



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.
Viraine S. Weerasooriya, M.D.

Michelle Schreck, A.R.N.P.
Shawn Beck-Sarnaik, P.A.
Beverly Gursky, A.R.N.P.
Andrea McCoy, A.R.N.P.
Cassidy Bell, A.R.N.P.
Alicia Tenn, A.R.N.P.
Michele Bracey, A.R.N.P.

Su hijo(a), _____ tiene una cita con el Dr. McClenathan, Dra. Winesett, Dr. Kaiser, Dr. Ignacio, Dr. Wilsey, Dra. Condino, Dra. Irizarry, Dr. Weerasooriya, Dra. Rivera el dia _____
Por favor llegue a las _____ a nuestra oficina en St. Petersburg, Fletcher, St. Joseph's, Safety Harbor, Ft. Myers, Brandon, Lakeland, Sarasota, Naples, New Port Richey, Odessa.

Si no puede asistir a su cita, por favor llámenos por lo menos 24 horas por adelantado para así permitirle a otros pacientes utilizar el horario dejado por usted. Nuestra póliza es de cobrarle a los pacientes que no asisten a la cita y que no han avisado con tiempo. Por favor ayúdenos a servirle mejor, cumpliendo con las citas hechas.

Por favor llene el formulario que hay a continuación y traigalo con usted. También traiga su tarjeta de seguro y los exámenes ya hechos a su hijo(a) sean rayos x o de laboratorio. Para agilizar el proceso de su cita por favor solicítelo a su médico que nos envíe el expediente del paciente para así tener toda la información pertinente a su caso y brindarles un mejor servicio. Estamos comprometidos con el tratamiento eficaz y exitoso de su hijo(a), quisiéramos que comprendan que el pago de su factura es parte del tratamiento de su hijo(a). A continuación les explicamos nuestra póliza financiera y que consiste en que lea y firme antes de empezar el tratamiento.

SI PARTICIPAMOS EN SU PLAN DE SEGURO: todos los co-pagos y deducibles son requeridos antes de empezar su tratamiento. Si su compañía aseguradora requiere de referimientos/autorizaciones, **ES SU RESPONSABILIDAD OBTENERLO ANTES DE SU CITA CON NOSOTROS:** Si usted decide ver un médico sin autorización de su aseguradora, usted será responsable de pagar la cita. Para evitar inconvenientes por favor verifique con su aseguradora que nosotros estemos bajo su cobertura. **SI NO PARTICIPAMOS EN EL SERVICIO DE SU PLAN DE SEGURO:** su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía aseguradora. Nosotros no somos parte de esa contrato y nuestro pago es requerido al momento de la cita o servicio prestado. Si en ese momento no puede realizar su pago debe arreglar una forma de pago previo a su visita, con nuestra oficina.

Nuestra práctica está comprometida en proveer el mejor servicio y la más alta calidad de tratamientos para nuestros pacientes. Nuestras tarifas reflejan los servicios especializados que damos a nuestros pacientes. Gracias por comprender nuestra póliza financiera. Por favor dejenos saber si tiene alguna pregunta o comentario.

HE LEIDO LA POLIZA FINANCIERA. Y HE ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON ESTA POLIZA.

Firma del guardian

Nombre del paciente

Fecha

(727) 822-4300
601 5th Street South, Suite 605 - St. Petersburg, FL 33701
5881 Rand Blvd. - Sarasota, FL 34238
4443 Rowan Road - New Port Richey, FL 34653
9800 S. Healthpark Drive #145 - Ft. Myers, FL 33908
1840 Mease Dr., Suite 204 - Safety Harbor, FL 34695

(813) 987-2911
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 Parsons Avenue South - Brandon, FL 33511
14111 State Rd. 54 - Odessa, FL 33556

www.tummydoctors.com

PACIENTE
 Apellido _____ Nombre _____ Segunda inicial ____ Apodos _____
 Sexo ____ Edad ____ Fecha de nacimiento _____ Numero de seguro social _____
 Direccion _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado ____ CP _____
 Numero de telefono (____) _____ En caso de emergencia _____ # tele (____) _____
 Dr. que refiere _____ Ciudad _____ # tele de Dr. (____) _____

MADRE/ GUARDIAN
 Apellido _____ Nombre _____ Segunda inicial ____ Fecha de nacimiento _____
 Numero de seguro social _____ Empleador _____ # tele de empleo (____) _____

PADRE/ GUARDIAN
 Apellido _____ Nombre _____ Segunda inicial ____ Fecha de nacimiento _____
 Numero de seguro social _____ Empleador _____ # Tele de empleo (____) _____

PARIENTE QUE NO VIVE CON EL NINO
 Apellido _____ Nombre _____ Segunda inicial ____ Relacion _____
 Direccion _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado ____ # 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 _____
 Compania aseguradora _____ HMO/ PPO/PRI a nombre de quien esta la poliza _____
 # Identificacion de la poliza _____ # de grupo _____ Nombre de grupo _____
 # de telefono del seguro (____) _____
 Direccion _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado ____ CP _____

SI USTED TIENE UNA ASEGURADORA HMO UN NUMERO DE REFERIMIENTO ES REQUERIDO, CADA VEZ QUE USTED VIENE SIN UN NUMERO DE REFERIMIENTO, ESTA ACEPTANDO RESPONSABILIDAD POR 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 deductible debe de 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 finaciera por este paciente.

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

Yo, _____ asigno todos los beneficios medicos y/o quirurjicos, 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 informacion medica necesaria sobre mi o mi hijo(a) del cual yo estoy encargado legalmente. _____ iniciales. Esta autorizacion estara efectuada hasta que yo la revoque por escrito.

Firma _____ Fecha _____

Fecha de hoy _____ Dr. que lo refiere _____
 Nombre del paciente _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____
 Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____ Telefono (____) _____

Leyo la carta introductora? **SI** **NO**

1. Que problemas o sintomas lo traen a nuestras oficinas? _____
2. Cuando empezo? _____
3. Cual es su expectativa en cuanto a esta visita? _____
4. Por favor enliste los medicamentos que esta tomando su hijo(a) actualmente. _____

EMBARAZO Y NACIMIENTO

- | | | | |
|----|--|----|----|
| 1. | La madre del nino tuvo algun problema durante el embarazo? | SI | NO |
| 2. | La madre tomo durante el embarazo alguna droga o medicamento?
Cual? _____ | SI | NO |
| 3. | El embarazo fue a termino? Cuantas semanas? _____ | SI | NO |
| 4. | Hubo algun problema durante el parto o el embarazo? | SI | NO |
| 5. | Tuvo el bebe alguna dificultad mientras estaba en el hospital? | SI | NO |
| 6. | Al nacer, el nino tuvo ictericia (bebe amarillo) o cianotico (bebe azul)? | SI | NO |
| 7. | Defeco en las primeras 24 horas al nacer? | SI | NO |
| 8. | Peso al nacer del nino? _____ Talla al nacer? _____ | | |

ENFERMEDADES PREVIAS DESARROLLO Y PROBLEMAS MISCELANEOS

- | | | | |
|-----|---|----|----|
| 1. | A sido hospitalizado alguna vez? Por que? _____ | SI | NO |
| 2. | A recibido el nino alguna cirujia ambulatoria? _____ | SI | NO |
| 3. | A tenido su hijo(a) alguna vez problemas orinando o infecciones renales? | SI | NO |
| 4. | A convulsionado alguna vez su hijo(a)? Cuando? _____ | SI | NO |
| 5. | Tiene algun problema de vision su hijo? Cual? _____ | SI | NO |
| 6. | A tenido su hijo(a) mas de 4 infecciones de oido? | SI | NO |
| 7. | Le parece que su hijo(a) siempre tiene la nariz congestionada? | SI | NO |
| 8. | Le dan mas de 5 dolores de gargantas/gripes al ano a su hijo(a)? | SI | NO |
| 9. | A tenido asma ha tenido estertores mas de 2 veces su hijo(a)? | SI | NO |
| 10. | A tenido alguna vez reacciones alergicas a medicamentos a alguna inyeccion?
Cual? _____ | SI | NO |
| 11. | A tenido su hijo(a) alguna reaccion alergica a alguna alimento? Cual? _____ | SI | NO |
| 12. | Tiene algun problema cardiaco su hijo(a)? Cual? _____ | SI | NO |
| 13. | Han muerto algunos de sus hijos? Por que? _____ | SI | NO |
| 14. | Estan al dia las vacunas de su hijo(a)? | SI | NO |
| 15. | Que leche o formula toma su nino? _____ Cuantas onzas al dia? _____ | | |
| 16. | A que tipo de dieta esta sometido su hijo(a)? _____ | | |
| 17. | A que edad fue eutrenada a ir al bano? Materia fecal? _____ Orina? _____
Defeca su hijo(a) todos los dias? _____ | SI | NO |
| 18. | Si la respuesta es no, que tan seguido lo hace? _____ La material fecal: Dura Suave Varia Diarreas ? | | |
| 19. | A visto sangre en la material fecal de su hijo(a) alguna vez? SI NO Frecuencia? _____ | | |
| 20. | A que edad se volteo solo por primera vez? _____ Se sento? _____ Se paro? _____ Camino? _____ | | |
| 21. | Se muerde las unas? SI NO Chupa dedo? SI NO Come cosas que no son alimentos? SI NO Que? _____ | | |
| 22. | A que hora se acuesta su nino? _____ A que hora se despierta? _____ Toma siesta? _____ | | |

SEÑALE/ INDIQUE SI ALGUNA DE ESTOS FAMILIARES TIENEN ALGUNAS DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES

AM = abuelo materno AP = abuelo paterno
 am = abuela materna ap = abuela paterna

Madre Padre Hermano(a) Tia Tio Primo AM AP am ap

- Enfermedad cardíaca
- Ataques del Corazon tempranos
(antes de 50 anos)
- Presion arterial elevada
- Tiroides
- Diabetes
- Cancer
- Leucemia
- Muerte de cuna
- Infecciones renales
- Enfermedades mentales
- Muerte infantil
- Anemia
- Asma
- Alergias
- Fiebre del heno
- Eczema
- Sinusitis
- Alergias a medicamentos o alimentos
- Artritis reumatoidea
- Fibrosis quistica
- Distrofias musculares
- Tuberculosis
- Estrabismo
- Migranas
- Discrasias sanguineas
- Enfermedades heredadas

Senale si esta vivo o muerto y diga a que edad murieron o tienen ahora.

Madre	Viva	Muerta _____ anos	Padre	Viva	Muerta _____ anos
AM	Viva	Muerta _____ anos	AP	Viva	Muerta _____ anos
am	Viva	Muerta _____ anos	ap	Viva	Muerta _____ anos

En esta seccion puede agregar lo que quiera para explicar alguna pregunta contestada anteriormente.
