



Instituto Pediátrico de Nariz, Oído y Garganta del Sur de Texas
Certificado en Otorrinolaringología- Cirugía de Cabeza y Cuello
Otorrinolaringólogo Pediátrico- Cirugía de Cabeza y Cuello

Por favor complete e imprima la forma y llévela a nuestra oficina para facilitar su visita!

Domicilio y número de formacia preferida: _____

Historia Médica del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Doctor: _____

¿A que se debe su visita?¿Enque le podemos servir? _____

Historia Médica :

Enfermedades Anteriores:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Medicinas:

1) _____ 3) _____

2) _____ 4) _____

Alergias a Medicinas:

Medicina 1: _____ Qué Sucedió: _____

Medicina 2: _____ Qué Sucedió: _____

Cirujías Anteriores:

Por favor marque "Si" ó "No" para indicar si su hijo (a) tiene alguna de las siguientes enfermedades;
Si marca "Sí", por favor explique.

Infecciones de Oído: O Si O No

Cuántas infecciones ha tenido en los últimos 12 meses?

¿Hubo algun descarga con las infecciones del oído? O Si O No

¿En los dos oídos hubo problemas ó solamente en uno? O Los dos oídos O Sólo uno

¿Hubo fiebre relacionada con la infección del oído? O Si O No

¿Hubo problemas de sordera con las infecciones? O Si O No

Qué antibióticos ha tomado su hijo para las infecciones del oído?

Problemas de nariz ó sinusitis: O Si O No

Si sí, por favor describa los problemas:

Infecciones de le Garganta: O Si O No

Cuántas infecciones de la garganta ha tenido en el ? _____

Cuántas infecciones de la garganta ha tenido en el último año? _____

Ha Habido fiebres con estas infecciones? O Si O No

Qué antibióticos ha tomado su hijo para las infecciones de la garganta? _____

Problemas de sueño o ronquido O Si O No

Existen problemas al dormir con inquietud constante ? O Si O No

Su hijo tiene pausas durante el ciclo de sueño? O Si O No

Si existen pausas, cuanto duran?? _____

Cambia el color de piel durante el sueño? O Si O No

Problemas de Alergias: O Si O No

Su hijo tiene estornudos frecuentes, comezón y ojos llorosos?: O Si O No

Qué medicamentos para alergias ha tomado su hijo?? _____

Su hijo tiene un especialista en alergias? O Si O No

Cuál es el nombre? _____

Tooma su hijo(a) inmunoterapia para las alergias? O Si O No

Problemas en la Vías Respiratorias: O Si O No

Por favor describe el problema resiratorio: _____

Existe ruido durante los problemas respiratorios? O Si O No

El ruido ocurre cuando inhala ó exhala aire? O Inhala O Exhala O Los Dos

Cambia el color de la piel durante los problemas respiratorios? O Si O No

He revisado la información anterior.

Juan A. Bonilla, M.D.

R.Donald Moe, M.D.



Instituto Pediátrico de Nariz, Oído y Garganta del Sur de Texas
Certificado en Otorrinolaringología- Cirugía de Cabeza y Cuello
Otorrinolaringólogo Pediátrico- Cirugía de Cabeza y Cuello

Póliza Financiera

Gracias por escoger el Instituto Pediátrico de Nariz, Oído y Garganta del Sur de Texas, P.A. como su proveedor de asistencia médica; estamos comprometidos a ofrecer a su hijo con el mejor cuidado médico.

Nuestro departamento de facturación estará disponible para informarle sobre nuestros cargos y el funcionamiento de esta póliza para responder a todas sus preguntas.

Pedimos que todos los representantes lean y firmen nuestra Póliza Financiera, así como completar la forma de la información del paciente antes de su visita con el Médico.

Los pagos por los servicios deben ser pagados al tiempo en que se recibió el servicio. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, Visa, Master Card, y Discover. Nos complace ayudarle a archivar su demanda de seguro para reembolso. En casos especiales, podemos no aceptar la asignación para los beneficios del seguro.

Sin embargo debe entender lo siguiente

Iniciales Requeridas

- 1) Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su gerente y la compañía de seguro. Nosotros NO somos parte de ese contrato. Nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguro. No podemos involucrarnos en conflictos entre usted y sus cargos generales. Nuestra participación será limitada en proveer la información efectiva para facilitar el proceso de pagar los honorarios.
 - 2) Todos los cargos son su responsabilidad aunque su compañía pague o no. No todos los servicios cubren los beneficios de su plan médico. Algunas compañías de seguro tienen ciertos servicios que no cubren, por ejemplo, cirugía plástica o exámenes de audición.
 - 3) Los cargos por los servicios, junto con sus deducibles y pagos sin pagar, son al tiempo en que el servicio fue efectuado.
 - 4) Si su compañía de seguro no paga nuestros servicios dentro de 45 días, es su responsabilidad contactar a su aseguradora para apresurar el pago. Sin embargo, si su compañía paga su cuenta existe un reembolso, bajo ciertas circunstancias el proceso de reembolso tomará, pero no excederá seis semanas. Para acelerar su reembolso; es preferible efectuar el pago con tarjeta de crédito. Si nuestra oficina encuentra que el paciente debe honorarios por nuestros servicios, el reembolso será aplicado a lo que se debe.
-



Instituto Pediátrico de Nariz, Oído y Garganta del Sur de Texas
Certificado en Otorrinolaringología- Cirugía de Cabeza y Cuello
Otorrinolaringólogo Pediátrico- Cirugía de Cabeza y Cuello

_____ 5) Los cheques rechazados y balances sin pagar serán sujetos a colección, y cargos de colección. El cargo por cheques rechazados es de \$25.00.

_____ 6) Estoy de acuerdo a pagar, de manera actual, cualquier balance por cargo profesional sobre ó debajo del pago de seguro.

_____ 7) Todos los pagos de Medicaid serán pagados por el paciente si no autorización valida en el documento.

Entendemos que problemas temporales financieros pueden afectar los pagos a tiempo de su balance. Lo motivamos a que nos comunique sus problemas, para que puédamos mantener su cuenta en buen estado.

Gracias por escoger el Insituto Pediátrico de Oído, Nariz y Garganta, P.A. como su proveedor de asistencia médica. Apreciamos su confianza en nosotros y nos complace ofrecerle la oportunidad de servirlo.

Firms: _____ Fecha: _____



Instituto Pediátrico de Nariz, Oído y Garganta del Sur de Texas
 Certificado en Otorrinolaringología- Cirugía de Cabeza y Cuello
 Otorrinolaringólogo Pediátrico- Cirugía de Cabeza y Cuello

Información de Seguro y Datos Demográficos

(Para aceptar las regulaciones de HIPAA, toda la información debe ser completada)

Información del Paciente			
Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo O M O F
Dirección	Ciudad y Estado	Código Postal	Teléfono de Casa
Nombre de la Mamá	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal		Tel. celular
Gerente de la Mamá	Ocupación	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Dirección del Gerente	Ciudad y Estado	Código Postal	Work Phone
Nombre del Papá	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal		Tel. celular
Gerente de la Papá	Ocupación	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Dirección del Gerente	Ciudad y Estado	Código Postal	Teléfono del Trabajo
Contacto de Emergencia (Aparte de los Padres)	Relación con el Paciente		Teléfono de Casa
Estado Civil de los Padres <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separados <input type="radio"/> Divorciados <input type="radio"/> Otro			
Información del Seguro			
Seguro Primario	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal		Teléfono del Seguro
Nombre del Asegurado/Beneficiado	Número de Poliza		Número de Grupo
Este niño está cubierto bajo otro plan de seguro médico? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			
Seguro Secundario	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal		Teléfono del Seguro
Nombre del Asegurado/Beneficiado	Número de Poliza		Número de Grupo
Número de Medicaid	Número de CID	Nombre en la Tarjeta	Número de cuenta
Información del Doctor			
Doctor Pediatra/ Familiar	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal		Teléfono Fax
Firma del Responsable		Fecha	



Instituto Pediátrico de Nariz, Oído y Garganta del Sur de Texas
Certificado en Otorrinolaringología- Cirugía de Cabeza y Cuello
Otorrinolaringólogo Pediátrico- Cirugía de Cabeza y Cuello

Consentimiento para Tratamiento Medico

Yo _____, soy el:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Padro
Tutor Legal
Otro
(por favor especifique)

of _____

Yo autoricé la siguiente lista de personas relacionadas para tomar decisiones
médicas/quirúrgicas cuando sea necesario

Doy consentimiento a

<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

Dr. Juan A Bonilla
Dr. R. Donald Moe
Scott Duhaime, MPAS PA-C

Y a sus asociados para examinar y administrar cualquier cuidado médico/quirúrgico cuando sea necesario
para:

Nombre del Paciente

Firma

Fecha



WWW.PEDIENT.COM

Instituto Pediátrico de Nariz, Oído y Garganta del Sur de Texas
Certificado en Otorrinolaringología- Cirugía de Cabeza y Cuello
Otorrinolaringólogo Pediátrico- Cirugía de Cabeza y Cuello

INSTITUTO PEDIÁTRICO DE OÍDO, NARIZ, Y GARGANTA DEL SUR DE TEXAS, P.A. RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS PRIVADAS

Yo, _____ he recibido una copia del aviso de esta oficina
sobre las Prácticas Privadas.

Por favor escriba su nombre

Fecha de Nacimiento

Fecha

Firma de los Padres

Para uso de la Oficina

Intentamos obtener un registro escrito del recibo de nuestro Aviso de las Prácticas Privadas, pero el reconocimiento no se podía obtener porque

- Individuo no dispuesto a firmar
 - Problemas en la comunicación prohibieron obtener el reconocimiento
 - Una situación de emergencia evitó que obtuviéramos el reconocimiento
 - Otro (por favor especifique)
-



Instituto Pediátrico de Nariz, Oído y Garganta del Sur de Texas
Certificado en Otorrinolaringología- Cirugía de Cabeza y Cuello
Otorrinolaringólogo Pediátrico- Cirugía de Cabeza y Cuello

CONSENT FOR ELECTRONIC MAIL (EMAIL) USE

I, _____ am the legal representative of an established patient _____

(please print patient name)

I may want to communicate with Pediatric Ear, Nose and Throat Institute of South Texas Providers and staff by use of email. I understand the risks of communicating be email, in particular the privacy risks. I understand that PENT cannot guarantee the security and confidentiality of e-mail communication. PENT will not be responsible for messages that are not received or delivered due to technical failure, or for disclosure of confidential information unless caused by intentional misconduct. I understand that I may revoke this consent at any time by advising PENT in writing of my decision. My revocation of consent will not affect my ability to obtain future health care nor will it cause the loss of any benefit to which I am otherwise entitled. I have read and understand this form. I have had the opportunity to ask questions and have had them answered to my satisfaction. I understand and agree with the information contained in this form and give my consent for email communications to and from PENT.

PATIENT AUTHORIZATION/EMAIL:

Patient Authorized Email Address (please print)

Patient Name (please print)

Fecha de Nacimiento

Signature

Date