsLasVegas.com

Maryland Office: (702) 254-KIDS (5437)

Rainbow Office: (702) 361-KIDS (5437)

Smoke Ranch Office: (702) 820-KIDS (5437)

REVISIÓN DE SISTEMAS: marque con un círculo todos los que correspondan:

General: Fiebre, pérdida / ganancia de peso, cambio en el nivel de actividad

Neuro: dolor de cabeza, trauma, pérdida de la conciencia, actividad convulsiva, retrasos en el desarrollo

HEENT: cambio en la visión, la audición, secreción nasal, dolor de oído, dolor de garganta, dolor de cuello

CV: dificultad para respirar, sudoración, cambios de color con la alimentación, dolor en el pecho, palpitaciones, antecedentes recientes de soplo, desmayos o mareos con actividad

Respiratorio: Tos, sibilancia, dificultad para respirar

GI: náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento,

GU: frecuencia, urgencia, sangre en la orina

Endo: sed excesiva, micción excesiva, intolerancia al calor / frío, patrón de crecimiento

MS: dolor en las articulaciones, trauma, flacidez, debilidad

Piel: Erupciones, hematomas

Psicología / comportamiento: pegajoso, quisquilloso, nivel de energía disminuido, hiperactivo