

# Suwanee Pediatrics

1155 Lawrenceville-Suwanee Rd, Lawrenceville, GA 30043  
Phone: (678) 442-0205 | Fax: (678) 442-0185  
www.SuwaneePediatrics.com  
contact@suwaneepediatrics.com



## Información del Paciente

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
*Primer nombre* *Segundo nombre* *Apellido(s)*

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección de Casa \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Alergia a medicina/comida \_\_\_\_\_

¿Tiene otros hijos que ya son paciente de Suwanee Pediatrics? NO / YES, Por favor anote los Nombres y Fechas de Nacimiento de los pacientes.

Nº de teléfono Principal (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nº de teléfono Secundario (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nº de teléfono de Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

La custodia legal del niño esto con:  Ambos Padres  Solo Mamá  Solo Papá  Otros

El niño vive legalmente con:  Ambos Padres  Solo Mamá  Solo Papá  Otros \_\_\_\_\_

\*\*\* (Si tiene algún asunto sobre la custodia que necesite informar, hable con la Doctora) \*\*\*

<b>Nombre de la Mamá/Guardián:</b>		
<b>Dirección</b>		
<b>Nº de teléfono/Nº de teléfono de Trabajo</b>	(_____) - _____	(_____) - _____
<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>SSN:</b>
<b>Historial medico</b>		

<b>Nombre de Papa/Guardián:</b>		
<b>Dirección</b>		
<b>Nº de teléfono/Nº de teléfono de Trabajo</b>	(_____) - _____	(_____) - _____
<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>SSN:</b>
<b>Historial Médico</b>		

Por favor ponga el nombre del familiar o persona (que no haya sido nombrado arriba) a la que podemos informar sobre la condición medica del niño. SOLO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

## Política Financiera

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

<u>Nombre de Seguro Principal</u>	<u>Numero de Póliza de seguro</u>	<u>Número de Grupo</u>
<u>Nombre del Suscriptor</u>	<u>Fecha de Nacimiento del Suscriptor</u>	<u>Número De Seguro Social Del suscriptor</u>

<u>Nombre de Seguro Secundario</u>	<u>Numero de póliza de seguro</u>	<u>Número de Grupo</u>
<u>Nombre del Suscriptor</u>	<u>Fecha de Nacimiento del Suscriptor</u>	<u>Número De Seguro Social Del suscriptor</u>

La Responsabilidad de pago es de:  Ambos Padres  Solo Mamá  Solo Papá  Otros \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo a la Doctora Bolaji Odusina FAAP o a Suwanee Pediatrics para solicitar beneficios en mi nombre por la cobertura de servicios prestados y divulgar información médica para procesar demandas. Solicito el pago de mi compañía de seguros para ser hecho directamente al proveedor arriba mencionado/oficina médica

Certifico que la información que he reportado sobre mi seguro es correcta y además autorizo la publicación de cualquier información necesaria incluyendo información médica para este y cualquier otro reclamo al agente de facturación arriba mencionado y/o a la compañía de seguros.

También entiendo que es mi responsabilidad actualizar Suwanee Pediatrics, Médico de atención primaria, con cualquier cambio de seguro o información de seguro secundario para prevenir el llenado incorrecto de la reclamación.

Para archivar adecuadamente su (s) reclamación (es) de seguro, debemos obtener una copia actual de la tarjeta de seguro de su hijo **Cada vez que visite nuestra oficina.**

**Si la información dada es incorrecta o necesita proporcionar la nueva información de su Seguro Medico para procesar un reembolso. Habrá un cobro de \$25 por cargos administrativos del departamento de cuentas para procesar el reembolso.**

- Es su responsabilidad contactar a su compañía de seguros y averiguar si nuestros doctores son médicos participantes dentro de su plan de seguro particular.
- También es su responsabilidad leer y entender su propia póliza de seguro. Ciertos servicios y procedimientos pueden o no ser cubiertos dependiendo de su propia póliza de seguro.
- Las siguientes circunstancias pueden dar lugar a que se le facture directamente:
  - No somos médicos participantes en su plan.
  - El trabajo de laboratorio ordenado o realizado, no es cubierto por su plan de seguro, o simplemente esta fuera de la red de laboratorios.
  - El servicio prestado no es cubierto por su plan de seguro o es denegado por no ser "medicamente necesario"
- Co-pagos, Deducibles y Co-seguros serán cobrados por adelantado en el momento del servicio a la persona que lleve al paciente a la visita. Si usted no tiene su co-pago le facturaremos por una cuota administrativa de \$15.

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

# Suwanee Pediatrics

1155 Lawrenceville-Suwanee Rd, Lawrenceville, GA 30043  
Phone: (678) 442-0205 | Fax: (678) 442-0185  
www.SuwaneePediatrics.com  
contact@suwaneepediatrics.com



## FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACION

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Por favor enumere a cualquier persona, que no sea los padres biológicos de su hijo, miembros u otras personas, que puedan acompañar a su hijo y puedan dar el consentimiento para tratamiento, a quien podamos informar acerca de la condición o diagnóstico médico general de su hijo (incluyendo tratamiento y operaciones de salud).

**Las personas autorizadas deben traer una identificación con foto en el momento del servicio.**

Entiendo que es mi responsabilidad revocar este consentimiento de las personas autorizadas por escrito.

Nombre	Número de teléfono	Relación con el Paciente

También doy permiso para que las siguientes personas hagan una decisión médica en mi ausencia.

Podemos utilizar un portal web de pacientes y/o un recordatorio de citas automáticas y un sistema de mensajería que nos permitan servirle mejor. (ej. recordatorios de citas por teléfono y texto, solicitudes de citas en línea, comunicarse con la oficina por correo electrónico, acceso en línea a su información médica) Al proporcionar su número de teléfono celular y dirección de correo electrónico le inscribiremos automáticamente en este sistema (s) si están disponibles.

Se me ha dado conocimiento de la información anterior. \_\_\_\_\_ **Iniciales**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

# Suwanee Pediatrics

1155 Lawrenceville-Suwanee Rd, Lawrenceville, GA 30043  
Phone: (678) 442-0205 | Fax: (678) 442-0185  
www.SuwaneePediatrics.com  
contact@suwaneepediatrics.com



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, CUIDADO, PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO

Nombre del Paciente  Fecha de Nacimiento

Autorizo a Suwanee Pediatrics a tratar a mi hijo. Además, autorizo la liberación de toda la información médica necesaria para la culminación de los formularios de seguro. UNA fotocopia de esta autorización se considerará efectiva y válida como original.

Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente
- Obtener el pago de terceros.
- Realizar operaciones normales de salud, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Entiendo que puedo solicitar por escrito la restricción de mi información privada ya que es usada y divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o salud. También entiendo que usted no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si usted está de acuerdo entonces usted está obligado a cumplir con tales restricciones.

Entiendo que si el médico de mi hijo o cualquier otra persona empleada por o bajo la dirección y el control del médico(s) de mi hijo está directamente expuesto a cualquier fluido corporal de manera que, según el centro del control de enfermedades (CDC), la transición del VIH o virus de la hepatitis B o C, soy requerido por ley para haber firmado consentimiento para la prueba para de la infección con el VIH o hepatitis B o virus de la hepatitis C. También entiendo que, por ley, Yo habré proporcionado el consentimiento para liberar el resultado de la prueba a la persona expuesta al fluido corporal de mi hijo(a).

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

# Suwanee Pediatrics

1155 Lawrenceville-Suwanee Rd, Lawrenceville, GA 30043  
Phone: (678) 442-0205 | Fax: (678) 442-0185  
www.SuwaneePediatrics.com  
contact@suwaneepediatrics.com



Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE NACIMIENTO

Tipo De Parto \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_  
Prematuro? \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_  
Número de Parto \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso en el día del Alta. \_\_\_\_\_  
Puntuación "Apgar" \_\_\_\_\_ Circuncisión \_\_\_\_\_  
Tipo de sangre \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

## HISTORIAL FAMILIAR

Mamá \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Papá \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Hermanos \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Salud \_\_\_\_\_  
1 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

## DEVELOPMENT HISTORY (AGE)

Levanto su Cabeza \_\_\_\_\_  
Sonrió \_\_\_\_\_  
Se Sentó \_\_\_\_\_  
Se Sentó con apoyo \_\_\_\_\_  
Se Sentó Solo \_\_\_\_\_  
Alcanzó Objetos \_\_\_\_\_  
Primero Dientes \_\_\_\_\_  
Se Deslizó \_\_\_\_\_  
Se Levantó solo \_\_\_\_\_  
Caminó \_\_\_\_\_  
Dijo sus Primeras Palabras \_\_\_\_\_  
Dijo sus Primeras Oraciones \_\_\_\_\_

Presión Alta \_\_\_\_\_ Cáncer \_\_\_\_\_  
Colesterol Alta \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_  
Triglicéridos altos \_\_\_\_\_  
*¿Tiene mascota(s) en su casa?* \_\_\_\_\_  
*Tienen sus hijo contacto directo con animales a su*  
*alrededor?*  Si  No

## NUTRITION HISTORY

Amamantó \_\_\_\_\_ Formula \_\_\_\_\_  
suplementos vitamínicos \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_  
Comida suave agregada \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HÁBITOS

Dormir \_\_\_\_\_ Moja la Cama \_\_\_\_\_  
Siestas \_\_\_\_\_ Juega \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Apetito \_\_\_\_\_  
Defeca \_\_\_\_\_  
Alergias \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE ENFERMEDADES

General \_\_\_\_\_  
Alergias \_\_\_\_\_  
Varicela \_\_\_\_\_  
Amigdalitis/Faringitis \_\_\_\_\_  
Infecciones de Oído \_\_\_\_\_  
Asma/bronquitis \_\_\_\_\_  
Bronquiolitis/Neumonía (RSV +/-) \_\_\_\_\_  
Hospitalizaciones \_\_\_\_\_  
Heridas de Gravedad \_\_\_\_\_  
Operaciones \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

# Suwanee Pediatrics

1155 Lawrenceville-Suwanee Rd, Lawrenceville, GA 30043  
Phone: (678) 442-0205 | Fax: (678) 442-0185  
www.SuwaneePediatrics.com  
contact@suwaneepediatrics.com



## DO NOT FAX MEDICAL RECORDS

### RELEASE OF MEDICAL RECORDS

Al firmar esta autorización, autorizo a Suwanee Pediatrics a usar y / o divulgar cierta información médica protegida (PHI) sobre el paciente o pacientes enumeradas a continuación. Al solicitar registros médicos, acepta una tarifa administrativa de **\$ 15.00 por paciente cuando** se transfiera o requeridos. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que SUWANEE PEDIATRICS haya actuado en base a esta autorización. Mi revocación por escrito debe enviarse a SUWANEE PEDIATRICS con la dirección indicada.

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

The Authorization applies to the following date(s) of service:  \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Complete Medical Record (*Historial Médico Completo*)

	Patients Name (Nombre del Paciente)	D.O.B.(Fecha de Nacimiento)	Acct #:
1			
2			
3			
4			
5			

Current address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip \_\_\_\_\_

*Direccion*

*Cuidad / Estado /Codigo Postal*

Primary Phone: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_

*Numero Primario*

*Celular*

*Numero de Trabajo*

#### Reason for Request to release Medical Records:

- Review by Specialist, Surgeon, or Therapist     Moving from Area     Insurance Change  
 Not able to schedule appointment with provider of your choice  
 Extended wait times for appointments to physician schedules not being open  
 Extended wait time scheduling and appointment by phone due to on-hold or busy signal  
 Extended wait time in waiting and/or exam room  
 Unsatisfied with the care that was provided  
 Not satisfied with physician  
 Unhappy with staff (please specify): \_\_\_\_\_  
 Other: \_\_\_\_\_

Please release records to:

Obtain records from:

Suwanee Pediatrics: Bolaji Odusina M.D., FAAP

1155 Lawrenceville-Suwanee Rd

Lawrenceville, GA 3004

Tel: 678-442-0205 / [contact@suwaneepediatrics.com](mailto:contact@suwaneepediatrics.com)

Please release records to:

Obtain records from:

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City/State/Zip: \_\_\_\_\_

Phone/ FAX: \_\_\_\_\_