



VIP KIDS CLINIC

SEEMA SHARMA MD

Informacion Del Paciente:

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Correo Electronico _____

Direccion Completa : _____

Telefono Celular: _____ Telefono de casa: _____

Nacionalidad: _____

Informacion De Padres

Nombre de Padres _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padres _____ Fecha de Nacimiento: _____

Informacion de Seguro Medico – PRIMARIA

Nombre de Seguro Medico: _____ No. de ID _____

No. grupo: _____ Dueño de Poliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____ Telefono de trabajo: _____

Seguro Social: _____ Direccion: _____

SEGUNDO

Nombre de Seguro Medico: _____ No. de ID _____

No. grupo: _____ Dueño de Poliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____ Telefono de trabajo: _____

Seguro Social: _____ Direccion: _____

Informacion de Emergencia

Persona a quien llamar en caso de emergencia _____

Parentesco _____ Telefono de casa _____

Telefono celular _____

Medicamentos

Farmacia preferida: _____ Direccion: _____

Lista de medicamentos que toma: _____

Alergias

Tiene alergias a comida? _____

Tiene alergias a medicamento? _____

Alguna otra alergia (incluyendo reaccion)? _____

Historia Paciente-Pediatrico

Problemas medicos actuales? _____

Lista de cirugias que has tenido (incluye año,cirujano y hospital): _____

Describir hospitalizaciones/enfermedades no incluidos arriba (incluye año y hospital): _____

Lista de algun hueso quebrado o fractura (incluye hueso lastimado y el año). _____

Historia del parto (niños menos de 2 años)

Tipo de parto: Vaginal/ Cesarea Cuantas semanas/meses? _____ Gemelos? _____

Peso al nacer? _____ Hospital? _____ Dias en el hospital? _____

Complicaciones de embarazo o parto? _____

El bebe paso el examen auditivo? _____

Alimentado por pecho o biberon (encierra uno) hasta que edad? _____

Porfavor ponga las edades en cual su bebe empeso a:

Caminar _____ gatiar _____ hablar _____ ir al bano _____

Forma de Historia Paciente-Pediatrico

Quien en s1;1 familia tiene/ha tenido (encierresi fue la causa de muerte y apunte edad)

Enfermedad del corazon, _____ trastorno genetico _____

diabetes _____ cancer _____

enfermedad de la tiroides _____ alcoholismo _____

enfermedad mental _____ artritis _____

glaucoma _____ asma _____

alergias _____ problemas estomacales _____

tuberculosis _____ presion alta _____

Lista cualquier otra enfermedad que corre en su familia y especifica su parentesco al miembro. _____

Quien vive en casa? _____

Tiene algun preocupacion sobre la seguridad de su nifio(a)? _____

Aproximadamente cuantas horas al dia mira television o usa computadora su nifio(a)? _____

Usa (encierre uno) cinturon _____ asiento de bebe _____ ninguno _____ Hay pistolas/armas de fuego en casa? _____

Monta bicicleta su nifio(a)? _____ si responde si, usa casco? _____

Usa bloqueador solar su nifio(a)? _____ Tienen alberca en casa? _____ Cerco o alarma de alberca? _____

Describir dieta de su nifio(a). _____

Tiene algun preocupacion por el peso de su nifio(a)? _____

Tiene algun preocupacion por el modo de respirar de su nifio(a)? _____

Tiene algun preocupacion con el entrenamiento del acto de orinar y de defecar? _____

Tiene algun preocupacion por el estudio o aprendizaje de su nifio(a)? _____

Tiene algun preocupacion por el comportamiento de su nifio(a)? _____

Otra cosa que nos quiera dejar saber de su nifio(a)? _____

Firma y fecha: _____

VIP KIDS CLINIC -Responsabilidad Financiera

Como cortesía a nuestros pacientes, nos hemos inscrito en varios programas de Seguro de cuidado medico.Estamos agradecidos con poder proporcionarle este servicio, y haremos cada esfuerzo de verificar cobertura y de mandar la cuenta a su compania de seguros de manera adecuada. Sin embargo, no es posible saber cada requisito de cada plan individual.

Es la responsabilidad de cada paciente saber los detalles del regimen de seguros . Además de cualquier lapso en cobertura de su Seguro medico. Cualquier carga que ocurra como resultado de restricciones o de lapsos en cobertura del Seguro, es en ultima instancia , la responsabilidad del paciente. Desafortunadamente, si usted no nos informa de requisitos especiales requeridos por su plan y nosotros pedimos los servicios medicamente necesarios, tales como trabajo del laboratorio, hospitalizacion, o fuentes que no son cubiertas por su plan. Le Podemos mandar el cobro por esos cargos. Si la cobertura de Seguro actual no se puede verificar antes de cada cita, el pago sera debido a la hora de servicio. La oficina solo mandara un cobro por servicios rendidos por nuestros doctors. Los laboratorios son entidades separados y le puede mandar el cobro a usted o a su Seguro medico por los servicios realizados por dicho laboratorio. Si usted tiene alguna pregunta sobre el cobro del laboratorio por favor comuniquense directamente con su compania de Seguro medico o con el laboratorio.

Entiendo completamente que VIP KIDS CLINIC le mandara los cargos a mi Seguro por contesia. En caso de falta de pago del Seguro soy responsable totalmente por cualquier pago por tratamiento.Si la cuenta llega a ser delinciente soy responsable por los intereses y cualquier posterior recogida y honorarios legales relacionados con las devolucion de la cantida adeudada a VIP KIDS CLINIC.

Se le puede cargar un honorario administrativo de **\$30.00 para llenar formularios** tales como deshabilidad o Seguro y solicitudes de registros medicos.Por favor este enterado que estos servicios pueden requerir hasta siete a diez dias laborales para completer.

Cheques que sean devueltos del banco,por cualquier razon se les aplicara un honorario administrativo de \$30.00 ademas de la cantidad original del cheque.Los cheques NSF se deben redimir con los fondos certificados y no se le permitiran mas cheques como forma de pago.

VIP KIDS CLINIC tambien reserva el derecho de cargar un honorario de **\$50.00 para los pacientes que faltan a su cita sin llamar a cancelar dentro del plazo de 24 horas antes de la cita.** Usted puede programar una cita como un examen anual, cuidados preventivo o examen de rutina. Si durante su visita usted tiene otras preocupaciones o problemas que quieren un diagnostic o otro tratamiento seria considerado un examen orientado al problema y puede incurrir en cargos adicionales de oficina o laboratorio.

NOSOTROS PROPORCIONAMOS ESTANDAR DE CUIDADO. NO SABEMOS LO QUE SU SEGURO CUBRE PARCIAL O TOTALMENTE; COSEGURO, DEDUCIBLE, DE BOLSILLO. ESO ES RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES. CUALQUIER DOCUMENTO/PROYECCION SE REALICE EN LA OFICINA: PHQ9, M-CHAT, PRUEBAS DE ORINA, HEMOGLOBINA O CUALQUIER PRUEBA QUE EL MEDICO CONSIDERE NECESARIA PARA LA ATENCION COMPLETA DEL PACIETE PUEDER SER RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES.

Reconozco que he leído y entiendo la informacion anterior.Entiendo que sera financieramente responsable por los servicios que mi compania de seguros indica que son "responsabilidad del paciente". Reconozco las politicas y acepto las responsabilidades contorneadas dentro de ellas.

Firma _____ Fecha _____

Escribe su nombre en letras molde _____

RECHAZO A LAS VACUNAS FORMA

Nombre del niño /la niña: _____ Número de identificación: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/la madre o el tutor: _____

El/La pediatra de mi hijo/a u otro proveedor de atención médica, _____, recomienda que mi hijo/a (nombrado/a anteriormente) reciba las vacunas e inmunizaciones.

Si cambia de opinión en cualquier momento, hable con el/la pediatra de su hijo/a u otro proveedor de atención médica. Siempre podrá elegir inmunizar a su hijo/a en el futuro.

Reconozco que he leído y comprendo este documento en su totalidad.

Firma del padre/la madre o el tutor: _____ Fecha: _____

Pediatra / Otro proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____



VIP KIDS CLINIC

3265 E. Warm Spring Rd.
Las Vegas, NV 89120
PH: (702)749-7979
Fax: (702)749-7985

RELEASE OF MEDICAL RECORDS

By signing this release of medical records, I authorize you to release confidential health information to the physician/facility or entity.

REQUESTING SENDING

Name/Facility Name: _____

Phone Number: _____

Fax Number: _____

Patient Name _____ DOB _____

Patient Name _____ DOB _____

Patient Name _____ DOB _____

All Records Vaccine Records Visit Notes Labs/Imaging

Parent/Guardian Name: _____

Parent/ Guardian Signature: _____

Relationship to child: _____

Witness Signature: _____ Date _____

PLEASE FAX ALL RECORDS TO (702) 749-7985. Thank You!