

# HOJA DE INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Origen del paciente \_\_\_\_\_

Estado civil de los padres: Casados \_\_\_\_\_ Solteros \_\_\_\_\_ Divorciados \_\_\_\_\_ Separados \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Nombre del padre \_\_\_\_\_

Seguro social # \_\_\_\_\_ Seguro social # \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono de celular \_\_\_\_\_ Teléfono de celular \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Persona responsable \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Seguro social # \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llame \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Razón por su visita \_\_\_\_\_

Compañía principal de seguro medico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección donde se envían los cobros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Numero de la póliza \_\_\_\_\_

Numero de grupo \_\_\_\_\_ Nombre de la persona poseedora de la póliza \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Compañía de seguro medico secundaria \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección donde se envían los cobros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Numero de la póliza \_\_\_\_\_

Numero de grupo \_\_\_\_\_ Nombre de la persona poseedora de la póliza \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Medico principal o nombre del pediatra \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Hay alguien en su familia que fuma ? \_\_\_\_\_ Quien \_\_\_\_\_

**Se espera que todos costos se paguen después de recibir los servicios a no ser que sean los de un paciente hospitalizado**

YO AQUI PRESENTE AUTORIZO AL DOCTOR MENCIONADO ANTERIORMENTE PARA QUE OBTENGA MIS ARCHIVOS MEDICOS DE OTRAS FUENTES CUANDO SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE. YO AQUI PRESENTE AUTORIZO PARA QUE SE LIBERE INFORMACION CON EL TRATAMIENTO DE ESTE PACIENTE A OTROS MEDICOS ENVUELTOS EN EL CUIDADO Y TRATAMIENTO DE ESTE PACIENTE. YO AQUI PRESENTE AUTORIZO PARA QUE SE INFORME A LA COMPANIA DE SEGUROS CUANDO SE NECESITE PARA ENVIAR LOS COBROS QUE SE HAN CREADO POR ESTE PACIENTE. YO AQUI PRESENTE AUTORIZO PAGO DE LOS BENEFICIOS POR MEDIO DE LA COMPANIA DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDEN Y SOY RESPONSABLE POR LA CANTIDAD NO CUBIERTA POR LA COMPANIA DE SEGUROS. UNA COPIA DE ESTA INFORMACION ES VALIDA COMO EL ORIGINAL.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O PERSONA RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
# DE PACIENTE

**Georgia Pediatric Pulmonology Associates, P.C.  
Paciente Autorizacion para LANZAR la informacion  
protegida de la salud**

Esta autorizacion permite que Georgia Pediatric Pulmonology Associates, P.C. utilicen y/o divulgen individualmente la informacion identificable siguiente de la salud sobre mi (Describe especificamente la informacion que se utilizara o divulgada, por ejemplo fecha de servicio, el nivel del detalle que se lanzara, el origen de la informacion, etc.) Estoy enterado que yo no tengo que firmar esta autorizacion en orden de recibir tratamiento de Georgia Pediatric Pulmonology Associates, P.C.

Informacion Medica Sobre:

\_\_\_\_\_  
**Escriba el nombre entero  
del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento del  
paciente**

\_\_\_\_\_  
**Escriba nombre del Padre/Guardia  
Legal (Si tiene 18 anos O mayor)**

\_\_\_\_\_  
**Numero de telefono del dia**

**Compruebe (✓) uno, Yo soy el:**  **Paciente (de 18 anos o mayor)**  **Padre o/**  **Guardia Legal con custodia ( por favor explique la relacion al paciente)** \_\_\_\_\_

**Para el uso de la oficina solamente:**

**Llamada para tomar expedientes:**

\_\_\_\_\_  
telefono del dia

**Expedientes por fax:**

\_\_\_\_\_  
escriba nombre de individuo(s) o la agencia

\_\_\_\_\_  
fecha recogido

(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
numero de fax

**O**

**Expedientes por correo:**

\_\_\_\_\_  
escriba nombre de individuo(s) o la agencia

\_\_\_\_\_  
escriba (direccion de la calle o numero de la caja postal)

\_\_\_\_\_  
escriba (ciudad, estado y codigo postal)

- No pongo limitaciones en historia o enfermedades (incluyendo VIH, y/o SIDA, genetico, dependencia de droga o informacion psiquiatrica) o informacion diagnostica y terapeutica, incluyendo cualquier tratamiento alcohólico, abuso de droga, o desordenes psiquiatricas.
- Autorizo la inspeccion de la informacion arriba por la agencia/persona nombrada arriba O a equipar del Photostat o de otras copias
- Entiendo que a menos que de otra manera limitado por estado o regulacion federal, puedo retirar este consentimiento a cualquier tiempo sometiendo mi solicitud de retiro en escritura. El retiro de esta autorizacion no afecta ninguna informacion de salud antes de que Georgia Pediatric Pulmonology Associates recibio en escritura el aviso de retiro.
- Yo por este medio lanzo ha Georgia Pediatric Pulmonology Associates, PC y sus oficiales, directores, agentes y empleados de cualquier o toda responsabilidad, dano, perdida, o demando, que puede presentarse del lanzamiento de infomacion, autorizado arriba.
- En fomento de esta autorizacion, Yo por este medio renuncio todas provisiones de la ley y inmunidad relacionado a los accesos por este medio autorizado.
- Yo por este medio reconozco que he hido ( o he tenido ha alguien leerme) las declaraciones de arriba y que entiendo completamente las declaraciones de arriba y que entiendo completamente las declaraciones de arriba y expreso y voluntariamente autorizo la declaracion de esta informacion medica al individuo, agencia nombrada arriba.

Qualquier declaracion de informacion medica por recipiente es prohibido excepto cuando implicito en proposito de esta autorizacion.

Esta autorizacion expira \_\_\_\_\_ (inserte fechas, eventos o no expiracion designada) o en 6 meces (12 meces para solicitudes escolares), cualquier sea mas corto, y ningun uso mas/accesos como descrito arriba se puede usar despues de la expiracion. Autorizacion sigue aplicada para fechas de tratamiento especificos antes de y en la fecha de la firma, a menos que si no especifique. Especifica excepciones para fecha de futuro lanzamientos son:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_