

Bienvenidos a Allied Pediatrics,

Estamos felices de que haya elegido traer a su hijo a nuestra oficina. Hemos preparado este paquete de información para hacer de su primera visita una experiencia cómoda y placentera. Le pedimos que complete esta documentación y la traiga a nuestra oficina, nos la envíe por fax o por correo **antes de su primera visita**. No podremos programar su primera cita hasta que hayamos recibido estos formularios. Nuestra información de contacto está en el membrete de arriba.

Registro del paciente completado

Liberación de registros: por favor complete un formulario de liberación de registros médicos por separado para cada médico que ha visto a su hijo. Necesitamos recibir una copia de los registros médicos de su hijo antes de la primera cita. Si tiene una copia del registro médico de su hijo, tráigalo a la primera cita. Si no tenemos los registros médicos pasados de su hijo antes de su primera cita, no podremos recargar medicamentos, administrar vacunas, o proveer el certificado de vacunas para la escuela en esa visita.

Documentación de Custodia: Si tiene un NIÑO ADOPTIVO o tiene CUSTODIA de un niño, debe traer la documentación que indique este estado antes de su primera cita. Sin la documentación necesaria en su expediente, no podremos ver al niño.

Registro de vacunas

Cuando venga a su cita, por favor traiga lo siguiente y llegue 15 minutos antes:

Tarjeta de seguro médico: si no presenta ninguna tarjeta al momento de su cita, se le pedirá que pague en efectivo o re programe su cita.

Tarjeta de crédito: La póliza de la oficina requiere una tarjeta de crédito registrada en su expediente.

Una lista completa de todos los medicamentos, vitaminas, minerales, suplementos y hierbas incluyendo la concentración y las dosis.

Esté preparado para pagar lo siguiente en el momento de su visita:

- **Co-pago.** Nuestra oficina acepta efectivo, cheques, VISA o Mastercard para el co-pago.
- **Si no tiene seguro médico,** llame a nuestra oficina de facturación y le daremos un estimado de cuál será el costo de la visita. Se espera el pago en el momento del servicio.
- Se espera que los pacientes **sin prueba de seguro médico** paguen los servicios en la fecha del servicio. Si por algún motivo no puede hacerlo, es su responsabilidad hacer los arreglos necesarios para establecer un plan de pago. Los pacientes que no paguen sus facturas serán entregados a una empresa de cobranza y serán despedidos de la práctica.

Esté preparado para pagar posibles cargos adicionales:

- Si a su hijo ya se le ha facturado al seguro médico un chequeo físico de una edad específica (por ejemplo, chequeo físico de 2 meses), habrá **un cargo de \$75** si solicita un chequeo físico adicional no cubierto por su seguro médico.
- Si su hijo necesita un examen físico para la escuela, que normalmente no está cubierto por el seguro médico, habrá **un cargo de \$75** al momento del servicio.

Si su hijo tiene Medicaid TN (TennCare), asegúrese de comunicarse con su compañía de seguro médico y solicitar un cambio del PCP (proveedor de atención primaria).

El horario de atención de nuestra oficina es de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm.

¡Esperamos conocerlos pronto a usted y a su familia!

Sinceramente,

Allied Pediatrics

Patient Demographic Form

¿Cómo se enteró de Allied Pediatrics (elija uno)? How did you hear about Allied Pediatrics (choose one)?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evento comunitario (community event) | <input type="checkbox"/> Feria de salud para empleadores (employer health fair) | |
| <input type="checkbox"/> Hospital (hospital) | <input type="checkbox"/> Clínica de emergencia (urgent care) | |
| <input type="checkbox"/> Publicidad escolar (school advertising) | <input type="checkbox"/> Evento escolar (School event) | |
| <input type="checkbox"/> Especialista en lactancia (lactation specialist) | <input type="checkbox"/> Partera o comadrona (Midwife or doula) | <input type="checkbox"/> Obstetra (OB) |
| <input type="checkbox"/> Amigo (Friend) | <input type="checkbox"/> Familia (Family) | |
| <input type="checkbox"/> Compañía de seguros (Insurance company) | <input type="checkbox"/> Letrero en la calle (Street sign) | |
| <input type="checkbox"/> Anuncio en FB (Ad on Facebook) | <input type="checkbox"/> Evento en Facebook (Facebook event) | |
| <input type="checkbox"/> Amigo en Facebook (Facebook friend) | <input type="checkbox"/> Motor de búsqueda (e.g. Google, Bing) (Search engine) | |

Información del paciente (Patient Information)

Apellido (Last Name) _____ Nombre (First Name) _____ Segundo Nombre
(Middle) _____

Apodo (Nickname) _____ Género (Gender) Masculino (male) Femenino (female)

Fecha de Nacimiento (Date of birth mm/dd/aa) _____ Número de Seguro Social (SSN) _____

Dirección del domicilio (home address) _____ Apt# _____

Ciudad (city) _____ Estado (state) _____ Código postal (zip code)

Teléfono de la casa (home phone) _____

Información de la parte responsable (Garantizador) (Responsible Party Information (Guarantor))

Relación con el paciente (Relationship to patient): Usted mismo, si es usted mismo, pase a familiar más cercano
(self) Cónyuge (spouse) Padre (parent) Otro (other)

Apellido (Last Name) _____ Nombre (First Name) _____ Segundo Nombre (Middle)

Fecha de Nacimiento (Date of birth) _____ Número de Seguro Social (Social Security
Number) _____

Dirección de domicilio (home address) _____ Apt# _____

Ciudad (city) _____ Estado (state) _____ Código postal (zip code)

Teléfono del domicilio (home phone) _____ Teléfono del trabajo (Work phone)

Otro teléfono (other phone) _____ Email _____

Empleador (Employer) _____ Situación laboral (employment status)

Información de contacto de emergencia/pariente más cercano (Emergency/ Next of Kin Contact Information)

Apellido (Last Name) _____ Nombre (First Name) _____

Relación con el paciente (Relationship to patient)

Dirección del domicilio (home address) _____ Apt# _____

Ciudad (city) _____ Estado (state) _____ Código postal (zip code)

Teléfono del domicilio (home phone) _____ Teléfono del trabajo (Work phone)

Información del Seguro Médico Primario (Primary Insurance Information)

Nombre del Titular de la Póliza _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la Compañía de Seguros _____

Número de Miembro/Suscriptor _____ Número de Grupo _____

Información del Seguro Médico Secundario (Secondary Insurance Information)

Nombre del Titular de la Póliza _____

Nombre de la Compañía de Seguros _____

Número de Miembro/Suscriptor _____ Número de Grupo _____

Vacunas (Immunizations)

Respaldamos la importancia de vacunar a los niños según el calendario de vacunación de la Academia Estadounidense de Pediatría. Aceptamos sólo aquellos pacientes que planifican vacunar a sus niños o que cumplan con una de las siguientes excepciones. Por favor, ponga sus iniciales en UNO de los siguientes:

(We support the importance of immunizing children according to the American Academy of Pediatrics immunization schedule. We accept only those patients who plan on vaccinating their children or who meet one of the following exemptions. Please initial ONE of the following;)

_____ Soy parte de la religión de la Ciencia Cristiana o religión Cienciología. Quisiera solicitar una excepción religiosa de vacunas y le proporcionaremos una carta de nuestro pastor principal en una carta membretada de la iglesia.

(I am part of the Christian Science or Scientology religion. I would like to request religious exemption from vaccinations and will provide a letter from our head pastor on church letterhead.)

_____ Estoy solicitando una excepción de vacunas por razones médicas documentadas. Proporcionaré documentación de un profesional médico por motivo de la excepción médica.

(I am requesting an exemption from vaccinations for documented medical reasons. I will provide documentation from a medical professional for the reason for medical exemption.)

_____ Elijo seguir uno de los calendarios de vacunación retrasado de Allied Pediatrics.

(I choose to follow one of Allied Pediatrics' delayed vaccine schedules.)

_____ Elijo seguir el calendario de vacunación estándar de Allied Pediatrics y la AAP.

(I choose to follow the Allied Pediatrics and AAP standard vaccination schedule.)

Firma del Paciente o Encargado (Signature of Patient or Guardian)

Fecha (Date)

Allied Pediatrics
Calendario de Vacunas Recomendado

(Recommended Vaccine Schedule)

Los proveedores de Allied Pediatrics creen firmemente que las vacunas salvan vidas y son defensores de la medicina preventiva.

(Providers at Allied Pediatrics strongly believe that vaccines save lives and are proponents of preventative medicine)

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento (DOB): _____	
(Patient Name)	
Parent Signature: _____ Date Signed (Fecha de Firma): _____	
(Firma del Padre)	
2 month well check*	Hib, Pediarix (dtap, hep B, polio), Prevnar, Rotarix (oral)
4 month*	Hib, Pediarix (dtap, hep B, polio), Prevnar, Rotarix (oral)
6 month*	Hib, Pediarix (dtap, hep B, polio), Prevnar
9 month*	No vaccines
12 month*	Hep A, MMR, Prevnar, Varivax
15 month*	Dtap, Hib
18 month*	Hep A
4 year well check*	Kinrix (Dtap, polio), MMR, Varivax

El * indica chequeos físicos regulares. Las visitas intermedias son únicamente para vacunas y requerirán una cita programada con un co-pago.
 (The * denotes regular well-checks. The visits in between are for vaccinations only and will require a scheduled appointment with a co-pay.)

Allied Pediatrics reconoce que algunos padres tienen inquietudes sobre el calendario de vacunación recomendado, aunque apoyamos plenamente el calendario recomendado por los CDC/AAP, así es como podemos ayudarlo. (Allied Pediatrics recognizes that some parents have concerns about the recommended vaccine schedule, even though we fully support the recommended CDC/AAP schedule - this is how we can support you.)

Una vez el padre o tutor firme este cronograma, será parte permanente del expediente del paciente y no se permitirán desviaciones.
 (Once this schedule is agreed on and signed by the parent/guardian, it will be a permanent part of the patient's chart and no deviations will be allowed.)

Los pacientes que no reciben las vacunas según el calendario recomendado pueden contraer las enfermedades que previenen las vacunas y pueden transmitir las a otras personas que pueden ser demasiado jóvenes para vacunarse o que pueden tener problemas inmunológicos.
 (Patients who do not receive vaccinations according to the recommended schedule can contract the illnesses that vaccinations prevent and can transmit the illnesses to others who may be too young to vaccinate or who may have immune problems.)

Si su hijo no está completamente vacunado contra una enfermedad en particular y hay un brote de esa enfermedad, es posible que deba quedarse en casa y no ir a la escuela o a la guardería hasta que termine el brote.
 (If your child is not fully vaccinated against a particular disease and there is an outbreak of that illness, your child may be required to stay home from school or daycare until the outbreak is over.)

Patient Authorization to Release Medical Records

(Autorización del paciente para divulgar Registros Médicos)

Patient Information (Información del paciente)

Name of Patient: (Nombre del Paciente) _____ Date of Birth: (Fecha de Nacimiento) _____
(mm/dd/aa)

Doctor/Facility to PROVIDE records: (Médico/Centro para PROPORCIONAR registros):

Name of Doctor/Facility: (Nombre del Médico/Centro): _____

Phone #: (Número de teléfono): _____ Fax #: (Número de fax): _____

Doctor/Facility to RECEIVE Records: (Médico/Centro para RECIBIR registros):

Name of Doctor/Facility: _____ Allied Pediatrics

Phone # _____ 423-602-9545 _____ Fax # _____ 423-602-9546 _____

Records TO BE Released: (Registros que se publicarán)

For the purpose of continuity of care, initial one box indicating which records you would like sent
(Con el propósito de la continuidad de la atención médica, escriba sus iniciales en una casilla indicando qué registros desea enviar)

- All Medical Records (complete copy including test results, labs, X-rays, photos, reports, dictations and all records from other physicians)
(Todos los registros médicos (copia completa que incluye resultados de pruebas, laboratorios, radiografías, fotografías, informes, dictados y todos los registros de otros médicos)
- Medical Records for specific date of service (date date/s)
(Registros médicos para una fecha específica de servicio (fecha/s))

Expiration or Revocation of Authorization: (Vencimiento o Revocación de la Autorización)

I understand that I may revoke this authorization at any time and that, unless an earlier date is specified, it will automatically expire 12 months after the date below.

(Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que, a menos que se indique una fecha anterior especificada, caducará automáticamente 12 meses después de la fecha que se firma esta forma).

Signature of patient or guardian: (Firma del paciente o tutor) _____

Name of patient or guardian: (Nombre del paciente o tutor) _____

Relationship if guardian: (Relación si es tutor) _____

Date: (Fecha) _____

If with Power of Attorney please attach supporting documentation. (Si tiene poder notarial, adjunte la documentación de respaldo.)

Información para Nuevos Pacientes

(Information for New Patients)

*Por favor ponga sus iniciales en estas pólizas indicando que ha leído, comprendido y aceptado cumplir con cada una
(*Please initial these policies indicating that you have read, understand and agree to comply with each)

Fuera del horario de atención: Las horas de oficina son de 8:00 am a 5:00 pm de lunes a viernes. Si usted tiene una emergencia médica fuera del horario de oficina llame al 911 o diríjase al Centro de Emergencias más cercano. Para enfermedades que no sean de emergencia fuera del horario de oficina, diríjase al Centro de Urgencias más cercano. Recargar recetas no es una emergencia. Si necesita hablar con un proveedor fuera del horario normal de oficina, llame al 423-602-9545, deje un mensaje y su llamada será devuelta dentro de la siguiente hora.

(**After Hours** - Office hours are 8:00 AM to 5:00 PM Monday through Friday. If you have a medical emergency after office hours call 911 or go to your nearest Emergency Department. For non-emergent sickness after hours go to your nearest Urgent Care. Refilling prescriptions is not an emergency. If you need to speak to a provider outside of normal business hours, please call 423-602-9545 and leave a message and your call will be returned within 1 hour.)

Llegar tarde: Si llega más de 10 minutos tarde a su cita, se le pedirá reprogramar su cita. Si se comunica con la oficina con una razón válida para llegar tarde, el proveedor determinará, dependiendo del horario, si aún puede atenderlo o no.

(**Coming Late** - If you are more than 10 minutes late for your appointment, you will be asked to reschedule. If you contact the office with a valid reason for being late, the providers will determine, depending on the schedule, if they can still see you or not.)

Verificación de seguro: Los pacientes deben proporcionar una tarjeta de seguro activa en cada visita. Sin esta información, le pediremos que re programe su cita o serán registrados para pagar en efectivo.

(**Insurance Verification** - Patients must provide an active insurance card at each visit. Without this information, patients may be rescheduled or registered as self-pay.)

Beneficios del seguro médico: Es responsabilidad del paciente conocer los beneficios del seguro médico incluyendo los beneficios de los chequeos físicos antes del momento que se le ofrezca servicio.

(**Insurance Benefits** - It is the patient's responsibility to know his/her insurance benefits including wellness benefits prior to time of service.)

Co-pago del seguro: Debe ser pagado al momento del servicio. Cuando a un paciente se le diagnostica un problema durante un chequeo físico, es posible que se requiera un co-pago, dependiendo de cómo el Seguro procese el reclamo.

(**Insurance Copay** - Due at the time of service. When a patient is diagnosed with a problem during a well check, a co-pay may be required, depending on how insurance processes the claim.)

Deducibles y co-seguros del seguro médico: Se deben pagar al recibir el estado de cuenta enviado por correo. Se pedirá a los pacientes que liquiden cualquier cantidad pendiente antes de su próxima cita.

(**Insurance Deductibles and Coinsurance** - Due upon receiving the mailed statement. Patients will be asked to settle any outstanding amounts before their next appointment.)

_____ **Saldos de pacientes:** Nuestro sistema electrónico enviará automáticamente los saldos de los pacientes, aquellos que no se resuelvan de manera oportuna, se enviarán a una agencia de cobranza externa y estarán sujetos a que añadan costos adicionales.

(**Patient Balances** - Our electronic system will automatically send patient balances, those which are not resolved in a timely manner, will be sent to an outside collection agency and additional collection fees may be added.)

_____ **Pacientes con pagos en efectivo** - Reconocemos que no todos los pacientes tienen seguro médico. Nos esforzamos para trabajar con los pacientes para ayudarles a manejar sus gastos médicos. Los planes de pago se pueden configurar llamando durante el horario de oficina.

(**Patient Self-Pay** - We recognize that not every patient has insurance. We strive to work with patients to manage their healthcare expenses. Payment plans can be set up by calling during office hours.)

_____ **Facturación de reclamos al seguro:** Nuestra oficina enviará reclamos en nombre de los pacientes a sus compañías de seguros. Después del procesamiento del seguro, cualquier saldo pendiente se facturará al paciente para su pago. Si el seguro niega el pago debido a que se necesita información del paciente, se facturará el pago completo al paciente hasta que se haya enviado la información a la compañía de seguros y se haya notificado a nuestra oficina.

(**Billing Claims to Insurance** - Our office will send claims on behalf of patients to their insurance company(s). After insurance processing, any remaining balances will be billed to the patient for payment. If insurance denies payment due to information needed from the patient, the entire payment will be billed to the patient until information has been submitted to the insurance company and our office has been notified.)

_____ **Pagos:** los pagos se pueden realizar o enviar por correo a:

(**Payments** – Payments can be made at or mailed to:)

Allied Pediatrics
5564 Little Debbie Pkwy, Ste 114
Ooltewah, TN 37363

_____ **Recién nacidos:** Los recién nacidos están cubiertos por el seguro médico de su madre durante los primeros 30 días, siempre que la compañía de seguros haya sido informada del nacimiento del niño. Después de 30 días, el niño será considerado un paciente que paga por su cuenta hasta que tenga su propio seguro médico y se haya proporcionado la información a Allied Pediatrics.

Newborns – Newborns are covered under their mother’s medical insurance for the first 30 days provided that the insurance company was informed of the child’s birth. After 30 days the child will be seen as a self-pay patient until they have their own insurance and the information has been provided to Allied Pediatrics.

_____ **Información de co-pago:** Si usted trae a su hijo para un chequeo físico, normalmente no hay co-pago. Sin embargo, si el proveedor encuentra un problema médico que se debe tomar en cuenta durante el chequeo físico, o es necesario/requerido para tratar un problema médico existente, debe anotarse en el expediente del paciente e informar a su compañía de seguros. Este puede resultar en un co-pago por la visita dependiendo de cómo su compañía de seguros procese la reclamación.

(**Co-Payment Information** – If you bring in your child for a well check, typically there is no co-pay. However, if the provider finds a medical problem that needs to be addressed during the well check, or needs to/is requested to address an existing medical problem, it has to be noted in the patient’s chart and reported to your insurance company. This may result in a co-pay for the visit depending on how your insurance company processes the claim.)

_____ **Visitas por enfermedad:** El mejor momento para llamar para una visita por enfermedad en el mismo día es entre las 8 am y las 10 am. Reservamos un número de citas para estas visitas; sin embargo, están disponibles en base al “primero que llame será visto”. Una vez fechada la cita se espera que usted la mantenga.

(**Sick Visits** – The best time to call for a same day sick visit is between 8am - 10am. We do reserve a number of openings for these visits; however, they are available on a “first call first seen” basis. We do expect that you keep that appointment once scheduled.)

_____ **Seguimiento después de la sala de emergencias (ER):** Si su hijo(a) fue atendido en la sala de emergencias y dado de alta después de la medianoche, no podremos programar una cita de seguimiento para el mismo día.

(**ER Follow up** – If your child was seen in the ER and was discharged after midnight, we will not be able to schedule a follow-up visit for the same day.)

_____ **Custodia legal:** La documentación que indique quién tiene custodia legal del paciente debe estar en el archivo de la oficina.

(**Legal Custody** – Paperwork indicating who the legal custodian of the patient is has to be on file at the office.)

_____ **Biografía personal:** Informe a la oficina cada vez que cambie su dirección, número de teléfono, nombre o información del seguro médico.

(**Personal Bio** – Inform the office every time you change your address, phone number, name or insurance information.)

Firma del Paciente o Tutor (Signature of Patient or Guardian)

Fecha (Date)

Cita perdida/NO PRESENTARSE

(No Show/Missed Appointment)

Entendemos que los horarios pueden cambiar y que, en ocasiones, puede necesitar reprogramar una cita. Si eso ocurre, le pedimos amablemente que llame a nuestra oficina lo antes posible, preferiblemente **con al menos 24 horas de anticipación**. Esto nos permite ofrecer ese espacio a otros pacientes que estén esperando una cita.

- Si llega con más de 10 minutos de retraso, se considerará una cita perdida y es posible que tenga que reprogramarla.
- Si usted es un nuevo paciente y no se presenta a su primera cita sin llamar con al menos 24 horas de anticipación, es posible que no se le permita programar otra cita.
- Si ya es paciente y su familia faltó a **tres citas sin avisar** con al menos 24 horas de anticipación, será despedido de la práctica
- Si pierde una cita o la cancela con poca anticipación, es posible que haya un cargo de:
 - \$50.00 por visita regular
 - \$100 por chequeos o exámenes físicos
 - \$200 por procedimientos
- Este cargo se le cobrará al paciente, no a la compañía de seguros, y deberá pagarse antes de la próxima visita programada.

Entendemos que pueden surgir emergencias imprevistas y que no siempre podrá asistir a su cita. Si tiene circunstancias mayores, comuníquese con nuestra oficina. Si no respondemos, puede dejar un mensaje.

Firma del Paciente o Tutor (Signature of Patient or Guardian)

Fecha (Date)

Póliza Financiera

(Financial Policy)

Verificación del Seguro:

En cada visita, el paciente debe presentar una tarjeta del seguro médico activa con información actualizada y correcta. Sin prueba del seguro médico, es posible que se le reprograme la cita al paciente. Allied Pediatrics hace que sea una prioridad verificar la prueba del seguro médico del paciente; sin embargo, es responsabilidad del paciente conocer sus beneficios incluyendo los beneficios de bienestar antes del momento del servicio.

Co-pagos y Co-Seguro del Paciente:

Las compañías de seguros médicos exigen que Allied Pediatrics cobre las cantidades de co-pagos, deducibles o co-seguros al momento del servicio. Un depósito equivalente a $\frac{1}{3}$ de los procedimientos o visitas costosas requeridas por anticipado para los servicios no cubiertos por el seguro médico del paciente.

Balances Pendientes:

Se pedirá a los pacientes que liquiden cualquier saldo pendiente con Allied Pediatrics antes de su cita. Como paciente, puede pagar cualquier saldo pendiente en nuestra oficina o puede ir a nuestro sitio web en www.myalliedpediatrics.com.

A los pacientes con saldos pendientes se les puede rechazar el tratamiento o clasificarlos para casos que no sean de emergencia hasta que se resuelva el saldo.

El saldo del paciente que no se resuelva de manera oportuna se enviará a un centro de cobranza externo. Si el saldo del paciente se transfiere a una agencia externa, el paciente será responsable de pagar cualquier tarifa de cobro adicional asociada con el cobro del balance del paciente.

Auto Pago:

Allied Pediatrics reconoce que no todos tienen coberturas de seguro médico. Es difícil predecir con precisión qué servicios un paciente puede necesitar en última instancia, pero Allied Pediatrics intentará trabajar con los pacientes para ayudarlos a anticipar los cargos y administrar sus gastos de atención médica. Los pacientes sin seguro médico que paguen el total de la factura en el momento del servicio pueden ser elegibles para un descuento.

Seguro de facturación:

Allied Pediatrics tiene contratos con la mayoría de las compañías de seguros médicos para servicios a los pacientes. El paciente sigue siendo financieramente responsable de toda su atención médica, pero el saldo restante de los servicios prestados al paciente no se le facturará al paciente hasta que se reciba el pago de la(s) compañía(s) de seguros, la compañía de seguros niega el reclamo, o la compañía de seguros injustificadamente no paga a tiempo. Se enviará un estado de cuenta al

paciente o a la persona responsable. El monto facturado en el estado de cuenta vence cuando se emite el primer estado de cuenta recibido.

Cargo por no presentarse y cancelación tardía:

Pacientes que cancelen citas con menos de 24 horas de anticipación o no se presenten a la cita programada estarán sujetos a una cuota de \$50, no por ningún servicio, sino por la oportunidad perdida de ver a otro paciente. Esta cuota puede ser mayor si se pierde una cita de chequeo físico o procedimientos distintos a las visitas de rutina al consultorio.

Pagos:

Allied Pediatrics acepta efectivo, cheques, Visa, Mastercard o Discover. Hay una tarifa de \$30 por todos los cheques devueltos. Los pagos pueden hacerse o enviarse por correo a:

Allied Pediatrics
5564 Little Debbie Pkwy, Ste 114
Ooltewah, TN 37363

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras pólizas financieras, comuníquese con nuestra oficina al (423) 602-9545.

Nota:

Las cuentas de pacientes con saldos pendientes y sin actividad de pago se enviarán a una agencia de cobro y los gastos serán a cargo del paciente. Además de cualquier saldo pendiente, el paciente o el representante del paciente que firme a continuación acepta pagar todos los costos asociados con dicha agencia de cobro, incluyendo los honorarios razonables de la agencia de cobro, los honorarios de abogados y los gastos judiciales.

Firma del Paciente o Persona Responsable
(Patient Signature or Responsible Party)

Fecha
(Date)

Aviso de Prácticas de Información de Salud Personal

Notice of Personal Health Information Practices

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISARLOS DETENIDAMENTE.

Mantenemos la información financiera y de salud de nuestros miembros actuales y anteriores privada según lo exige la ley, estándares de acreditación y nuestras reglas. Este aviso explica sus derechos. También explica nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. Estamos obligados por ley federal a darle este aviso.

Nos reservamos el derecho de revisar o modificar nuestro Aviso de prácticas de privacidad sin ningún Aviso adicional para usted. Cualquier revisión o enmienda a este Aviso será efectiva para todos sus registros que nuestra práctica haya creado o mantenido en el pasado, y para cualquiera de sus registros que podamos crear o mantener en el futuro. Allied Pediatrics, PLLC publicará una copia de este aviso modificado en un lugar destacado de nuestra oficina y en nuestra página web.

Este aviso entra en vigor el 1 de julio de 2011 y modifica nuestro formulario de Aviso anterior. Ninguna enmienda se refiere a cualquier derecho sustantivo de un paciente de Allied Pediatrics o cualquier deber de Allied Pediatrics. Si tiene alguna pregunta sobre el Aviso de Prácticas de Información de Salud Personal, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al 423-602-9545.

Tratamiento - Su información de salud puede ser utilizada por miembros del personal o divulgada a otros proveedores de atención médica profesionales con el fin de evaluar su salud, diagnosticar una condición médica y proveer tratamiento. Por ejemplo, los resultados de las pruebas y procedimientos de laboratorio estarán disponibles en su expediente médico para todos los profesionales de la salud que pueden proporcionar tratamiento o que pueden ser consultados por miembros del personal.

Pago - Su información de salud puede usarse para solicitar pago de su plan de salud, de otras fuentes de cobertura como una aseguradora de automóviles, o de compañías de tarjetas de crédito que pueden utilizar para pagar los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre las fechas de servicio, los servicios prestados y la condición médica que se está tratando.

Operaciones de atención médica - Su información de salud puede usarse según sea necesario para respaldar las actividades diarias y administración de Allied Pediatrics. Por ejemplo, la información sobre los servicios que usted recibió pueden usarse para apoyar la elaboración de presupuestos y la presentación de informes financieros y actividades para evaluar y promover la calidad.

Cumplimiento de la Ley - Su información de salud puede ser divulgada a agencias encargadas de hacer cumplir la ley, sin su permiso, para apoyar las auditorías e inspecciones gubernamentales, para facilitar las investigaciones policiales y cumplir con los informes obligatorios del gobierno.

Informes de Salud Pública - Su información de salud puede divulgarse a agencias de salud pública según lo exige la ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar ciertas enfermedades transmisibles al departamento de salud pública del estado.

Actividades de Supervisión de la Salud - Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud, como el Departamento de Salud y Servicios Humanos, para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Miembros de la Familia - Podemos proveer información médica, incluyendo información de salud mental, sobre usted al familiar que interviene en su atención médica sin consentimiento o autorización si la participación del individuo está relacionada con dicha información. También podemos proveer información médica, incluyendo información de recetas médicas o información sobre sus citas con amigos que están envueltos en su cuidado. También, podemos proveer dicha información a alguien que ayude a pagar su atención médica. Además, nosotros podemos proveer información médica sobre usted a una entidad que esté ayudando en caso de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

Socios Comerciales - Tenemos contratos con otras entidades para brindar servicios a Allied Pediatrics. Cuando estos “asociados” requieren su información personal de salud para realizar las tareas que se le solicitan por Allied Pediatrics se les proporcionará. Ejemplos de socios comerciales son: servicio de facturación, agencia de cobros, servicio de contestador automático, servicio de seguros, servicio de transcripción y servicio de computadora o proveedor de software/hardware.

Investigación/Enseñanza/Capacitación - Su PHI se puede utilizar con fines de investigación, enseñanza y/o capacitación.

Recordatorios de citas - Nuestro personal utilizará su información de salud para enviarle recordatorios de citas.

Compensación para Trabajadores - Podemos proveer información médica sobre usted por compensación para trabajadores o programas similares sin consentimiento o autorización. Estos programas brindan beneficios para personas con lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Por ejemplo, si se lesiona en el trabajo, podemos proveer información al respecto a esa lesión específica.

Mercadeo - Su información de salud puede usarse para enviarle información sobre el tratamiento y manejo de su condición médica que le pueda resultar de interés. También podemos enviarle información que describe otros bienes y servicios relacionados con la salud que creemos que pueden interesarle. En adición, su nombre y dirección pueden usarse para enviarle un boletín informativo sobre nuestra práctica y los servicios que ofrecemos. Puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad para solicitar que estos materiales no se envíen a usted.

Otros usos y divulgación requieren su autorización - Divulgación de su información de salud o sus usos para cualquier otro propósito distinto a los enumerados anteriormente requieren su autorización específica por escrito. Si cambia de opinión después de autorizar la divulgación de su información, puede enviar una revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará o dejará de hacer cualquier uso o divulgación de información que haya ocurrido antes de que usted nos notifique su decisión.

Derechos individuales - usted tiene ciertos derechos según los estándares federales de privacidad. Éstos incluyen:

El derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida.

El derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su condición médica y tratamiento.

El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida.

El derecho a modificar o presentar correcciones a su salud protegida.

El derecho a recibir un informe de cómo y a quién se le ha provisto su información médica protegida.

El derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

Deberes de Allied Pediatrics - Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información de su salud protegida y proporcionarle con este aviso de prácticas de privacidad. También estamos obligados a cumplir las políticas y prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

Derecho a revisar los cambios de privacidad: Según lo permita la ley, nos reservamos el derecho de modificar o notificar nuestras políticas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales. Cualquiera que sea el motivo de estas revisiones, le proporcionaremos un aviso revisado en su próxima visita al consultorio, a menos que las revisiones no sean significativas. Se aplicarán políticas y prácticas revisadas a toda la información de salud protegida que mantenemos.

Solicitudes para Inspeccionar Información Médica Protegida - Según lo permitido por la regulación federal, requerimos que las solicitudes para inspeccionar o copiar información de salud protegida se presenten por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar acceso a sus registros comunicándose con el departamento de registros médicos de Allied Pediatrics.

Solicitudes de restricciones a la información médica protegida - Usted tiene derecho a solicitarnos la restricción a cómo usamos y divulgamos su información de salud protegida. No estamos obligados por ley a estar de acuerdo con la restricción solicitada en determinadas situaciones. Estas situaciones incluyen divulgaciones de tratamiento de emergencia al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, y cualquier uso y divulgaciones descritas en la portada del aviso. Sin embargo, si decidimos aceptar su solicitud, estamos obligados por nuestro acuerdo.

Quejas - Si desea enviar un comentario o queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo enviando una carta describiendo sus inquietudes a:

HIPAA Privacy Officer
Allied Pediatrics, PLLC
5564 Little Debbie Pkwy, Ste 114
Ooltewah, TN 37363

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, debe llamar nuestra atención sobre el asunto llamando al Oficial de Privacidad al 423-602-9545 o enviándonos una carta que describa la causa de su inquietud a la dirección proporcionada. También puede dirigir cualquier queja al Secretario de los Estados Unidos de Salud y Servicios Humanos. No se le penalizará ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fecha: _____
(Signature of Patient or Guardian) (Date)

Póliza de Cargos Asociados con la Divulgación de Información Médica Protegida (Policy for Charges Associated with Release of Protected Health Information)

Se requiere una solicitud firmada para la divulgación de información médica protegida (PHI) para divulgar registros médicos. Debido a los gastos asociados con la copia y el envío de registros médicos se aplican los siguientes cargos por paciente.

Solicitudes de Pacientes y Abogados

Habrá un cargo para los pacientes o abogados que soliciten copias de registros médicos.

- \$20.00 para las páginas 1-40 más gastos de envío correspondientes
- \$0.50 por cada página adicional más de 40
- \$20.00 por copia electrónica de registros en soporte portátil más costo de envío

Una vez impreso Allied Pediatrics le facturará previamente y sus registros se enviarán una vez recibido el pago.

Solicitudes de Proveedores de Atención Médica y Compañía de Seguros

- Gratis.

Solicitudes de Registros de Vacunación

- Desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad - se proporcionarán copias de los registros de vacunación de forma gratuita una vez que los bebés reciban vacunas de forma rutinaria.
- Las solicitudes de registros de vacunas pueden tardar hasta 72 horas en procesarse.
- Desde los 13 meses hasta la edad adulta - se proporcionará una copia del registro de vacunación de forma gratuita una vez al año.
- Se completará un registro de vacunación de TN o GA de forma gratuita una vez al año.
- Se aplicará un cargo de \$10.00 por cada copia solicitada posteriormente en el mismo año del calendario.

Preguntas sobre la Divulgación de Registros de Vacunación

Las preguntas sobre la divulgación de registros de vacunación pueden dirigirse a Allied Pediatrics al (423) 602-9545.

Entiendo la información anterior sobre los cargos asociados con la divulgación de mi información médica protegida (PHI).

Firma del Paciente o Tutor (Signature of Patient or Guardian): _____ **Fecha** (Date): _____

Limitaciones de Autorización de Tratamiento (Treatment Authorization Limitations)

Solo uno de los padres tiene derechos de custodia?

Si es así, marque esta casilla y hable con nuestra recepcionista sobre estas circunstancias, ya que, es posible que necesitemos información adicional de usted.

(Does only one parent have custody rights? If so, please check this box and talk to our receptionist about these circumstances as we may need additional information from you.)

¿Alguien además de los padres biológicos/adoptivos cuida o tiene derechos de custodia sobre el paciente (por ejemplo, un miembro de la familia, orfanato)?

Si es así, marque esta casilla y hable con nuestra recepcionista.

(Does someone besides biological/adoptive parents care for or have custody rights of the patient (ex. family member, foster care)? If so, please check this box and discuss it with our receptionist.)

Marque aquí si ambos padres tienen plenos derechos de custodia.

(Check here if both parents have full custody rights.)

Autorización para cuidadores alternativos (Authorization for Alternate Caretakers)

Allied Pediatrics entiende que pueden surgir circunstancias especiales. Si por alguna razón no puede traer a su hijo a una cita, permitimos hasta 4 personas autorizadas para que traigan a su hijo en su lugar.

(Allied Pediatrics understands that special circumstances may arise. If for some reason you cannot bring your child to an appointment, we allow up to 4 authorized caretakers to bring them in your place.)

- _____ Entiendo que los cuidadores alternativos deben tener una identificación válida que coincida con la información provista abajo o no podremos continuar con la cita.
(I understand that alternate caretakers must have a valid ID that matches the information below or we will not be able to proceed with the appointment.)
- _____ Entiendo que los cuidadores alternativos tendrán la capacidad de tomar decisiones médicas con respecto al paciente en la cita. (I understand that alternate caretakers will have the ability to make medical decisions regarding the patient at the appointment.)
- _____ Entiendo que los cuidadores alternativos serán responsables de realizar los pagos que vencen el día de la cita.
(I understand that alternate caretakers will be responsible for making payments that are due on the day of the appointment.)
- _____ Entiendo que los cuidadores alternativos tendrán la capacidad de tomar decisiones financieras con respecto a la cuenta del paciente el día de la cita.
(I understand that alternate caretakers will have the ability to make financial decisions regarding the patient's account on the day of the appointment.)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

(Patient Name)

(Date of Birth)

Nombre del Cuidador 1: _____ **Número de Teléfono:** _____
(Caretaker 1 Name) (Telephone #)

Relación con el Paciente: (Relationship to Patient) _____

Nombre del Cuidador 2: _____ **Número de Teléfono:** _____
(Caretaker 2 Name) (Telephone #)

Relación con el Paciente: (Relationship to Patient) _____

Nombre del Cuidador 3: _____ **Número de Teléfono:** _____
(Caretaker 3 Name) (Telephone #)

Relación con el Paciente: (Relationship to Patient) _____

Nombre del Cuidador 4: _____ **Número de Teléfono:** _____
(Caretaker 4 Name) (Telephone #)

Relación con el Paciente: (Relationship to Patient) _____

Nombre de la madre/padre/tutor 1: _____ **Número de Teléfono:** _____

(Parent/Guardian 1 Name) (Telephone #)

Nombre de la madre/padre/tutor 2: _____ **Número de Teléfono:** _____

(Parent/Guardian 2 Name) (Telephone #)

Firma (Signature) : _____ **Fecha** (Date): _____

Formulario del Historial de Salud del Nuevo Paciente

(New Patient Health History Form)

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa) _____
(Patient name) (Date of birth)

Género/Sexo Masculino Femenino
(Gender/Sex) (Male) (Female)

Nombre del Padre/Tutor _____ Fecha _____
(Parent/Guardian name) (Date)

Hogar y Medio Ambiente: (Home and Environment)

- ¿Cuáles son los arreglos de vivienda/custodia de su hijo (marque todo lo que corresponda)? (what is your child's living/custody arrangements [check all that apply])?
 madre biológica (birth mother) padre biológico (birth father) ambos padres (both parents)
 abuelo (grandparents) padre adoptivos (adoptive parents) padres de crianza (foster parent)
 otro pariente (other relative) otro (other) _____
- ¿Su hijo tiene hermanos? (does your child have any siblings?) Sí No
Si es así, ¿cuántos? (if ye, how many?) _____
- ¿Tiene mascotas? (do you have any pets?) Sí No
- ¿Tienes problemas de humedad en tu casa? (do you have moisture problems in your home?) Sí No
- ¿Tiene detectores de humo y monóxido de carbono en su casa? (do you have smoke and carbon monoxide detectors in your home?) Sí No
- ¿Está su hijo expuesto pasivamente al humo? (Is your child passively exposed to smoke?) Sí No
- ¿Hay armas de fuego en su casa? (are there any guns present in your home?) Sí No

Estilo de Vida: (Lifestyle)

- ¿Su hijo usa casco protector cuando corre en bicicleta? (Does your child wear a helmet when biking?) Sí No
- ¿Su hijo utiliza habitualmente el cinturón de seguridad o el asiento de seguridad? (Does your child use a seat belt or car seat routinely?) Sí No

Matrimonio y Sexualidad: (Marriage and Sexuality)

- Estado civil de los padres (parents' marital status): casados (married) solteros (unmarried)
 divorciados (divorced) separados (separated) otro (other)

Dieta y Ejercicio: (Diet and Exercise)

- ¿Qué tipo de dieta sigue tu hijo? (what type of diet is your child following?) Regular Vegetariano (vegetarian)
 Vegano (vegan) Sin gluten (gluten free) Específico (specific) Carbohidratos (carbohydrate)
 Cardíaco (cardiac) Diabético (diabetic)
- ¿Cuál es el nivel de ejercicio de su hijo? (what is your child' exercise level?) Ninguno (none) Ocasional (occasional)
 Moderado (moderate) Intenso (heavy)
- ¿En qué tipos de actividades deportivas participa su hijo? (what types of sporting activities does your child participate in?)

Pediatría General: (General Pediatric)

- ¿Está su hijo actualmente en la escuela? (is your child currently in school?) Si No
 En caso afirmativo, ¿Cómo se llama la escuela? (if yes, what is the name of the school?)
 _____ ¿En qué grado está? (current grade?) _____
- ¿Qué tipo de cuidado infantil utiliza? (what type of child care do you use?) ninguno (none) parientes (relatives)
 niñera (babysitter) guardería/preescolar (daycare/preschool)
- ¿Tiene su hijo algún alojamiento por problemas médicos? (does your child have any accommodations for medical problems?) Si No
- ¿Ha visitado su hijo al dentista en los pasados 12 meses? (has your child had a dental visit in the last 12 months?) Si
 No; Fecha de última visita (date of last visit): _____

ALERGIAS: (ALLERGIES)

Enumere todo a lo que su hijo es alérgico (medicamentos, alimentos, picaduras de abejas, etc.) y cómo le afecta cada uno. (List anything your child is allergic to (medications, food, bee stings, etc.) and how each affects you.)

ALERGIAS (ALLERGIES)

REACCION (REACTION)

- | | |
|----------|-------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL NIÑO: (CHILD'S PAST MEDICAL HISTORY)

Marque cualquier problema médico por el que su hijo haya sido tratado o diagnosticado (si es necesario, explique) (Check any medical problems your child has been treated for or diagnosed with (if needed, explain):

✓	Diagnosis	Please explain	✓	Diagnosis	Please explain
	Desorden Digestivo (Digestive Disorder)			Infecciones de oído frecuentes (Recur. otitis media)	
	Desorden Endocrino (Endocrine Disorder)			Trastorno Reproductivo (Reproductive disorder)	
	Trastorno Inmunológico (Immunologic Disorder)			Desorden Respiratorio (Respiratory disorder)	
	Trastorno de la Piel (Skin disorders)			Trastorno Esquelético (Skeletal disorder)	
	Trastorno Linfático (Lymphatic disorders)			Trastorno Urinario (Urinary disorder)	
	Enfermedad Musculoesquelética (Musculoskeletal disease)			Trastornos del desarrollo o del comportamiento (Developmental or behavioral disorders)	
	ADD/TDAH (ADD/ADHD)			Dolores de Cabeza (Headaches)	
	Reacción adversa a las vacunas (Adverse reaction to vaccines)			Lesión en la Cabeza/ Conmoción Cerebral (Head injury/Concussion)	
	Desorden del Espectro Autista (Autism Spectrum Disorder)			Depresión/Ansiedad/ Enfermedad Mental (Depression/Anxiety/Mental illness)	

Varicela (Chicken pox)		Convulsiones/Epilepsia (Seizures/Epilepsy)	
Enfermedad de la Sangre o Trastornos Hemorrágicos (Blood disease or bleeding disorders)		Otro: _____ (Other)	
Anomalías Congénitas (Congenital anomalies)			

MEDICAMENTOS ACTUALES: (CURRENT MEDICATIONS)

Por favor enumere todos los medicamentos que su hijo está tomando. Incluya todos los medicamentos recetados y de venta libre, como vitaminas e inhaladores. (Please list all the medications your child is taking. Include any prescribed drugs and over-the-counter drugs, such as vitamins and inhalers.)

Nombre del Medicamento (Medication name)	Dosis y Frecuencia (Dosage and frequency)	Condición en Tratamiento (Condition being treated)

FARMACIA DE PREFERENCIA: (PREFERRED PHARMACY)

HISTORIA QUIRURGICA: (SURGICAL HISTORY)

¿Su hijo ha tenido alguna de las siguientes cirugías o procedimientos? (Has your child had any of the following surgeries or procedures?)

✓	Surgery	Date	✓	Surgery	Date
	Circuncisión (Circumcision)			Amigdalectomía (Tonsillectomy)	
	Frenotomía (Frenotomy)			Adenoidectomía (Adenoidectomy)	
	Tubos para los Oídos (Ear tubes (tympanostomy))			Reparación de Hernia (Hernia Repair)	
	Cirugía de los Músculos Oculares (Cirugía de estrabismo) (Eye muscle surgery (Strabismus Surgery))			Otro: (Other) _____	

ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES BIOLOGICOS: (BIOLOGICAL FAMILY MEDICAL HISTORY)

¿Algún miembro de la familia tiene alguna de las siguientes condiciones? (Por favor, especifique qué miembro de la familia (ejemplo: padre, madre, hermano, hermana, abuelo/abuela materna o paterna, etc.)

(Do any family members have any of the following conditions? (Please specify which family member; ex. father, mother, brother, sister, maternal or paternal grandfather/grandmother, etc.))

RELACION (RELATION)	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS (SIGNIFICANT HEALTH PROBLEMS)
Padre (Father)	<input type="checkbox"/> ADD/TDHD <input type="checkbox"/> Asma (asthma) <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico (Bleeding disorder) <input type="checkbox"/> Cancer (Cancer) <input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes) <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad (Depression/Anxiety) <input type="checkbox"/> Enfermedad Genética (Genetic disease) <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca (Heart disease) <input type="checkbox"/> Colesterol Alto (High cholesterol) <input type="checkbox"/> Hipertensión (Hypertension) <input type="checkbox"/> Migrañas (Migraines) <input type="checkbox"/> Convulsiones (Seizures) <input type="checkbox"/> Ataque Cerebral (Stroke) <input type="checkbox"/> Otro: (other)_____
Madre (Mother)	<input type="checkbox"/> ADD/TDHD <input type="checkbox"/> Asma (asthma) <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico (Bleeding disorder) <input type="checkbox"/> Cancer (Cancer) <input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes) <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad (Depression/Anxiety) <input type="checkbox"/> Enfermedad Genética (Genetic disease) <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca (Heart disease) <input type="checkbox"/> Colesterol Alto (High cholesterol) <input type="checkbox"/> Hipertensión (Hypertension) <input type="checkbox"/> Migrañas (Migraines) <input type="checkbox"/> Convulsiones (Seizures) <input type="checkbox"/> Ataque Cerebral (Stroke) <input type="checkbox"/> Otro: (other)_____
Hermano/hermana (Brother/sister)	<input type="checkbox"/> ADD/TDHD <input type="checkbox"/> Asma (asthma) <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico (Bleeding disorder) <input type="checkbox"/> Cancer (Cancer) <input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes) <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad (Depression/Anxiety) <input type="checkbox"/> Enfermedad Genética (Genetic disease) <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca (Heart disease) <input type="checkbox"/> Colesterol Alto (High cholesterol) <input type="checkbox"/> Hipertensión (Hypertension) <input type="checkbox"/> Migrañas (Migraines) <input type="checkbox"/> Convulsiones (Seizures) <input type="checkbox"/> Ataque Cerebral (Stroke) <input type="checkbox"/> Otro: (other)_____
Hermano/hermana (Brother/sister)	<input type="checkbox"/> ADD/TDHD <input type="checkbox"/> Asma (asthma) <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico (Bleeding disorder) <input type="checkbox"/> Cancer (Cancer) <input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes) <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad (Depression/Anxiety) <input type="checkbox"/> Enfermedad Genética (Genetic disease) <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca (Heart disease) <input type="checkbox"/> Colesterol Alto (High cholesterol) <input type="checkbox"/> Hipertensión (Hypertension) <input type="checkbox"/> Migrañas (Migraines) <input type="checkbox"/> Convulsiones (Seizures) <input type="checkbox"/> Ataque Cerebral (Stroke) <input type="checkbox"/> Otro: (other)_____
Abuela (materna) Grandmother (maternal)	<input type="checkbox"/> ADD/TDHD <input type="checkbox"/> Asma (asthma) <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico (Bleeding disorder) <input type="checkbox"/> Cancer (Cancer) <input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes) <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad (Depression/Anxiety) <input type="checkbox"/> Enfermedad Genética (Genetic disease) <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca (Heart disease) <input type="checkbox"/> Colesterol Alto (High cholesterol) <input type="checkbox"/> Hipertensión (Hypertension) <input type="checkbox"/> Migrañas (Migraines) <input type="checkbox"/> Convulsiones (Seizures) <input type="checkbox"/> Ataque Cerebral (Stroke) <input type="checkbox"/> Otro: (other)_____
Abuelo (materna) Grandfather (maternal)	<input type="checkbox"/> ADD/TDHD <input type="checkbox"/> Asma (asthma) <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico (Bleeding disorder) <input type="checkbox"/> Cancer (Cancer) <input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes) <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad (Depression/Anxiety) <input type="checkbox"/> Enfermedad Genética (Genetic disease) <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca (Heart disease) <input type="checkbox"/> Colesterol Alto (High cholesterol) <input type="checkbox"/> Hipertensión (Hypertension) <input type="checkbox"/> Migrañas (Migraines) <input type="checkbox"/> Convulsiones (Seizures) <input type="checkbox"/> Ataque Cerebral (Stroke) <input type="checkbox"/> Otro: (other)_____
Abuela (paterno) Grandmother (paternal)	<input type="checkbox"/> ADD/TDHD <input type="checkbox"/> Asma (asthma) <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico (Bleeding disorder) <input type="checkbox"/> Cancer (Cancer) <input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes) <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad (Depression/Anxiety) <input type="checkbox"/> Enfermedad Genética (Genetic disease) <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca (Heart disease)

	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto (High cholesterol) <input type="checkbox"/> Hipertensión (Hypertension) <input type="checkbox"/> Migrañas (Migraines) <input type="checkbox"/> Convulsiones (Seizures) <input type="checkbox"/> Ataque Cerebral (Stroke) <input type="checkbox"/> Otro: (other) _____
Abuelo (paterno) Grandfather (paternal)	<input type="checkbox"/> ADD/TDHD <input type="checkbox"/> Asma (asthma) <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico (Bleeding disorder) <input type="checkbox"/> Cancer (Cancer) <input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes) <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad (Depression/Anxiety) <input type="checkbox"/> Enfermedad Genética (Genetic disease) <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca (Heart disease) <input type="checkbox"/> Colesterol Alto (High cholesterol) <input type="checkbox"/> Hipertensión (Hypertension) <input type="checkbox"/> Migrañas (Migraines) <input type="checkbox"/> Convulsiones (Seizures) <input type="checkbox"/> Ataque Cerebral (Stroke) <input type="checkbox"/> Otro: (other) _____

(SOLO) PARA PACIENTES DE 13 AÑOS Y MAYORES: (ONLY) FOR PATIENTS 13 AND OLDER:

1. ¿Fuma o ha fumado alguna vez cigarrillo/tabaco? (do you or have you ever smoked tobacco?) Si No
 - a. En caso afirmativo: ¿cuántos años ha fumado? (if YES, how many years have you smoked?) _____
 - b. ¿A qué edad empezó a fumar cigarrillo/tabaco? (at what age did you start smoking?) _____
 - c. ¿Cuánto cigarrillo/tabaco fumas? (how much tobacco do you smoke?) _____ paquetes por día/semana (packs per day/ week)

2. ¿Usas o has usado alguna vez cualquier otra forma de cigarrillo/tabaco o nicotina? (Do you or have you ever used any other forms of tobacco or nicotine?) Si No
 - a. En caso afirmativo: Usas o has usado alguna vez cigarrillos electrónicos o vaporizadores? (IF YES: Do you or have you ever used e-cigarettes or vape?)
 nunca usado (never used) usuario anterior (former user) usuario actual (current user)
 - b. Usas o has usado alguna vez tabaco sin humo (por ejemplo: rapé, tabaco para mascar) (Do you or have you ever used smokeless tobacco (ex. snuff, chew tobacco)?)
 nunca usado (never) usuario anterior (former user) usuario actual (current user)

3. ¿Cuál es su nivel de consumo de alcohol? (What is your level of alcohol consumption?)
 ninguno (none) ocasional (occasional) moderado (moderate) intenso (heavy)

4. ¿Utiliza alguna droga ilícita o recreativa? (Do you use any illicit or recreational drugs?) Si No
 - a. En caso afirmativo: ¿qué drogas ilícitas o recreativas has usado? (IF YES: which illicit or recreational drugs have you used?) _____

5. ¿Cuál es tu nivel de consumo de cafeína? (What is your level of caffeine consumption?)
 ninguno (none) ocasional (occasional) moderado (moderate) intenso (heavy)

6. ¿Estás sexualmente activo? (Are you sexually active?) Si No
 - a. En caso afirmativo: ¿usas protección durante las relaciones sexuales? (IF YES: do you use protection during sex?) siempre (always) usualmente (usually) no