



Pediatric Pulmonary & Allergy Associates

Jose A. Birriel, M.D.
Board Certified Specialist in Pediatric Pulmonary



Samuel Vazquez-Agosto, M.D.
Board Certified Specialist in Pediatric Pulmonary, Allergy/Immunology

Isaac Talmaciú, M.D.
Board Certified Specialist in Pediatric Pulmonary/Sleep Medicine

Gracias por hacer una cita en nuestra oficina.
Adjunto encontrara los formularios de inscripción para la primera cita de su hijo/hija.
Tenga en cuenta que un padre o tutor legal debe de acompañar al paciente.

Documentos

- Identificación del padre
- Tarjeta de seguro
- Referido del seguro, si requiere uno
- Prueba de tutela legal si no son padres biológicos (Ex: Carta notariada, documentos de la corte)
- El pago debe hacerse en forma de tarjeta de crédito o debito cuando sea aplicable.
- Por favor llene los formularios antes de su visita o debe llegar 15 minutos antes para completar el registro

Ubicaciones de oficinas

- **Pembroke Pines**
1 S.W. 129th Avenue, Suite #308
Pembroke Pines, FL 33027
Teléfono: 954-589-0805 / Fax: 954-668-2205
 - Situado a 1.5 millas al este de la I-75 & Pines Blvd.
 - En la esquina S.E. de Pines Blvd. & 129th Ave.
- **Plantation**
4100 N.W. 3rd Court, Suite #200
(S. Hospital Drive)
Plantation, FL 33317
Teléfono: 954-583-1056 / Fax: 954-583-3173
 - Situado al oeste de S.R. 441 entre Sunrise y Broward Blvd. Sobre la base de Plantation General Hospital
 - Segunda mano izquierda girar N. of Broward Blvd.
- **West Boca**
9291 Glades Road, Suite #302
Boca Raton, FL 33434
Teléfono: 561-218-3399 / Fax: 561-218-3169
 - Situado en el lado N. de Glades Road entre S.R. 441 y FL Turnpike
 - Al oeste de Lyons Road y Rooms to Go



Pediatric Pulmonary & Allergy Associates

Jose A. Birriel, M.D.
Board Certified Specialist in Pediatric Pulmonary



Samuel Vazquez-Agosto, M.D.
Board Certified Specialist in Pediatric Pulmonary, Allergy/Immunology

Isaac Talmaciu, M.D.
Board Certified Specialist in Pediatric Pulmonary/Sleep Medicine

Datos Demográficos

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Genero: Femenino Masculino

Nombre de quien acompaña a el paciente hoy: _____ Relación: _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

El paciente vive con: Madre Padre Ambos Padres Otro _____

Nombre del Peditra: _____

Teléfono del peditra #: _____ Fax: _____

Nombre de la Madre: _____ Biológica Madrastra Otro

Celular #: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre de el Padre: _____ Biológico Padrastro Otro

Celular #: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____
(Además de los padres)

Celular #: _____ Casa #: _____ Trabajo #: _____

Staff Initials: _____



Pediatric Pulmonary & Allergy Associates

Jose A. Birriel, M.D.
Board Certified Specialist in Pediatric Pulmonary



Samuel Vazquez-Agosto, M.D.
Board Certified Specialist in Pediatric Pulmonary, Allergy/Immunology

Isaac Talmaciu, M.D.
Board Certified Specialist in Pediatric Pulmonary/Sleep Medicine

Información del Seguro

Seguro Primario: _____ 800 #: _____

Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Relación al Paciente: _____

Identificación #: _____ Grupo #: _____

Coordinación de Beneficios: Esta el paciente cubierto por cualquier otro seguro? No Si (En caso afirmativo, llene la información del seguro secundario)

Seguro Secundario: _____ 800 #: _____

Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Relación al Paciente: _____

Identificación #: _____ Grupo #: _____

Auto Pago: Certifico que no tengo ningún tipo de seguro _____

Firma

Te invitamos a discutir francamente con nosotros cualquier pregunta que usted pueda tener con respecto a nuestro personal y/o servicios. El mejor servicio de salud se basa en un entendimiento amistoso y mutuo entre el medico y el paciente. Nuestra política de oficina requiere que en la visita de hoy tiene que pagar el copago, deducible pendiente, y/o co-seguro, a menos que haya hecho arreglos previos con el director de la oficina. Padres divorciados: Por favor tenga en cuenta que nuestra oficina no se involucra en las disputas o arreglos entre padres divorciados. El padre que lleva al paciente a la consulta medica es la parte responsable de cualquier co-pago, deducible pendiente, y/o co-seguro. Si usted permite que su cuenta sea mas de 120 días de atraso, sin previo acuerdo de pago, su cuenta puede ser reportado a **Equifax Credit Bureau**. Una vez que la cuenta se informo a la agencia de crédito que usted puede ser responsable de un honorario de colección/procesamiento de hasta el 40% del saldo pendiente, además de la cantidad adeudada.

Asignación de Beneficios/Publicación de Información

Yo, el abajo firmante, autorizo la divulgación de cualquier información, incluyendo el diagnostico, evaluación psicológica, información sobre el VIH, y los registros de cualquier tratamiento relacionado con todas las solicitudes de prestaciones presentadas en nombre de mi mismo y/o dependiente(s). Yo, además expresamente acepto y reconozco que mi firma en este documento autoriza Pediatric Pulmonary & Allergy Associates, PA para presentar las solicitudes de prestación sea firmado personalmente el reclamo en particular. Por la presente autorizo a la compañía de seguros antes mencionado para asignar directamente a Pediatric Pulmonary & Allergy Associates, PA todos los beneficios pagaderos. Yo entiendo que no han sido liberados de la responsabilidad, e incurrió en que soy financieramente responsable de todos los cargos.

Firma del Padre/Tutor Legal (Financieramente responsable)

Fecha: ____/____/____

Nombre del Padre/Tutor Legal

Relación al Paciente



Pediatric Pulmonary & Allergy Associates

Jose A. Birriel, M.D.
Board Certified Specialist in Pediatric Pulmonary



Samuel Vazquez-Agosto, M.D.
Board Certified Specialist in Pediatric Pulmonary, Allergy/Immunology

Isaac Talmaciu, M.D.
Board Certified Specialist in Pediatric Pulmonary/Sleep Medicine

El consentimiento para la divulgación de información El tratamiento, pago y operaciones de atención medica HIPAA

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Yo, _____ autorizo a *Pediatric Pulmonary & Allergy Associates, PA* para utilizar

Padre/Tutor Legal

y/o revelar la información de salud del paciente nombrado en este documento, que identifica específicamente a el paciente antes mencionado o que razonablemente se pueda utilizar para identificar a el/ella para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención medica. Entiendo que, si bien este consentimiento es voluntaria, si me niego a firmar este consentimiento, *Pediatric Pulmonary & Allergy Associates, PA* puede negarse a tratar a la paciente en cuestión en este documento. Este consentimiento puede usarse también si debería solicitar una copia de la historia clínica del paciente. Soy consciente de que si yo fuera a solicitar una copia de estos registros, habrá un cargo de \$1.00 por pagina para los registros que han sido previamente suministrados. He recibido una copia del Aviso de Normas de Privacidad ("Aviso"), que describe con mas detalle los usos y revelaciones que se pueden hacer de la información identificable de la salud de mi hijo/hija para el tratamiento pago y operaciones de atención medica.

Entiendo que puedo puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación *Pediatric Pulmonary & Allergy Associates, PA* por escrito, pero si revoco mi consentimiento, dicha revocación no afectara ninguna acción que *Pediatric Pulmonary & Allergy Associates, PA* tomo antes de recibir mi revocación.

Entiendo que *Pediatric Pulmonary & Allergy Associates, PA* se ha reservado el derecho de cambiar sus practicas de Privacidad y que puedo obtener dicho cambiado a petición.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que *Pediatric Pulmonary & Allergy Associates, PA* limite la forma en que la información individual identificable de la salud del paciente nombrado anteriormente se utiliza y/o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención. Entiendo que *Pediatric Pulmonary & Allergy Associates, PA* no tiene por que estar de acuerdo con estas restricciones, pero una vez que las restricciones de este tipo que se acuerden, *Pediatric Pulmonary & Allergy Associates, PA* deben cumplir con tales restricciones.

Yo, _____ como padre/tutor legal de

Nombre del Padre/Tutor Legal

Nombre del Paciente

tengo el poder de dar su consentimiento para la atención medica del niño mencionado anteriormente. En mi ausencia, las siguientes personas están autorizadas para acompañar y/o consentimiento para la atención medica o el tratamiento de el paciente.

_____ Relación al Paciente: _____

Nombre de la persona (además de los padres)

_____ Relación al Paciente: _____

Nombre de la persona (además de los padres)

Entiendo que *Pediatric Pulmonary & Allergy Associates, PA* no va a prestar sus servicios al niño nombrado en este documento si cualquier otra persona que no sean los mencionados anteriormente acompaña a el niño.

_____ Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha: ____/____/____

Nombre del Padre/Tutor Legal

Relación al Paciente

Cuestionario Médico – Paciente Nuevo

Fecha: ____/____/____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Razón por visita: _____

Nombre de quien acompaña el paciente: _____ Relación: _____

Nombre del Pediatra: _____ Teléfono: _____

Nombre de Farmacia: _____ Teléfono: _____

Su hijo(a) esta tomando algún medicamento? Si No (En caso afirmativo, indique a continuación)

¿Tenemos su consentimiento para retirar el historial de recetas de la base de datos de farmacias? Si No

Nombre de medicamento _____ Dosis _____ Frecuencia _____

Nombre de medicamento _____ Dosis _____ Frecuencia _____

Nombre de medicamento _____ Dosis _____ Frecuencia _____

Es su hijo alérgico a algún medicamento? Si No (En caso afirmativo, indique a continuación)

Alérgico a : _____

Historia Medica

Rayos X/Tomografía? Si No Ubicación: _____

Análisis de sangre? Si No Ubicación: _____

Hospitalizaciones? Si No Ubicación: _____ Razón: _____

Alguna Cirugía? Si No Ubicación: _____ Razón: _____

Inmunizaciones actualizadas? Si No

Historia Familiar

¿Hay alguien en la familia que tenga lo siguiente?

Madre/Padre, Hermano(a), Abuelos, Tío(a)

Historia Social

Por favor responda **si** o **no** a las siguientes preguntas:

Alergias Ambientales: Si No Quien: _____

Cáncer: Si No Quien: _____

Hematomas o sangrado: Si No Quien: _____

Diabetes/Endocrino: Si No Quien: _____

Neurológico/Derrame cerebral: Si No Quien: _____

Enfermedad del corazón Si No Quien: _____

Hipertensión: Si No Quien: _____

Pulmonares/Asma: Si No Quien: _____

Gastrointestinal: Si No Quien: _____

Lipídicos: Si No Quien: _____

Trastornos de la piel: Si No Quien: _____

Están en la escuela: Si No

Hay niños en el hogar: Si No

Exposición al humo del tabaco: Si No

Hay mascotas en el hogar: Si No

Gato Perro Otro _____

Revisión de los Sistemas

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Visita de seguimiento – Sin cambios desde la ultima visita

Por favor marque cualquier síntoma que tenga si hijo(a)

CONSTITUCIONALES

- Buena salud general
- Perdida de peso
- Sudores nocturnos
- Fiebre
- Aumento de peso
- Dolor de cabeza
- Escalofrió
- Fatiga
- Malestar
- Moretones

OJOS

- Visión Borrosa
- Molestias a la luz
- Secreción Ocular
- Vértigo
- Cambio de visión
- Usa gafas o lentes de contactos
- Mareo
- Visión doble
- Glaucoma
- Desgarro
- Dolor de ojo

OIDOS/NARIZ/GARGANTA

- Dolores de oído o drenaje
- Resfríos
- Ronquidos
- Hemorragia nasal
- Voz ronca
- Masa tiroidea
- Dolores sinusoidales
- Congestión nasal
- Sinusitis
- Dolor de garganta
- Problema sinusal crónico o rinitis
- Secreción nasal

ALERGICO/ INMUNOLOGICO /PIEL

- Erupción
- Urticaria
- Picazón
- Sabor salado
- Pigmentación
- Piel seca
- Eczema

CARDIOVASCULAR

- Dolor de pecho
- Disnea en el esfuerzo
- Soplos cardiacos
- Flebitis
- Palpitaciones
- Edema
- Claudicación vascular
- Hinchazón de los pies, tobillos, o manos
- Sincope
- Disnea paroxística nocturna
- Hipertensión
- Ortopnea
- Cianosis
- Varices

RESPIRATORIA

- Tos
- Tosiendo sangre
- Tos seca
- Dificultad para respirar
- Infecciones recurrentes
- Sibilancias
- Asma
- Estridor
- Tuberculosis
- Anafilaxia

NEUROLOGICO

- Convulsiones
- Parestesias
- Dolor de cabeza
- Retraso del desarrollo
- Desmayo
- Dificultad para hablar
- Mareo
- Incoordinación
- Sensorial de las alteraciones motoras
- Lesión craneal
- Dificultad para caminar
- Temblor
- Ataxia
- Derrame Cerebral

MUSCULOESQUELETICO

- Dolor
- Debilidad
- Dolor muscular o calambres
- Rigidez/Hinchazón
- Atrofia muscular
- Extremidades frías
- Inflamación de articulaciones
- Calambres nocturnos
- Inflamación de articulaciones
- Dolor de espalda

GASTROINTESTINAL

- Perdida de apetito
- Heces aceitosas
- Diarrea
- Ictericia
- Heces anormales
- Flatulencia
- Vómitos
- Nausea
- Dolor abdominal
- Sangrado rectal o sangre en las heces
- Cambios recientes en los hábitos intestinales
- Indigestión
- Acidez
- Estreñimiento
- Ulcera péptica

PSIQUIATRICO

- Depresión
- Perdida de memoria o confusión
- Alucinaciones visuales
- Alucinaciones
- Insomnio
- Alucinaciones de audio
- Pensamientos de suicidio
- Anorexia nervosa
- Cuidado psiquiátrico previo
- Ansiedad
- Bulimia

ENDOCRINO

- Sed excesiva
- Intolerancia al calor
- La piel se vuelve mas seca
- Intolerancia al frio
- Polifagia
- Cambios de peso
- Bocio
- Problema glandular o hormonal
- Poliuria
- Diabetes
- Polidipsia



Pediatric Pulmonary & Allergy Associates

Jose A. Birriel, M.D.

Board Certified Specialist in Pediatric Pulmonary



Samuel Vazquez-Agosto, M.D.

Board Certified Specialist in Pediatric Pulmonary, Allergy/Immunology

Isaac Talmaciú, M.D.

Board Certified Specialist in Pediatric Pulmonary/Sleep Medicine

Políticas de la Oficina

1. Referidos

Nuestro personal hace amablemente todos los esfuerzos para recordarle que debe obtener una referencia para su cita. Sin embargo, es responsabilidad de los padres tener la referencia adecuada en el momento de la cita.

2. Renovaciones de recetas

Las renovaciones de medicamentos no serán procesadas si su hijo/hija no ha sido visto 6 meses antes o si ha perdido su última cita.

3. Citas

Como una cortesía a nuestros pacientes, intentaremos confirmar citas 24-48 horas antes de su hora programada. Una vez que se hace una cita, el tiempo se reserva para su hijo. Se cobrará un cargo de \$ 35.00 a su cuenta por citas "sin comparecencia" sin previo aviso 24 horas de antelación. Esta cuota deberá ser pagada antes de su próxima cita. Los pacientes que lleguen con más de 15 minutos de retraso tendrán que esperar hasta que se hayan visto todas las citas programadas primero.

4. Citas para los resultados de las pruebas

En un esfuerzo por brindar la mejor atención de calidad para su hijo, puede ser necesario realizar una cita de seguimiento después de una prueba que su médico ordenó para documentar los resultados y enviar un informe de consulta a su médico de atención primaria. Tenga en cuenta que los resultados no se darán por teléfono.

5. Solicitud de expediente médico por correo electrónico o fax

Usted será financieramente responsable de los siguientes honorarios: **\$1.00 cada página para las primeras 25 páginas, entonces .25 ¢ para cada página después.** Los expedientes médicos tomarán aproximadamente 5-7 días laborales para ser enviados

6. Mensajes por correo de voz

Es importante que no deje mensajes sobre situaciones de emergencia en nuestro correo de voz. Todos los asuntos urgentes deben ser discutidos con un miembro del personal en vivo para que pueda ser dirigido correctamente.

7. Comunicaciones por correo electrónico

El correo electrónico no está disponible para comunicaciones relacionadas con la atención del paciente, recetas, solicitud de registros, etc. Llame a nuestra oficina para que uno de los miembros de nuestro personal pueda ayudarlo y enviar su solicitud al departamento correspondiente.

Por la presente reconozco que he revisado y recibido una copia de las políticas de la oficina de Pediatric Pulmonary & Allergy Associates.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha: ____/____/____

Updated 10/18/18