Pediatric Cardiology of Long Island

# FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE DE VISITA INICIAL
**(Página 1 de 4)**

**Fecha de visita:** _____

**Nombre:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

---

**Raza:** ☐Indio americano o nativo de Alaska ☐Asiático ☐Negro o afroamericano ☐Más de una raza
☐Nativo de Hawái ☐Otro isleño del Pacífico ☐Blanco ☐Se negó a informar/No informó

**Etnicidad :** ☐Hispano o latino ☐No hispano o latino ☐Se negó a informar/No informó

**Idioma:** ☐Inglés ☐Español ☐Otro: _____

---

**RAZÓN PARA VENIR AL MÉDICO HOY:**

**Motivo de la visita de hoy:** _____

**Momento/Comienzo:** ¿Cuándo aparecieron los primeros síntomas? _____

**Duración:** ¿Frecuencia de los síntomas? _____

**Caracterizado como/Gravedad:** En sus propias palabras o las de su hijo, describa los síntomas/dolor. _____

_____

**Signos y síntomas asociados:** ¿Hay otros síntomas asociados con su problema? _____

_____

**Factores modificadores:** ¿Qué hace que la condición mejore o empeore? _____

_____

---

**HISTORIAL DE NACIMIENTO:** *Describa a los pacientes:*

**Edad gestacional:** ☐Prematuro (cuántas semanas) _____ ☐Término completo ☐Postérmino

**Complicaciones del embarazo:** ☐Ninguna ☐Otras: _____

**Modo de entrega:** ☐Parto vaginal ☐Cesárea

**Complicaciones del parto:** ☐Ninguna ☐Otras: _____

**Peso al nacer:** _____

**Estancia en el hospital:** ☐Atención de rutina del recién nacido (Domicilio el: ☐Día 2 ☐Día 4 ☐Otro ____) ☐UCI neonatal (Cuánto tiempo ____) ☐Otro:

---

**HISTORIA MÉDICA PASADA:** *¿Alguna vez se le ha diagnosticado al paciente alguno de los siguientes (actualmente o en el pasado):*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐AÑADIR | ☐Anemia | ☐Cáncer | ☐Síndrome de Down | ☐ Colesterol alto |
| ☐TDAH | ☐Ansiedad | ☐Diabetes | ☐ Problema genético | ☐ Convulsiones |
| ☐Alergias | ☐ Asma | ☐Depresión | ☐ Presión arterial alta | ☐Problema de tiroides |

☐Otro: _____

_____

_____

_____

---

**HISTORIAL DE ALERGIAS:**

☐ **Ninguno** ☐ **NKDA (sin alergias conocidas a medicamentos)**

☐Acetaminofén (Tylenol) ☐Aspirina ☐Medios de contraste yodados ☐Penicilina ☐Sulfamidas

☐Otro: _____

_____

**HISTORIA DE QUIRÚRGICOS PASADOS:**

Enumere cirugías o lesiones significativas (Escriba "Ninguna" si no ha tenido cirugías o lesiones anteriores):

*Cirugías/Lesiones* *Fecha(s) o Edad/Cirujano*

_____

_____

_____

_____

**HISTORIAL DE MEDICAMENTOS:** *Enumere cualquier medicamento recetado o de venta libre, vitaminas, minerales y hierbas que usted (el paciente) esté tomando actualmente:* ☐**Actualmente no toma ningún medicamento**

| Nombre del medicamento | Dosis | Nombre del medicamento | Dosis |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**HISTORIA FAMILIAR:**

¿Algún miembro de la familia del paciente (padres, hermanos, abuelos, tías, tíos, primos) ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones (incluidos los familiares fallecidos)? *Coloque una "X" debajo del miembro de la familia con la condición e indique si el miembro de la familia falleció debido a esa condición.*

| | Madre | Padre | Hermano(s) | Abuelo(s) | Otro |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ Aneurismas | | | | | |
| ☐ Arritmia | | | | | |
| ☐ Miocardiopatía | | | | | |
| ☐ Defecto cardíaco congénito | | | | | |
| ☐ Sordera al nacer | | | | | |
| ☐ Diabetes | | | | | |
| ☐ Corazón agrandado | | | | | |
| ☐ Ataque cardíaco < 50 años | | | | | |
| ☐ Enfermedad cardíaca como adulto | | | | | |
| ☐ Cirugía del corazón | | | | | |
| ☐ Presión arterial alta | | | | | |
| ☐ Colesterol alto | | | | | |
| ☐ Latidos cardíacos irregulares | | | | | |
| ☐ Lupus | | | | | |
| ☐ Síndrome de Marfan | | | | | |
| ☐ Prolapso de la válvula mitral | | | | | |
| ☐ Marcapasos/Desfibrilador | | | | | |
| ☐ Síndrome de QT Prolongado | | | | | |
| ☐ Mortinatos | | | | | |
| ☐ Accidente Cerebrovascular | | | | | |
| ☐ SIDS | | | | | |
| ☐ Muerte súbita/accidental | | | | | |
| ☐ Síncope/desmayo | | | | | |
| ☐ Taquicardia | | | | | |
| ☐ Válvula de fuga/estrechamiento | | | | | |

☐Otro: _____

_____

_____

# FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE DE VISITA INICIAL (Página 3 de 4)

## HISTORIA SOCIAL:

Indique los miembros de la familia inmediata del paciente: ☐Madre ☐Padre ☐Hermano(s)____ ☐Hermana(s)_____
Otro (lista):_____

Describa su situación escolar *actual (la del paciente).* ☐Escuela regular ☐Educación especial ☐Tiempo completo ☐Tiempo parcial

Describa su uso *actual de* tabaco (el del paciente).
☐Fumador actual todos los días ☐Fumador actual algún día ☐Ex fumador ☐Nunca fumó ☐Desconocido
Segunda mano al tabaco/humo: ☐Ninguna ☐Mínima ☐Frecuente ☐Diariamente

¿Usted (el paciente) ha consumido alguna vez alguna droga ilícita? ☐Sí ☐No
En caso afirmativo, indique qué tipo de droga y con qué frecuencia_____

¿Usted (el paciente) toma bebidas alcohólicas? ☐Sí ☐No
En caso afirmativo, indique qué tipo de bebida y cuántas porciones por día: _____

¿Usted (el paciente) toma bebidas con cafeína? ☐Sí ☐No
En caso afirmativo, indique qué tipo de bebida y cuántas porciones por día: _____

Describa su rutina de ejercicios actual (la del paciente): ☐Inactivo ☐Ligero ☐Moderado ☐Intenso ☐Vigoroso

---

## REVISIÓN DE SISTEMAS:

¿El paciente ha experimentado recientemente alguno de los siguientes síntomas? *Por favor marque Sí o No para cada uno de los puntos a continuación*. Su médico discutirá cualquier respuesta positiva con usted.

| General: | Si | No |
|---|---|---|
| • Fatiga facil | ☐ | ☐ |
| • Infecciones Frecuentes | ☐ | ☐ |
| • Palidez | ☐ | ☐ |
| • Ganancia de Peso Pobre | ☐ | ☐ |
| • Perdida de Peso Reciente | ☐ | ☐ |
| • Aumento de Peso Reciente | ☐ | ☐ |

| Piel: | Si | No |
|---|---|---|
| •Color Anormal: Azul o Muy Palido | ☐ | ☐ |
| •Eccema | ☐ | ☐ |
| •Hemangiomas/Marcas de nacimiento | ☐ | ☐ |
| •Venas Prominentes | ☐ | ☐ |
| •Erupcion/Sarpullido | ☐ | ☐ |

| HEENT: | Si | No |
|---|---|---|
| •Vision borrosa | ☐ | ☐ |
| •Labios agrietados/doloridos/rojos | ☐ | ☐ |
| •Dolor de oido | ☐ | ☐ |
| •Lentes/Gafas/Lentes de contacto | ☐ | ☐ |
| •Perdida de la audicion | ☐ | ☐ |
| •Perdida o cambio de vision | ☐ | ☐ |
| •Congestion nasal | ☐ | ☐ |
| •Sangrado de nariz | ☐ | ☐ |
| •Ojos rosados/rojos | ☐ | ☐ |
| •Alergies Estacionales/Cronico | ☐ | ☐ |
| •Dolor de garganta | ☐ | ☐ |
| •Ojos lloroso | ☐ | ☐ |

| Cuello: | Si | No |
|---|---|---|
| •Dolor de cuello | ☐ | ☐ |
| •Rigidez en el cuello | ☐ | ☐ |
| •Hinchazon de cuello | ☐ | ☐ |

| Respiratorio: | Si | No |
|---|---|---|
| •Asma | ☐ | ☐ |
| •Dolor de pecho | ☐ | ☐ |
| •Respiracion dificultosa | ☐ | ☐ |
| •Tos frecuente | ☐ | ☐ |
| •Colapso pulmonar | ☐ | ☐ |
| •Respiracion ruidosa | ☐ | ☐ |
| •Neumonia | ☐ | ☐ |
| •Falta de aliento | ☐ | ☐ |
| •Jadear/Resollar | ☐ | ☐ |

# FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE DE VISITA INICIAL (Página 4 de 4)

*(Revisión de sistemas continuación)*

**Cardiovascular:** Si No
- Azuliado ☐ ☐
- Dolor de pecho ☐ ☐
- Mareo ☐ ☐
- Fatiga facil ☐ ☐
- Soplo cardiaco ☐ ☐
- Presion alta ☐ ☐
- Colesterol alto ☐ ☐
- Ritmo cardiaco irregular ☐ ☐
- Presion baja ☐ ☐
- Palpitaciones o latidos rapidos ☐ ☐
- Desmayarse ☐ ☐
- Mala tolerancia al ejercicio ☐ ☐

**Gastrointestinal:** Si No
- Tos/Asfixia al Comer ☐ ☐
- Dificultad para alimentarse ☐ ☐
- Diarrea frecuente ☐ ☐
- Frecuente vomitos ☐ ☐
- Acidez/Dolor de estomago ☐ ☐
- Pobre comedor ☐ ☐

**Genitourinario:** Si No
- Sangre en la orina ☐ ☐
- Disminucion de orina ☐ ☐
- Historia de infecciones del tracto urinario ☐ ☐
- Dolor al orinar ☐ ☐

**Musculoesqueletico:** Si No
- Abnormalidad de la cavidad toracica ☐ ☐
- Dolor articular o muscular. ☐ ☐
- Hinchazon articular o muscular ☐ ☐
- Articulaciones sueltas/ flexibles ☐ ☐
- Enrojecimiento/inflamacion de articulaciones ☐ ☐
- Escoliosis ☐ ☐

**Neurologico:** Si No
- Movimientos anormales ☐ ☐
- Diagnostico de TDA/TDAH. ☐ ☐
- Dificultad para hablar ☐ ☐
- Dolores de cabeza ☐ ☐
- Entumecimiento ☐ ☐
- Convulsiones ☐ ☐
- Debilidad ☐ ☐

**Psiquiatrico:** Si No
- Depresion ☐ ☐
- Cambios de humor ☐ ☐
- Nerviosismo ☐ ☐
- Arrebato de temperamento ☐ ☐

**Endocrina/Glandulas:** Si No
- Sudoracion excesiva ☐ ☐
- Sed/hambre excesiva ☐ ☐
- Intolerancia al calor o frio ☐ ☐

**Hematologia:** Si No
- Anemia ☐ ☐
- Moretones/sangrado faciles ☐ ☐
- Hinchado/agrandado ganglios linfaticos ☐ ☐

**Formulario completado por:**

☐Paciente, ☐Madre, ☐Padre, ☐Familiar: _____, ☐Personal: _____

☐Traductor: _____

**Revisión del médico:** _____ **Fecha:** _____

☐AMV ☐SGL ☐DML ☐AMSI

# PEDIÁTRICO CARDIOLOGÍA DE LONG ISLAND, P.C.

100 PORT WASHINGTON BOULEVARD, ROSLYN, NY 11576 516-365-3340 - FAX: 516-908-4214
232 BARNUM AVENUE, PORT JEFFERSON, NY 11777 631-331-5014
661 DEER PARK AVENUE, BABYLON, NY 11702 631-669-9624

CUENTA#:_____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

APELLIDO NOMBRE M . I.

FECHA DE NACIMIENTO:_____ SEXO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD, ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO CELULAR (1): _____ NOMBRE DEL CONTACTO: _____

ALTERNATIVA # (2):_____ NOMBRE DE CONTACTO: _____

PADRE/MADRE O GUARDIÁN LEGAL INFORMACIÓN:

Padre/Guardián # 1:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección:_____

Padre/Guardián # 2:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____

## INFORMACIÓN DE SEGURO:

PRIMARIO:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO:_____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ NÚMERO DE GRUPO: _____

NOMBRE DE TOMADOR DE SEGURO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN DE TOMADOR DE SEGURO: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE:_____

SECUNDARIO:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO:_____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ NÚMERO DE GRUPO: _____

NOMBRE DE TOMADOR DE SEGURO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN DE TOMADOR DE SEGURO: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE:_____

Nombre del padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del padre/Guardián:

_____

**POR FAVOR, liste todos los médicos que requerirán los resultados de esta visita de cardiología. LAS CARTAS CONSULTA SE ENVIARÁN POR FAX A LOS MÉDICOS INDICADOS A CONTINUACIÓN.**

**Las solicitudes de envío de registros médicos a cualquier persona que no figure a continuación requerirán que se complete un formulario de autorización de registro médico en nuestro sitio web.**

DOCTOR PRIMARIO:

NOMBRE DE MÉDICO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

DOCTORES ADICIONAL:

NOMBRE DE MÉDICO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE DE MÉDICO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE DE MÉDICO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

Nombre del padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del padre/Guardián:

_____

## Copago, coaseguro y deducible

Agradecemos su confianza al elegir Cardiología Pediátrica de Long Island. Por favor, tómese un momento para revisar la política financiera de nuestra oficina a continuación.

**COPAGOS:**
Si está inscrito en un plan de atención médica administrada con el que tenemos contrato, deberá pagar el copago del especialista cada vez que lo atiendan. Este pago debe realizarse antes de la cita. Si no está preparado al momento del servicio, se le aplicará un recargo de $25.00.

**COASEGURO:**
Además de los copagos y deducibles, algunos planes incluyen un coaseguro. Este es un porcentaje del monto de reembolso acordado entre usted y su compañía de seguros. Es SU responsabilidad conocer su coaseguro antes de ser atendido.
Se mantiene una tarjeta de crédito para estos saldos. El departamento de facturación se pondrá en contacto con usted antes de realizar el cargo. Si no recibimos el pago después de 90 días, se realizará el cargo automáticamente.

**DEDUCIBLE:**
Además de los copagos y coaseguros, algunos planes tienen un deducible anual. Este puede ser individual o familiar. Es SU responsabilidad conocer el monto de su deducible y si lo ha alcanzado antes de su consulta.
Se mantiene una tarjeta de crédito para estos saldos. El departamento de facturación se pondrá en contacto con usted antes de realizar el cargo. Si no recibimos el pago después de 90 días, se realizará el cargo automáticamente.

**Es responsabilidad del padre, madre, asegurado o paciente conocer su póliza de seguro. Es imposible obtener una garantía de pago hasta que se presente una reclamación. Por lo tanto, el paciente, padre, madre o guardián es responsable de cualquier cargo que no esté cubierto por su contrato.**

**PADRES DIVORCIADOS/SEPARADOS DE HIJOS MENORES:**

El padre o la madre que consiente el tratamiento de un menor es responsable del pago del copago, el coaseguro, el deducible y todos los servicios prestados. Cardiología Pediátrica de Long Island no se involucra en disputas de separación o divorcio.

Nuestra póliza de oficina es enviar tres facturas. Después de 90 días, su cuenta generará cargos financieros mensuales, de los cuales usted es responsable. Su estado de cuenta final le informará que el saldo se transferirá a una agencia de cobranza. Usted será responsable del saldo del seguro, los cargos financieros y cualquier costo que pueda resultar de los procedimientos de cobranza. Para evitar esto, le rogamos que pague su factura puntualmente. Si no entiende el motivo del saldo, no dude en contactarnos. Siempre estamos dispuestos a establecer un plan de pago.

Nombre del padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del padre/Guardián:

_____

# FINANCIERO EXENCIÓN

En contraprestación de los servicios prestados por su médico en Cardiología Pediátrica de Long Island a el abajofirmante paciente, el abajofirmante promesa(s) a pagar Pediátrico Cardiología de Long Island cualquier copago, coaseguro, deducible o otro cargos requerido a ser pagado por mi salud cobertura de seguro.

Nombre del padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del padre/Guardián:

_____

## AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

*Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede obtener acceso a dicha información.*

Esta oficina siempre ha reconocido la importancia de la privacidad; esta nueva ley federal formaliza las prácticas que se han seguido habitualmente. Como lo exige la nueva ley, hemos resaltado los puntos de interés para su revisión.

Fondo:
En 1996, el Congreso reconoció la necesidad de un estándar nacional de privacidad del paciente y, como parte de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), ordenó el establecimiento de un conjunto de normas para controlar el uso y la divulgación de la información médica, tal como la mantienen médicos, hospitales y planes de salud. La información médica se considera confidencial y personal, y la ley establece la protección del consumidor y limita su divulgación, al igual que protecciones similares ya promulgadas para cuentas bancarias, tarjetas de crédito e incluso alquiler de videos.

- Por ley, no se requiere consentimiento para hablar sobre su tratamiento médico con otros médicos o profesionales de la salud. Esto también permite que se le solicite una receta médica en su farmacia y que se programe una cirugía en un hospital.
- Además, no se necesita consentimiento durante la realización de operaciones de atención médica, como la evaluación de calidad, o en la comunicación con su compañía de seguros para cuestiones relacionadas con el pago, o para usos incidentales, como anunciar un nombre en una sala de espera o el uso de hojas de registro.
- Sin embargo, esta oficina siempre ha ido un paso más allá para protegerlo y no cree en divulgar información específica sobre usted a ninguna empresa o entidad gubernamental sin su consentimiento por escrito.
- Se requiere una autorización específica para divulgar información protegida en una circunstancia no rutinaria, como a su empleador o para utilizarla en la comercialización de un producto.
- Su información médica podrá ser divulgada para fines de investigación y salud pública siempre y cuando no se le identifique individualmente.
- Usted tiene derecho a solicitar la divulgación de su información médica.
- Puede sugerir restricciones adicionales con respecto a ciertos usos y divulgaciones, si lo desea.
- Partes de este aviso pueden ser modificadas y/o enmendadas según las regulaciones gubernamentales.
- La ley exige que usted reconozca la recepción de este aviso.

Gracias.

Cardiología pediátrica de Long Island

Tengo revisado a copia de Pediátrico Cardiología de Aviso de Long Island de Privacidad Prácticas.

Nombre del padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del padre/Guardián:

_____

Pediatric Cardiology of Long Island

Firma del personal: _____ Fecha: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____