



Welcome to Pediatric Medical Group of Santa Maria! We are looking forward to seeing you at your future appointment.

Our office requires the following items in order to better meet your child's healthcare needs and reduce your wait time at your first appointment.

1. Completed and signed forms to return:
  - a. Patient Information
  - b. Policy and Notice Acknowledgment
  - c. Medical History Form
  - d. Authorization for the Release of Medical Information – Needed in order to transfer your child's records from a previous clinic.
  - e. No Show Policy
  - f. CHDP Pre-Enrollment Application – Only complete if your child has no insurance or your insurance does not cover well exams and you are applying for a free well exam on your first visit.
2. Copy of your insurance, Cencal Health, or Medi-Cal card
3. Copy of your child's immunization record

If possible, we would prefer to receive your completed forms **at least 24 hours prior** to your appointment by:

1. **Scan/Email** – [reg2@pmgsm.com](mailto:reg2@pmgsm.com)
2. **Fax:** 805-361-0345
3. **Drop off:** 1430 E. Main St. Suite 100 – Records and Registration Office

If you are unable to get us the forms 24 hours prior to your appointment, please bring your completed forms to your registration appointment on the day of your appointment.

Once we receive the forms our office staff will call and confirm that we have received them.

---

Bienvenido a Pediatric Medical Group de Santa María! Esperamos verlos en su futura cita.

Nuestra oficina requiere los siguientes elementos con el fin de satisfacer mejor las necesidades de atención médica de su hijo (a) y reducir su tiempo de espera en su primera cita.

1. Formas que tiene que regresar completadas y firmadas:
  - a. Información del paciente
  - b. Política y Aviso de reconocimiento
  - c. Formulario del Historial Médico
  - d. Autorización para la Divulgación de Información Médica – Necesaria para transferir archivos de su hijo de una clínica anterior
  - e. Política de Inasistencia
  - f. CHDP Solicitud de preinscripción – Sólo completar si su hijo no tiene seguro médico o si su seguro no cubre exámenes médicos y usted está aplicando para el examen de salud gratis en su primera visita.
2. Copia de su seguro medico, Cencal Health, o tarjeta de Medi-Cal
3. Copia de la cartilla de vacunación de su hijo

Si es posible, preferimos recibir sus formularios completos **al menos 24 horas antes** de su cita a través de:

1. **Escanear/Correo Electrónico** – [reg2@pmgsm.com](mailto:reg2@pmgsm.com)
2. **Fax:** 805-361-0342
3. **Devolverlos:** 1430 E. Main St. Suite 100 – Oficina de documentación y registraci3n

Si no es posible que usted nos devuelva los formularios 24 horas antes de su cita, por favor traiga sus formas completadas a su cita de registraci3n en el d3a de su cita.

Una vez que recibamos las formas, nuestro personal de oficina le llamara para confirmarle que los hemos recibido.

IDIOMA PREFERIDO: INGLÉS / ESPAÑOL / OTRO \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE**

|                                    |   |  |
|------------------------------------|---|--|
| NOMBRE (NOMBRE, INICIAL, APELLIDO) |   | FECHA DE NACIMIENTO<br>/ /   |
| SEXO<br>M o F                      | RAZA (Indique con un círculo) Requerido por agencia del gobierno<br>1. Asían<br>2. Negra<br>3. Caucasiano | ETNICIDAD (Circulo, es necesario por agencia validos)<br>1. Chino 4. Hispano 7. Otro/Negarse<br>2. Cubano 5. Indio<br>3. Filipino 6. Japonés |

**INFORMACION DEL PADRE/TUTOR – Persona Responsable de la Cuenta**

|   |                         |                            |
|---|-------------------------|----------------------------|
| NOMBRE (NOMBRE, INICIAL, APELLIDO)  |                         | FECHA DE NACIMIENTO<br>/ / |
| TELEFONO CELULAR<br>( )   | TELEFONO DE CASA<br>( ) | LICENCIA DE MANEJAR #      |
| DOMICILIO DE CORREO   | CIUDAD                  | ESTADO ZONA POSTAL         |
| RELACIÓN CON EL NIÑO/NIÑA: (Por Favor Marque)<br>MADRE ___ PADRE ___ TUTOR ___ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO: |                         |                            |

**INFORMACION DEL OTRO PADRE/TUTOR**

|  |                         |                            |
|--|-------------------------|----------------------------|
| NOMBRE (NOMBRE, INICIAL, APELLIDO)   |                         | FECHA DE NACIMIENTO<br>/ / |
| TELEFONO CELULAR<br>( )  | TELEFONO DE CASA<br>( ) | LICENCIA DE MANEJAR #      |
| DOMICILIO DE CORREO (SOLAMENTE SI ES DIFERENTE)  | CIUDAD                  | ESTADO ZONA POSTAL         |
| RELACION CON EL NIÑO/NIÑA : (Por favor Marque)<br>MADRE ___ PADRE ___ TUTOR ___ DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: |                         |                            |

**INFORMACION DE TRABAJO**

|                          |           |                             |
|--------------------------|-----------|-----------------------------|
| EMPLEO DE LA MADRE/TUTOR | OCUPACIÓN | TELEFONO DEL TRABAJO<br>( ) |
| EMPLEO DEL PADRE/TUTOR   | OCUPACIÓN | TELEFONO DEL TRABAJO<br>( ) |

**CONTACTO DE EMERGENCIA (UNA PERSONA QUE NO VIVA EN SU CASA)**

|                              |                           |
|------------------------------|---------------------------|
| NOMBRE (NOMBRE, APELLIDO)    | RELACIÓN CON EL NIÑO/NINA |
| DOMICILIO CIUDAD ZONA POSTAL | TELEFONO<br>( )           |

**INFORMACIÓN DE LA FARMACIA**

|           |              |
|-----------|--------------|
| FARMACIA: | CALLE/CIUDAD |
|-----------|--------------|

**AUTORIZACIÓN – Yo autorizo a las siguientes personas para traer a mi niño/niña a sus citas medicas. Yo entiendo, que soy responsable financieramente a los cargos incurridos por mi niño/niña. Toda información confidencial acerca de la salud de mi niño/niña puede ser compartida a la persona autorizada durante esta visita.**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL

FECHA

**CONSENTIDO / AUTHORIZACIÓN** Política y Aviso de reconocimiento

Yo entiendo que Pediatric Medical Group mantendrá los registros, contratos e información general de mi niño/niña. Ninguna información será proporcionada a ninguna persona o entidad sin mi consentimiento. Estoy consciente que alguna de esta información relacionada a los servicios proporcionados a mi niño/niña puede ser proporcionada para recibir reembolso de un plan de seguro público o privado.

- I. Yo autorizo proporcionar cualquier información necesaria medica, psiquiatrica o de medicinas para el proceso de reclamo a mi plan de seguro.
- II. Yo autorizo el reclamo de pago de los beneficios de mi plan de seguro, dicho pago será enviado directamente a el doctor.
- III. Yo estoy de acuerdo que esta autorización cubrirá todos los cargos de servicios médicos proporcionados, hasta que dicha autorización sea cancelado por mi.
- IV. Yo estoy de acuerdo que una fotocopia de esta forma puede usarse en el lugar del original.
- V. Yo comprendo que Yo soy responsable de los cargos no pagado por mi seguro.

**POLIZA FINANCIERA**

- 1. Pago por el servicio de vera ser pagado completamente antes de ver al doctor.
- 2. Nosotros aceptamos Cash, Cheque, O Tarjeta de Crédito. (Visa / MasterCard / Discover)
- 3. Si usted no puede pagar por completo por favor de vernos en la oficina de registro, antes de atender su cita con el doctor.
- 4. Hay un sobrecargo de \$25.00 por los cheques sin fondos.
- 5. Para los pacientes que viven fuera de esta ciudad se requiere el pago completo inmediato, antes de ver al doctor. Todo el dinero recibido de su plan de seguro, será devuelto a usted como reembolso.
- 6. Toda cuenta que ha sido enviada a una agencia de colección, deberá ser pagada inmediatamente, para evitar cobros adicionales a su cuenta.
- 7. El padre o guardián legal, será responsable de los cargos en la cuenta que no fueron pagados por su plan de seguro.

**PÓLIZA DE PLAN DE SEGUROS**

- 1. Nosotros le cobraremos a su plan de seguro como una cortesía a usted, con la confirmación de que usted es elegible para los servicios médicos. Si no se puede confirmar su elegibilidad, usted deberá pagar su cuenta completa inmediatamente.
- 2. Con los planes de seguro de Co-pago, Co-seguro, y Parte de costo, su cuenta deberá ser pagada antes de su cita con el doctor. Estos cobros no serán enviados a su plan de seguro.
- 3. Si su plan de seguro, no paga su cuenta en los primeros 60 días, su balance en su cuenta deberá ser pagada inmediatamente..
- 4. Si usted quiere hacer un reclamo de pago o no pago a su plan de seguro, nosotros podemos proporcionarle toda la información necesaria para su reclamo. Recuerde que el contrato de su plan de seguro fue hecho entre usted y su aseguranza, y nosotros no podemos intervenir en este proceso.
- 5. Yo pido que el pago bajo mi plan de seguro sea hechos directamente a **PEDIATRIC MEDICAL GROUP OF SANTA MARIA, INC.** Yo entiendo que soy financieramente responsable por los cobros no pagados por mi plan de seguro.

**REVELACION DE LOS REGISTROS DEL PACIENTE**

En general, la regla de privacidad de la HIPAA da al individuo el derecho de pedir una restricción a el uso y revelación de su información médica (PHI). También se le provee al individuo el derecho de pedir comunicaciones confidenciales o que las comunicaciones de PHI sean hechas de otros modos, como enviar por correo dicha información a su oficina envés de a su casa. Si usted no autoriza la correspondencia o mensajes por correo o teléfono que aparece al frente de esta forma, por favor dejenos saber.

**AVISO DE PRIVACIDAD**

He recibido una copia de aviso de privacidad de la oficina de Pediatric Medical Group.

Al firmar abajo en esta forma, certifico que he leído, entendido y estoy de acuerdo al Consentimiento/Autorización, Póliza Financiera, Póliza de Seguro y Aviso de Privacidad del Pediatric Medical Group.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL**

\_\_\_\_\_  
 FECHA

\_\_\_\_\_  
**ESCRIBA EL NOMBRE DE PADRE/GUARDIÁN LEGAL**

**HISTORIAL MEDICO**

**INFORMACION SOBRE EL PACIENTE**

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA (NOMBRE, INICIAL, APELLIDO) COMO APARECE EN LA ASEGURANZA

|  |      |  |
|--|------|--|
| SEXO<br><input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO<br>/ /                   |
| NOMBRE DE LA MADRE (NOMBRE, INICIAL, APELLIDO)                         |      | NOMBRE DEL PADRE (NOMBRE, INICIAL, APELLIDO) |

**HISTORIA MEDICA FAMILIAR (OPRIMA NO O MARQUE QUES SI Y MARGUE RELACION CON EL PACIENTE)**

| NO    | YES -                    | Padre | Madre | Hermano | Hermana | Otro  | NO                     | YES -                     | Padre | Madre | Hermano | Hermana | Otro  |
|-------|--------------------------|-------|-------|---------|---------|-------|------------------------|---------------------------|-------|-------|---------|---------|-------|
| _____ | Artritis                 | _____ | _____ | _____   | _____   | _____ | _____                  | Alta Presion Arterial     | _____ | _____ | _____   | _____   | _____ |
| _____ | Asma /Fiebre de Heno     | _____ | _____ | _____   | _____   | _____ | _____                  | Enfermedad de los Rinones | _____ | _____ | _____   | _____   | _____ |
| _____ | Cancer                   | _____ | _____ | _____   | _____   | _____ | _____                  | Desordenes Mentales       | _____ | _____ | _____   | _____   | _____ |
| _____ | Dependencia Quimica      | _____ | _____ | _____   | _____   | _____ | _____                  | Migraña                   | _____ | _____ | _____   | _____   | _____ |
| _____ | Convulsion / Epilepcia   | _____ | _____ | _____   | _____   | _____ | _____                  | Tuberculosis              | _____ | _____ | _____   | _____   | _____ |
| _____ | Diabetes                 | _____ | _____ | _____   | _____   | _____ | Otro (explicar): _____ |                           |       |       |         |         |       |
| _____ | Enfermedades Del Corazon | _____ | _____ | _____   | _____   | _____ |                        |                           |       |       |         |         |       |
| _____ | Hemofilia                | _____ | _____ | _____   | _____   | _____ |                        |                           |       |       |         |         |       |

**INFORMACION SOBRE EL NACIMIENTO**

|   |                   |
|---|-------------------|
| HOSPITAL  | OBSTETRICO        |
| TIPO DE PARTO<br><b>Vaginal</b> _____ <b>Cesarea</b> _____        | COMPLICACIONES    |
| PESO AL NACER   | ESTATURA AL NACER |
| TUVO EL BEBE ALGUN PROBLEMA INMEDIATAMENTE O AL MOMENTO DE NACER? |                   |

ANOTE LA EDAD CUANDO EL NIÑO POR PRIMERA VEZ:

Sostuvo la Cabeza Levantada \_\_\_\_\_ Se Rio o Hizo Gorgoritos \_\_\_\_\_ Se Sento \_\_\_\_\_ Primera Palabra \_\_\_\_\_  
 Aprendio A Ir Al Bano \_\_\_\_\_ Camino \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE LA SALUD**

ESTA SU NIÑO/NIÑA RECIBIENDO MEDICAMENTO?  NO  SI : POR FAVOR ANOTE LOS MEDICAMENTOS, SUBSTANCIAS O YERBAS SUPLEMENTALES:

HA SIDO SU NIÑO/NIÑA HOSPITALIZADO RECIENTEMENTE ?  NO  SI

Fecha: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

SU NIÑO/NIÑA TIENE ALERGIAS ? SI RESPONDE SI, POR FAVOR DE ANOTAR QUE TIPO DE ALERGIAS  NO  SI

ANOTE LAS ALERGIAS: \_\_\_\_\_

HA TENIDO EL NIÑO/NIÑA ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O PROBLEMAS ? (MARQUE SI O NO):

| SI    | NO                    | SI    | NO                       | SI    | NO                        |
|-------|-----------------------|-------|--------------------------|-------|---------------------------|
| _____ | _____                 | _____ | _____                    | _____ | _____                     |
| _____ | Anemia                | _____ | Diabetes                 | _____ | Mononucleosis             |
| _____ | Asma                  | _____ | Abuso de Alcohol/Drogas  | _____ | Paperas                   |
| _____ | Orinarse en la Cama   | _____ | Infecciones en el oido   | _____ | Neumonia                  |
| _____ | Defecto al Nacer      | _____ | Epilepsia                | _____ | Fiebre Reumatica          |
| _____ | Problema de Vejiga    | _____ | Desmayos                 | _____ | Sinusitis                 |
| _____ | Sangrado Excesivo     | _____ | Problemas Auditivos      | _____ | Problemas de Habla        |
| _____ | Cancer                | _____ | Problemas al Corazon     | _____ | Enfermedad de la Tiroides |
| _____ | Paralisis/Cerebral    | _____ | Hepatitis                | _____ | Tuberculosis              |
| _____ | Varicela              | _____ | Enfermedad a los Rinones | _____ | Enfermedades Urinarias    |
| _____ | Constipacion, Diarrea | _____ | Envenenamiento por Plomo | _____ | Problema de Vision        |
| _____ | Convulsiones          | _____ | Enfermedad del Hgado     | _____ | Otro                      |

**AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA /  
AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF MEDICAL INFORMATION**

**1. NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE HOY:** \_\_\_\_\_

| <input checked="" type="checkbox"/> | <b>REGISTROS DE (FROM):</b>      | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>REGISTROS PARA (TO):</b>  |
|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>            | Pediatric Medical Group          | <input type="checkbox"/>            | Pediatric Medical Group: Attn: Privacy Official<br>1430 E. Main St. Suite 201, Santa Maria, CA 93454<br>Phone: (805) 922-3548 ext. 311 Fax: (805) 361-0345 |
| <input type="checkbox"/>            | <b>Otro:</b>                     | <input type="checkbox"/>            | <b>Otro:</b>   |
|                                     | Organización/ Nombre de persona  |                                     | Organización/ Nombre de persona  |
|                                     | Dirección/calle                  |                                     | Dirección/calle  |
|                                     | Ciudad Estado Código Postal      |                                     | Ciudad Estado Código Postal  |
|                                     | ( ) ( )                          |                                     | ( ) ( )  |
|                                     | Número de teléfono Número de fax |                                     | Número de teléfono Número de fax   |

**3. SOLICITANDO EXPEDIENTE PARA LAS FECHAS DE SERVICIO:** De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_.

**4. TIPO DE EXPEDIENTES SOLICITADOS:**

Archivo Completo  Registro de vacunas / crecimiento  Laboratorio / Radiografías  Otro: \_\_\_\_\_

**5. RAZÓN DE SOLICITUD:**

Transferimiento de cuidado/ Tratamiento  Personal  Aseguransa  Otro (explique): \_\_\_\_\_

**6.** Yo entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS), o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Este puede también incluir información sobre los servicios de comportamiento o salud mental y tratamiento por el abuso de alcohol y drogas o servicios de auto-pago. Usted esta autorizando específicamente por la presente la revelación de toda la información o expediente médico relacionados como diagnósticos, exanimaciones, o tratamientos, a menos que se excluya específicamente a continuación.

Menores de edad de 13-17 años: La firma de un paciente menor de edad es requerida con el fin de revelar la siguiente información: (1) condiciones relacionadas con el cuidado reproductivo del menor incluyendo, pero no limitado: anticoncepción, embarazo y terminación del embarazo, esterilización, y enfermedades de transmisión sexual (edad 14 años y mayores), (2) alcohol y, o abuso de drogas (edad 13 años y mayores), y (3) condiciones de salud mental (edad 13 años y mayores).

Doy mi consentimiento a la revelación de la información especificada en relación a diagnósticos, exanimaciones o tratamientos a la persona o entidad nombrada anteriormente. Yo entiendo que tal información no puede ser revelada sin consentimiento. Reconozco que he revisado plenamente y entiendo el contenido de esta forma de autorización. Mi firma a continuación indica por la presente que acepto y autorizo la revelación de la información de salud del paciente a la persona u organización antes mencionada. Tengo el derecho de revocar o cancelar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización con el fin de obtener beneficios de cuidado de la salud (tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad para los beneficios). Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

**ESTA FORMA EXPIRARÁ 1 AÑO DESDE DE LA FECHA FIRMADA A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO. PUEDE HABER UN CARGO POR LAS COPIAS DE SUS EXPEDIENTES MÉDICOS A MENOS QUE SE ENVÍEN A OTRO MÉDICO O CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA.**

**PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL:** \_\_\_\_\_ **FECHA :** \_\_\_\_\_

**RELACIÓN CON EL PACIENTE:**  Madre  Padre  padre de crianza  tutor legal  otro: \_\_\_\_\_

(Se le puede pedir que proporcione documentación legal como prueba de poder notarial o tutela.)

**FIRMA DEL PACIENTE (EDAD 13-17 AÑOS):** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**Poliza de "Inasistencia" del Pediatric Medical Group**

Pediatric Medical Group de Santa María se dedica a proveer excelente atención al paciente. Citas de inasistencia obstaculizan nuestra capacidad para ofrecer la máxima calidad de atención posible.

A partir del 01 de Mayo, 2014, si un paciente es incapaz de mantener una cita; se les pide que llame a la oficina 24 horas antes de la hora de la cita. Si una cita no mantenida o cancelada, se considerará una "Inasistencia".

- Después de **3** "Inasistencias" a partir del 01 de Mayo del 2014 en la cuenta del encargado, el encargado tiene dos opciones:
  1. Pagar una cuota de \$20 por cita faltada. Cada cita faltada después se cobrará un adicional de \$20 por cada cita faltada.
  2. O el encargado y todos los pacientes en la cuenta serán despedidos de Pediatric Medical Group y necesitarían encontrar a otro pediatra. Si el encargado de la cuenta decide ser despedidos no habrá ningún cobro.
- Si el encargado decide dejar nuestra práctica y la a seguridad del paciente ha asignado al paciente a nuestra oficina, la compañía de seguros será contactada para reasignar el paciente a otro médico de atención primaria.

Como cortesía, nuestra oficina intentará ponerse en contacto con el paciente o el padre el día previo de su cita. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted, sigue siendo la obligación del paciente/padre mantener o cancelar la cita.

La intención de esta póliza es de evitar demoras en la atención y utilizar el tiempo del médico más eficientemente reduciendo los espacios de citas inusadas, y haciendo esos tiempos disponibles a otros pacientes.

Apreciamos que respete y se adhiera a la póliza de "Inasistencia" de nuestra práctica.

He leído y entiendo la póliza de "Inasistencia" de los grupos médicos pediátricos. También entiendo que si no estoy de acuerdo con esta póliza, puedo pedirle a la a seguridad de mi hijo/hija que lo asigne a otro medico de atención primaria, si es aplicable.

\_\_\_\_\_  
Firma de Encargado de la Cuenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Encargado de la Cuenta

## PROGRAMA DE SALUD Y PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES DE NIÑOS (CHDP) SOLICITUD PREVIA A LA INSCRIPCIÓN

### Instrucciones para el padre o el paciente:

- Para poder recibir un examen de salud sin cargo hoy, deberá proporcionar la información requerida en este formulario. La información que usted proporciona es confidencial. Este es un programa voluntario.

¿Es el paciente menor de 19 años de edad?  Sí  No

¿Cuántas personas hay en su familia? \_\_\_\_\_

¿Cuánto dinero gana su familia antes del descuento de los impuestos? \$ \_\_\_\_\_ por mes Ó \$ \_\_\_\_\_ por año

- Es posible que usted o su hijo sea elegible para recibir cobertura continua de atención de la salud mediante Medi-Cal o Healthy Families.

Deseo solicitar cobertura continua mediante Medi-C al o Healthy Families.  Sí  No

Si contestó *Sí* a esta pregunta, en unos pocos días le enviarán una solicitud por correo. No demore en enviarla de vuelta. Si contestó *No* a esta pregunta (o si contestó *Sí*, pero no entrega la solicitud), la cobertura de beneficios de salud, dentales y de la vista del paciente terminará al final del mes siguiente, a menos que el Departamento de Servicios Sociales del condado le notifique algo diferente.

### Información sobre el paciente

¿Tiene el paciente una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) del Estado de California o una tarjeta de Medi-Cal  Sí  No  
Si la tiene, ¿cuál es el número de identificación en la tarjeta BIC (si está disponible)? \_\_\_\_\_

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2º nombre \_\_\_\_\_

|                                   |  |   |
|-----------------------------------|--|---|
| Fecha de nacimiento (mes/día/año) | Sexo<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Número del Seguro Social del paciente (SSN) ( <i>optativo</i> ) |
|-----------------------------------|--|---|

Si está sin hogar, marque aquí. Ponga la ubicación general en la sección "Dirección donde vive" y llene la sección "Dirección postal".

|                      |                        |        |        |               |
|----------------------|------------------------|--------|--------|---------------|
| Dirección donde vive | Número de departamento | Ciudad | Estado | Código postal |
|----------------------|------------------------|--------|--------|---------------|

Condado en que vive \_\_\_\_\_

|   |                        |        |        |               |
|---|------------------------|--------|--------|---------------|
| Dirección postal (si no es la misma que la Dirección en que vive) | Número de departamento | Ciudad | Estado | Código postal |
|---|------------------------|--------|--------|---------------|

Apellido de la madre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2º nombre \_\_\_\_\_

### Para los pacientes menores de un año de edad, llene esta sección.

Si es menor de un año de edad, ¿vivió el bebé con la madre el mes del nacimiento?  Sí  No

|   |   |
|---|---|
| Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año) | Número de la tarjeta BIC o de Medi-Cal de la madre, o del Seguro Social |
|---|---|

### Información sobre el padre, madre o tutor

Apellido del padre, madre o tutor o del paciente menor si ha sido emancipado \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2º nombre \_\_\_\_\_

|                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| Número de teléfono en la casa<br>( ) | Número de teléfono en el trabajo<br>( ) | Número para mensajes telefónicos<br>( ) |
|--------------------------------------|---|---|

|                                  |                        |
|----------------------------------|------------------------|
| ¿Qué idioma se habla en su casa? | ¿Qué idioma lee mejor? |
|----------------------------------|------------------------|

### Certificación

Solicito un examen de salud del CHDP hoy. Certifico que leí y entiendo este formulario. Declaro que la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa.

|  |                          |       |
|--|--------------------------|-------|
| Firma del padre, madre o tutor o del menor si ha sido emancipado | Relación con el paciente | Fecha |
|--|--------------------------|-------|

Las personas tienen derecho a examinar los registros que contienen información personal sobre ellas. La entidad oficial a cargo de mantener esta información es el Department of Health Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Es posible que una copia de esta información se comparta con el Departamento de Servicios Sociales del condado donde usted viva, y el proveedor CHDP de su hijo mantendrá una copia con los datos médicos del niño.

# Notificación conjunta sobre Prácticas de Privacidad para la información médica

ESTE AVISO EXPLICA CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA RELATIVA A SU PERSONA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CON ATENCIÓN.

## NUESTRO COMPROMISO HACIA USTED

Entendemos que su información médica es privada y personal, y estamos comprometidos a protegerla. Nuestra oficina se dedica a mantener la privacidad de su información médica protegida. En la realización de nuestro negocio, vamos a crear registros con respecto a usted, los tratamientos y servicios que le proporcionamos.

La ley nos exige:

- Resguardar la privacidad de su información médica;
- Entregarle este aviso que describe nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica;
- Notificarle tal como se establece en la ley federal y estatal si se ha puesto en peligro la seguridad de su información médica;
- Cumplir los términos del aviso que está vigente.

## COMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Esta sección de nuestro aviso indica la manera en que podemos usar su información médica. En todos los casos no cubiertos por este aviso, le pediremos un permiso escrito antes de usar o compartir su información médica. Le pediremos su permiso por escrito antes de que usemos o compartamos su información médica por cualquiera de los siguientes motivos:

- Marketing un producto o servicio no relacionado con el tratamiento para usted o cuando se nos paga para que le hagamos marketing;
- Avisos especiales sobre usted realizados por terapeutas y consejeros que no forman parte de su registro médico;
- La venta de su información médica.

Más adelante usted puede cancelar su permiso notificándonos por escrito.

Protegeremos su información médica tanto como lo permita ley. A veces la ley estatal proporciona mayor protección a la información médica que la federal. Y a veces, ocurre lo contrario. En cada caso, aplicaremos la ley que mejor proteja su información médica.

## EJEMPLOS:

**Tratamiento:** Usaremos y compartiremos su información médica para fines de tratamiento. Un ejemplo es cuando se envía información médica sobre usted a su médico o a un especialista al derivarlo.

**Pago:** Usaremos compartiremos su información médica de manera que podamos recibir el pago por atenderlo. Un ejemplo es cuando se entrega información sobre usted a su plan de salud o Medi-cal.



**Operaciones de atención de salud:** Usaremos y compartiremos su información médica para nuestras operaciones de atención de salud. Algunos ejemplos incluyen cuando se usa información sobre usted para mejorar la calidad de la atención que le brindamos, para programas de control de enfermedades, para encuestas de satisfacción del paciente, para reunir información médica, para eliminar cualquier identificación en la información médica y para la evaluación comparativa.

**Recordatorios de citas:** Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas.

**Menores de edad:** Podemos divulgar la PHI de menores a sus padres o tutores a menos que dicha divulgación si no está prohibido por ley.

**Servicios y productos basados en Internet:** Trabajando con un tercero podríamos ofrecerle productos o servicios basados en Internet que le permitan:

- Hacer citas
- Acceso a su información medica
- Puede hacer preguntas a nuestro personal
- Solicitar notas de su visita

**Opciones de tratamiento, beneficios y servicios relacionados con la salud:** Podemos comunicarnos con usted para informarle sobre opciones de tratamiento posible, servicios o beneficios relacionado con la salud que podría desear.

**Actividades de recaudación de fondos:** Podemos divulgar información de registro acerca de usted con el fin de recaudar fondos. Para optar por no, debe notificar por escrito a Pediatric Medical Group.

**Investigación:** Posemos compartir su información médica para proyectos de investigación como, por ejemplo, el estudio de la eficacia del tratamiento que recibió. Generalmente le pediremos su permiso por escrito para usar o compartir su información médica para fines de investigación. Según ciertas circunstancias podemos compartir su información médica sin su permiso por escrito. Sin embargo, estos proyectos de investigación, deben pasar por un proceso especial que protege la confidencialidad du su información médica.

**Salud pública:** Podemos divulgar su información de salud según lo permitido o exigido por ley a autoridades de salud públicas o agencias gubernamentales cuyas actividades oficiales incluyan la prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades. Por ejemplo, debemos informar cierta información sobre, nacimientos, fallecimientos y diversas de enfermedades a las agencias gubernamentales. Podemos usar su información de salud con el propósito de informar a las agencias de control cualquier reacción a medicamentos o problemas con dispositivos médicos. Además, podemos divulgar, cuando se nos solicite, su información a agencias de salud publicas que mantienen registros de brotes de enfermedades contagiosas o que participan en la prevención de epidemias.

**Según lo exige la ley:** A veces, la ley no exige que demos a conocer cierta información. Por ejemplo, debemos informar sobre agresiones, abusos o negligencias. También debemos entregar información a su empleador sobre enfermedades, lesiones relacionadas con el trabajo o sobre supervisión médica en el lugar de trabajo.

**Seguridad pública:** Podemos, y a veces estamos obligados a compartir su información medica para prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona en particular o del público en general.

**Asociados de Negocios:** Podemos divulgar su PHI a nuestros asociados de negocios que nos brindan servicios si es necesaria para esos cobros de cuentas o servicios del PHI. Todos nuestros socios están obligados, bajo contrato con nosotros, para proteger la privacidad y seguridad de su PHI.

**Actividades de supervisión de salud:** Podemos compartir su información médica para actividades de supervisión cuando sea permitido por la ley. Por ejemplo, actividades de supervisión incluyen inspecciones o investigaciones dez auditoría. Estas actividades que son necesarias para la revisión de los sistemas de atención a la salud gubernamentales y programas del gobierno.

**Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias:** Podemos compartir información médica sobre pacientes fallecidos con los jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias para identificar a la persona fallecida, determinar la causa de muerte u otras tareas según estén permitidas.

**Donación de órganos y tejidos:** Podemos compartir información médica con organizaciones que manejan la donación o trasplante de órganos, cornea o tejidos.

**Militares, veteranos, seguridad nacional y otros propósitos de gobierno:** Podemos usar o compartir su información médica para fines de seguridad nacional, actividades de inteligencia o servicios de protección del presidente u otras personas determinadas según lo permita la ley. Podemos compartir su información médica con el ejército para propósitos de mando militar cuando usted sea miembro de las fuerzas armadas. Podemos compartir información médica con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para la investigación o determinación de nuestro cumplimiento con la HIPAA.

**Procedimientos judiciales:** Podemos usar o compartir su información médica en respuesta a órdenes judiciales o citaciones solo cuando hayamos seguido los procedimientos exigidos por la ley.

**Cumplimiento de la ley en California:** Podemos compartir su información médica con la policía (u otras autoridades) sin su permiso por escrito:

- Si la policía presenta una orden de allanamiento, una citación, orden de corte o citación.
- Para denunciar abuso, negligencia o agresión según le exige o permite la ley.
- Para denunciar ciertas amenazas a terceros.
- Si esta bajo custodia policial o es recluso de una institución correccional y la información es necesaria para proporcionarle atención de salud; para proteger su salud y seguridad, la salud y seguridad de otros o la seguridad de la institución correccional.

**Familiares y otras personas que participan en su atención:** A menos que nos indique lo contrario, podemos compartir su información médica con amigos, familiares u otros que usted haya indicado como personas que ayudan en su atención o que pueden tomar decisiones en su nombre sobre su atención a la salud. Por ejemplo, un tutor puede pedir que un vecino lleve a su hijo a la oficina de médicos para el tratamiento. Este vecino puede tener acceso a la información médica de este paciente. También podemos divulgar información a sus amigos o miembros de la familia involucrados en su atención para el pago por los servicios de salud que ofrecemos.

**Propósitos de Alivio de Desastres:** Nosotros podríamos usar o compartir información médica de usted con el público o una organización privada de desastre para que su familia pueda ser notificada de su ubicación y condición en caso de un desastre o emergencia. También podría ser usada en combinación para ayudar y en un esfuerzo en mejorar el alivio de desastre.

**Divulgación y compilación electrónica de su información:** Podemos participar o hacer posible la divulgación o compilación electrónica de información de salud. Esto ayuda a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención a la salud dentro de un área geográfica o comunidad a proporcionarle atención de calidad. Si viaja o necesita tratamiento médico, esto le permite a otros médicos u hospitales contactarnos por medios electrónicos con respecto a usted. Todo esto nos ayuda a manejar su atención cuando participa más de un médico. También nos ayuda a mantener bajas sus facturas por atención a la salud (evitar repetir análisis de laboratorio). Y por último no ayuda a mejorar la calidad de atención en general que le proporcionamos a usted y a otros. Nosotros participamos de la ley de atención asequible y podemos usar y compartir información según esto permitido para lograr los objetivos nacionales relacionados con el uso significativo de los sistemas de salud electrónicos.

## SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA

### Solicitar su información:

En la mayoría de los casos, cuando usted lo solicita por escrito, puede leer u obtener una copia de su información

médica ya sea en formato electrónico o impreso. También puede solicitar que le enviemos copia electrónicas directamente a una persona o entidad elegida por usted. Le entregaremos un formulario para que lo llene para presentar su solicitud. Usted puede ver su información médica sin costo. Si solicita copias impresas o electrónicas de la información le podemos cobrar una tarifa si rechazamos su solicitud de leer la información u obtener una copia de ella, puede pedirnos por escrito que reconsideremos dicha decisión.

**Corregir su información:**

Si cree que su información esta incorrecta o que falta información, nos puede pedir por escrito que corriamos los registros. Le entregaremos un formulario para que lo llene para presentar su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de corregir un registro si la información no la creamos nosotros, no la tenemos en nuestro poder o determinamos que el registro esta completo y correcto. Si ello sucede, puede pedirnos por escrito que reconsideremos las razones del rechazo.

**Obtener una lista de ciertas divulgaciones de información:**

Usted puede pedir por escrito una lista de todas las veces que hemos compartido su información médica durante los últimos seis años. Su solicitud debe realizarse por escrito y establecer el período de tiempo de dicha lista. La primera solicitud en un periodo de 12 meses no tiene costo. Le cobraremos por cualquier solicitud adicional por el costo de preparar la lista. Le entregaremos un estimado del costo cuando solicite la lista adicional.

**Restringir la manera en que usamos o compartimos su información:**

Usted puede pedir que la información médica se le entregue de manera confidencial. Nos debe decir por escrito la manera o lugar exactos en que podemos comunicarnos con usted.

También nos puede pedir por escrito que restrinjamos el uso o divulgación de su información médica. Por ejemplo, nos puede pedir que usemos o compartamos su información médica solo con las personas que participan en su atención. Cada vez que presente una solicitud por escrito, consideraremos su solicitud y le informaremos por escrito nuestra decisión de aceptar o negar la misma. La ley nos obliga a aceptar solamente un tipo de solicitud de restricción: si nos ha pagado la totalidad de su procedimiento de salud o artículo por el cual se le facturaría normalmente a su plan de salud.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar a nuestro funcionario de privacidad mencionado al final de este aviso.

**CAMBIOS A ESTE AVISO**

De vez en cuando podemos modificar nuestras prácticas de privacidad. Los cambios se aplicaran a la información médica actual, así como a la nueva información después de que ocurra el cambio. Si realizamos un cambio importante, cambiaremos nuestro aviso. También publicaremos el nuevo aviso en nuestros establecimientos y nuestro sitio [www.mypmgonline.com](http://www.mypmgonline.com). Usted puede pedir por escrito una copia de este aviso en cualquier momento, comunicándose con el oficina de privacidad. Si nuestro aviso ha cambiado, le entregaremos una copia la próxima vez que se registre para tratamiento.

**¿TIENE DUDAS O RECLAMOS?**

Si cree que hemos infringido sus derechos de privacidad, puede comunicarse con Pediatric Medical Group Oficial de Privacidad a 805-922-3548 ext. 330 o por correo electrónico a [privacyofficer@pmgsm.com](mailto:privacyofficer@pmgsm.com). Finalmente, puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estado Unidos. Nuestra oficina de privacidad puede entregarle la dirección. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

Pediatric Medical Group of Santa Maria  
Camille Gamble, Oficial de Privacidad  
1430 E. Main St., Ste 201  
Santa Maria, Ca 93454  
805-922-3548 ext. 330