

2021 UPDATE

<u>PACIENTE</u>			
<u>APELLIDO</u> _____	<u>NOMBRE</u> _____	<u>SEGUNDA INICIAL (S.I.)</u> _____	
APODOS _____	SEXO _____	EDAD _____	FECHA DE NACIMIENTO _____
DIRECCIÓN _____	APT _____	CIUDAD _____	ESTADO ____ CP _____
NUMERO DE TELEFONO (____) _____		EN CASO DE EMERGENCIA _____ # TELE (____) _____	
<u>DR. QUE REFIERE</u> _____		CIUDAD _____ # TELE DE DR. (____) _____	
<u>MADRE/GUARDIÁN</u>			
APELLIDO _____	NOMBRE _____	S.I. ____	FECHA DE NACIMIENTO _____
EMPLEADOR _____		# TELE DE EMPLEO (____) _____	
<u>PADRE/GUARDIÁN</u>			
APELLIDO _____	NOMBRE _____	S.I. ____	FECHA DE NACIMIENTO _____
EMPLEADOR _____		# TELE DE EMPLEO (____) _____	
<u>PARIENTE QUE NO VIVE CON EL NIÑO</u> NOMBRE: _____ RELACION _____			
DIRECCIÓN _____		CIUDAD _____	ESTADO ____ CP _____ # TELE (____) _____

POR FAVOR DELE UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA ANTES DE SU VISITA

DE MEDICAID _____ **TIENE SU HIJO(A) CMS?** SI/NO _____ LOCACION _____

COMPAÑÍA DE SEGURO _____ HMO/PPO/PRI a nombre de quien esta la poliza _____

IDENTIFICACION DE LA POLIZA _____ # DE GRUPO _____ NOMBRE DE GRUPO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO ____ CP _____ # DE TELE DE SEGURO (____) _____

*****SI TIENE UN SEGURO HMO, SE REQUIERE UN NÚMERO DE AUTORIZACIÓN PARA CADA VISITA. SI VIENE SIN UNA AUTORIZACIÓN, USTED ACEPTA LA RESPONSABILIDAD DE LOS CARGOS.*****

*******POLIZA FINANCIERA*******

EL PAGO ES REQUERIDO AL MOMENTO DE PRESTARLE LA ATENCION AL PACIENTE. Si participamos con su seguro medico, su co-pago o deducible debe ser pagado al momento de la visita. **SI NO PARTICIPAMOS CON SU ASEGURADORA**, coma una cortesia a usted, nuestras oficinas le someteran a su aseguradora el reclamo para que le reembolsen su pago. Como nosotros no somos parte del intercambio entre usted y su aseguradora, no es nuestra responsabilidad comunicarnos con su corredor de seguros para averiguar el estado de su reclamo. Si su corredor de seguros paga mas de lo estipulado, nosotros le devolveremos a usted la diferencia estipulada prontamente. Firmando este documento, usted esta aceptando este acuerdo y asumira la responsabilidad financiera por este paciente.

*******DISTRIBUCION DE DOCUMENTOS Y ASIGNACION DE BENEFICIOS*******

Yo, _____, asigno todos los beneficios medicos y/o quirúrgicos, para incluir mayores beneficios a los que me pertenecen incluyendo medicare y otros programas gubernamentales, seguro privado y otros planes de salud a: Daniel T. McClenathan, M.D., P.A. Tambien lo autorizo a tener acceso a toda la informacio medica necesaria sobre mi o mi hijo(a) del cual yo estoy encargado legalmente. _____ Iniciales. Esta autorización estara efectuada hasta que yo la revoque por escrito.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

¿Que problemas o sintomas los traen a nuestra oficina? _____

Historia de Nacimiento

Cantidad de semanas de Embarazo	Vaginal or Sección Cesárea	Peso de Nacimiento

Por favor describa cualquier complicación después del nacimiento, estancia en NICU, etc. _____

¿Defeco (meconio) en las primeras 24 horas de nacer? **SÍ** o **NO**

¿Su hijo tuvo ictericia (bebe amarillo) prolongada después del nacimiento? **SÍ** o **NO**

Historial Médico Previas – Enfermedades o Condiciones

Fecha Diagnosticada	Enfermedad o Condicion

Comentarios sobre el historial médico pasado _____

Admisiones de Hospital

Fecha	Nombre de Hospital	Motivo de Admision

Comentarios sobre el historial médico pasado _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Cirugías

Fecha	Tipo de Cirugía	Hospital o Externo	Nombre del Cirujano

Comentarios sobre cirugías _____

Medicamentos – Incluir La Prescripción, Sobre El Contador (OTC), Vitamina Y Herbario

Fecha Comienzo	Nombre del Medicamento	Dosis	Tomado la Frecuencia	Regularmente O Según sea necesario

Comentarios sobre los medicamentos _____

Alergias – Medicamentos Y Alimentos

Fecha Notado	Medicamento o Alimento	Reacción que ocurrió

Comentarios sobre alergias _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Historia Familiar

Relación con el Paciente	Enfermedad o Condicion	Edad	Vivo o Difunto

(Si Respondió "SÍ" A Cualquiera De Las Siguietes, Inclúyala En La Tabla De Historia Familiares Arriba)

¿Algún miembro de la familia tiene Enfermedad Inflamatoria del Intestino (**Crohn** o **Colitis Ulcerosa**)? **SÍ** o **NO**

¿Algún familiar tiene Celiaquía (**Enfermedad Celíaca**)? **SÍ** o **NO**

¿Algún miembro de la familia tiene una Enfermedad Hepática? **SÍ** o **NO**

¿Algún miembro de la familia tiene la Enfermedad de Hirschsprung? **SÍ** o **NO**

¿Algún familiar tiene Fibrosis Quística? **SÍ** o **NO**

¿Algún miembro de la familia tiene Enfermedad de la Tiroides? **SÍ** o **NO**

Comentarios sobre la historia familiar _____

Historia Social

Por favor liste a todas las personas que viven en el hogar con el paciente _____

¿El paciente atiende a la guardería o a la escuela? **SÍ** o **NO** ¿Qué grado?_

¿El paciente se perdió días de clases debido a los síntomas? **SÍ** o **NO** ¿Cuántos días? _____

Por favor liste a cualquier estresante familiar, social, y/o escolar _____

Indique las actividades favoritas del paciente, los deportes, los intereses extracurriculares _____

Por favor enumere cualquier animal con el que el paciente tenga contacto _____

¿Qué tipo de agua bebe el paciente? **Ciudad/Grifo** **Botella** **Pozo**

¿Algún viaje reciente fuera de los Estados Unidos? **SÍ** o **NO**. Si es así, ¿a dónde? _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Revisión de los Síntomas

Indique si el paciente ha tenido cualquiera de las siguientes opciones usando "SÍ" o "NO".

Si un miembro de la familia tiene / tuvo alguna de estas condiciones, indíquelo en la columna "Parientes" usando las abreviaturas: M = Madre, P = Padre, AM = Abuela Materna, am = abuelo materna, AP = Abuela Paterna, ap = abuelo paterno, TM = Tio Materno, TP = Tio Paterno, P = Primo y O = Otro

	SÍ	NO	Parientes		SÍ	NO	Parientes
<u>General</u>	_____	_____	_____	<u>Cardíaco</u>			
Pérdida de Peso	_____	_____	_____	Murmullos	_____	_____	_____
Fiebre	_____	_____	_____	Presion Alta	_____	_____	_____
Fatiga	_____	_____	_____	Desmayo	_____	_____	_____
				Cambios de Ritmo	_____	_____	_____
<u>Cabeza y Cuello</u>				<u>Gastrointestinal</u>			
Cambios en los ojos	_____	_____	_____	Dolor Abdominal	_____	_____	_____
Usa Lentes	_____	_____	_____	Diarrea	_____	_____	_____
Congestión Nasal	_____	_____	_____	Estreñimiento	_____	_____	_____
Infecciones de los Senos	_____	_____	_____	Ictericia	_____	_____	_____
Gripe Frecuente	_____	_____	_____	Cirrosis Hepática	_____	_____	_____
La Caries Dental	_____	_____	_____	Pancreatitis	_____	_____	_____
Úlceras de Boca	_____	_____	_____	Piedras / Enfermedad de la Vesicula	_____	_____	_____
				Vómitos	_____	_____	_____
<u>Piel</u>				Reflujo / Acidez	_____	_____	_____
Erupciones	_____	_____	_____	Enfermedad de Úlcera Péptica	_____	_____	_____
Comezón (Picar)	_____	_____	_____	Helicobacter Pylori	_____	_____	_____
				Síndrome del Intestino Irritable	_____	_____	_____
<u>Neurológico</u>				Pólipos	_____	_____	_____
Dolor de Cabeza/ Migrañas	_____	_____	_____	Intolerancia a La Lactosa	_____	_____	_____
Convulsiones	_____	_____	_____	Pérdida de Apetito	_____	_____	_____
Retraso en el Desarrollo	_____	_____	_____	Problemas para Tragar	_____	_____	_____
				<u>Genitorinario</u>			
<u>Psiquiátrico</u>				Dificultad para Orinar	_____	_____	_____
Ansiedad	_____	_____	_____	Sangre en la Orina	_____	_____	_____
Depresión / Bipolar	_____	_____	_____	Infección del tracto Urinario	_____	_____	_____
Cambios de Humor	_____	_____	_____	Orinarse en la Cama	_____	_____	_____
				Menstruales Anormales	_____	_____	_____
<u>Hematología</u>				<u>Musculos/Articulaciones</u>			
Hematomas/ Sangrado	_____	_____	_____	Articulaciones Rojas	_____	_____	_____
Anemia	_____	_____	_____	Inflamacion de Articulaciones	_____	_____	_____
Anemia Falciforme	_____	_____	_____	Dolor en las Articulaciones	_____	_____	_____
Talasemia	_____	_____	_____				

NAME: _____

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Doy mi permiso para divulgar informacion de salud confidencial a las siguientes personas:

Estas personas también puede llevar a paciente a citas:

Nombre _____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Por favor especificar si hay alguna información de salud que no quieren dares a conocer a la personas

TELÉFONO DE CONTACTO

Número primario (incluyendo el codigo de area) _____

¿Podemos llamar a este numero? **SÍ / NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su buzón de voz para devolver la llamada? **SÍ / NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su buzón de voz indicando resultados de laboratorio negativos? **SÍ / NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su buzón de voz con respeto a las citas/recetas? **SÍ / NO**

¿Podemos dejar un mensaje con la persona que contesta el teléfono para devolver la llamada? **SÍ / NO**

Número secundario (incluyendo el codigo de area) _____

¿Podemos llamar a este numero? **SÍ / NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su buzón de voz para devolver la llamada? **SÍ / NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su buzón de voz indicando resultados de laboratorio negativos? **SÍ / NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su buzón de voz con respeto a las citas/recetas? **SÍ / NO**

¿Podemos dejar un mensaje con la persona que contesta el teléfono para devolver la llamada? **SÍ / NO**

Número alternativo (incluyendo el codigo de area) _____

¿Podemos llamar a este numero? **SÍ / NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su buzón de voz para devolver la llamada? **SÍ / NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su buzón de voz indicando resultados de laboratorio negativos? **SÍ / NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su buzón de voz con respeto a las citas/recetas? **SÍ / NO**

¿Podemos dejar un mensaje con la persona que contesta el teléfono para devolver la llamada? **SÍ / NO**

Imprimir el nombre de paciente _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma _____ Fecha: _____

Nota _____

*** Es su responsabilidad de notificar a la oficina por escrito de su petición de cambiar o actualizar la información anterior***



Daniel T. McClenathan, M.D.
Michele P. Winesett, M.D.
Greg C. Kaiser, M.D.
Joseph Rene A. Ignacio, M.D.
Michael J. Wilsey, Jr., M.D.
Adria A. Condino, D.O.
Karina Irizarry, M.D.

Sara Karjoo, M.D.
Eduardo Beltroy, M.D.
Ofelia Marin, M.D.
Sarah Sidhu, M.D.
Desiree Rivera-Nieves, M.D.
Michele Schreck, A.P.R.N.
Shawn Sarnaik, P.A.
Andrea McCoy, A.P.R.N.

Alicia Tenn, A.P.R.N.
Ranae Preseau, A.P.R.N.
Kristin Del Toro, A.P.R.N.
Shanna Sherman, A.P.R.N.
Kelly Caseber, A.P.R.N.
Kelly Stryjewski, A.P.R.N.
Carissa Foster, A.P.R.N.
Daniela Lomba, A.P.R.N.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padre/ Guardian: _____

POR FAVOR LEA, INICIAL Y FIRME

Procedimiento:

_____ Una consulta de seguimiento debe ser programada con su médico o ARNP para recibir los resultados del procedimiento de su hijo(a). Esto es necesario para que podemos responder a cualquier pregunta que tenga sobre el cuidado de su hijo(a), y hablar de su hijo(a) del futuro tratamiento.

Laboratorios & Radiografías:

_____ Una consulta de seguimiento debe ser programada con su médico o ARNP para recibir los resultados de laboratorios o radiografías de su hijo(a). Esto es necesario para que podemos responder a cualquier pregunta que tenga sobre el cuidado de su hijo(a), y hablar de su hijo(a) del futuro tratamiento.

“NO SHOW” Poliza:

_____ Si no se presenta para su procedimiento programado y no llame por lo menos 24 horas antes del procedimiento, usted será responsable de un cargo de \$50.00 No Show Fee. Esto no está cubierto por su seguro y debe pagarse antes de su próxima cita.

Cheque Devueltos:

_____ Si recibimos un cheque devuelto del Banco cobraran fondos, cuenta cerrada, etc. se le cobrará un cargo administrativo de \$35.00. Esta cuota y el saldo adeudado deben ser pagado antes de su próxima cita.

Copagos:

_____ Copago es debido al tiempo de servicio. Pacientes se pedirá para reprogramar su cita si no tienen el copago.

Terminación de Documentacións

_____ Hay un recargo de \$25.00 para la terminación de toda la documentación, uncluyendo FMLA, a corto plazo y discapacidad a largo plazo. Pago se recogerán en el momento de que la documentación es recibida en nuestra oficina. Documentación se completará tan pronto como sea posible, y nuestra oficina se comunicará con usted cuando se haya completado.

Leído lo anterior y entiendo y estoy de acuerdo a las políticas.

Firma del Padre/ Guardian: _____ Fecha: _____



Daniel T. McClenathan, M.D.
Michele P. Winesett, M.D.
Greg C. Kaiser, M.D.
Joseph Rene A. Ignacio, M.D.
Michael J. Wilsey, Jr., M.D.
Adria A. Condino, D.O.
Karina Irizarry, M.D.

Sara Karjoo, M.D.
Eduardo Beltroy, M.D.
Ofelia Marin, M.D.
Sarah Sidhu, M.D.
Desiree Rivera-Nieves, M.D.
Michele Schreck, A.P.R.N.
Shawn Sarnaik, P.A.
Andrea McCoy, A.P.R.N.

Alicia Tenn, A.P.R.N.
Ranae Preseau, A.P.R.N.
Kristin Del Toro, A.P.R.N.
Shanna Sherman, A.P.R.N.
Kelly Caseber, A.P.R.N.
Kelly Stryjewski, A.P.R.N.
Carissa Foster, A.P.R.N.
Daniela Lomba, A.P.R.N.

Soy tutor de: _____ doy mi
consentimiento para un examen del área del perineo con o sin
examen rectal digital con mi presencia y / o personal médico
como testigo en la sala de examen.

Date: _____

Imprimir Nombre

Firma

Provider Signature

Main Line (727) 822-4300
601 5th Street South, Suite 605 - St. Petersburg, FL 33701
1840 Mease Dr., Suite 204 - Safety Harbor, FL 34695
4040 Sawyer Road - Sarasota, FL 34233
15740 New Hampshire Court, Suite B - Ft. Myers, FL 33908
6331 State Road 54, New Port Richey, FL 34653

5205 E. Fletcher Ave. - Temple Terrace, FL 33617
3310 Lakeland Hills Blvd. - Lakeland, FL 33805
3003 West M.L.K. Blvd. - Tampa, FL 33607
885 South Parsons Avenue - Brandon, FL 33511
14111 State Rd. 54 - Odessa, FL 33556
1305 SE 25th Loop, Suite 103, Ocala, FL 34471