



Políticas de la Practica

9-2 -19 (Copia para el paciente)

Le damos la Bienvenida a Julia Barriga, M.D. , P.A. Gracias por elegir nuestra práctica como el hogar médico de su hijo. Nuestra misión es llevar salud y felicidad a los niños. Tómese un momento para revisar que las expectativas y filosofías de nuestros proveedores están en línea con las de su familia. Creemos que el respeto mutuo y la confianza son necesarios para servirle a usted y a su familia.

Horas de oficina

Lunes 8:00 am - 5:00 pm, martes 8:00 am - 7:00 pm, miércoles 8:00-1:00 pm, jueves 8:00 am - 5:00 pm, viernes 8:00 am - 5:00 pm, sábados alternos 9:00 am-1:00pm.

Política de citas

Vemos pacientes solo con citas, puede programar una cita por teléfono o por mensaje de texto a nuestro Número principal (813) 984-8846 durante el horario de atención habitual, y DESPUÉS DE HORAS en nuestro sitio web o en su Portal para pacientes. Las citas de la tarde, después de la escuela y los sábados se reservan rápidamente, si estos son sus horarios preferidos, por favor programe con al menos un mes de anticipación.

Citas por enfermedad

Las citas por enfermedad aguda se programan como citas para el mismo día solamente. Tenemos citas para enfermos el mismo día disponibles para nuestros pacientes establecidos. Puede haber un tiempo de espera ya que lo estaremos trabajando entre las citas regulares programadas. Nuestras líneas telefónicas abren a las 8:00 am, llámenos lo antes posible para acomodar a su hijo. Las citas y consultas por enfermedad crónica generalmente requieren más tiempo que una cita estándar por enfermedad aguda y deberán programarse con dos semanas o más de anticipación.

Examen Físico (Well Child)

Seguimos las pautas de la Academia Americana de Pediatría, el Programa de Futuros Brillantes y HEDIS, NCQA muy de cerca y esperamos que las Familias de nuestra práctica sigan ese programa lo más cerca posible. Solicitamos que los pacientes programen sus citas de Examen Físico a más tardar un mes después de la fecha de vencimiento del paciente. El coordinador de atención de nuestra práctica le proporcionará y explicará dicho horario y lo alentaremos a que programe su próxima cita de Examen Físico cada vez que se comunique con nuestra oficina.

Las citas de Well Child, Examen Físico, están programadas para centrarse en la salud preventiva; si necesita abordar un problema agudo o un problema crónico, es posible que le pidamos que programe una cita para concentrarse en este asunto.

Política de cita de no presentación

Habrà una CUOTA DE NO SHOW por cada cita que no se presente: Citas no canceladas con 24 horas de anticipación - \$ 50.

Si no se notifica a nuestra oficina con una cancelación de al menos 2 HORAS antes de la hora de su cita, se aplicarán las tarifas de no presentación anteriores.

3 NO-SHOWS en un período de 6 meses son motivo de despido de la práctica para el paciente y toda la familia.

Esto no es ser indiferente; Es un esfuerzo continuar con la atención inmediata durante todo el día para nuestros niños enfermos.

Estos cargos no serán facturados a su compañía de seguros; Usted será responsable del pago.

Cancelaciones de cita

Si necesita cancelar una cita programada, notifique a nuestra oficina con 24 horas hábiles de anticipación para que podamos acomodar a las familias que están en una lista de espera para una cita más temprana. Si no cancela su cita dentro de las 24 horas hábiles O en caso de emergencias con al menos 2 horas antes de la cita, se aplicará un cargo de \$ 50.00. Este cargo debe pagarse antes de programar su próxima cita y no puede cargarse a su seguro.

Sábado, citas vespertinas y fuera de horario

Los martes de 5:00 p.m. a 7:00 p.m. y los sábados alternos de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. Tenemos un proveedor de guardia 24/7/365. Y una línea de consulta de enfermeras. Esto está disponible llamando a nuestro número principal (813) 984-8846. Esperamos que llame al 911 para una emergencia que ponga en peligro la vida. Y que llame a nuestros Proveedores antes de ir al Departamento de Emergencia o Atención Urgente.

Política de vacunas

Julia Barriga , MD , PA, sigue las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría y las pautas de los CDC para el cuidado de las vacunas. Creemos firmemente en las vacunas y en la protección de bebés y niños. No apoyamos horarios de vacunas alternativos o no vacunar a los niños. Si su filosofía difiere de la nuestra, le solicitamos que busque otro pediatra. (lea más en la página siguiente)

Política de privacidad de pacientes 13 años a mayores (consulte la Descripción completa de la política en la página siguiente)

Entiendo que, en aras de construir una relación de confianza con nuestros adolescentes, los proveedores pueden no ser capaces de discutir todos los problemas de adolescentes discutidos en las citas con los padres, a menos que los Proveedores sientan que el paciente es un peligro para ellos mismos o ha sido abusado .

Hogar medico

Nuestro equipo de proveedores, asistentes médicos, enfermeras y personal de apoyo trabaja muy duro para brindar atención médica integral y servir como su hogar médico. Por lo tanto, esperamos que se comunique PRIMERO con nuestra oficina, antes de buscar atención especializada, (ir a ver a un especialista) o dirigirse a un centro de atención urgente. Tenemos un proveedor de guardia que estará feliz para guiarle si está preocupado, a por su hijo, a.

Cuestionarios de pacientes

Los cuestionarios son una parte integral de la visita, ya que podemos obtener información para brindarle la más alta calidad de atención. Si elige no completarlos, no podremos evaluar adecuadamente a su hijo y no nos sentiremos cómodos brindando atención solo con los cuestionarios que cubren las compañías de seguros, ya que estos no siguen las pautas de la AAP.

Requerimos que complete estos cuestionarios ANTES DE SU CITA. Puede completar estos cuestionarios antes de la cita de su hijo en el PORTAL DE PACIENTE.

Portal del paciente y tecnología

Esperamos que todos los padres se comuniquen con nosotros a través de nuestro Portal del Paciente para la mayoría de sus necesidades, solicitud de citas no urgentes, recargas, solicitud de registros médicos, resultados de laboratorio, formularios escolares, formularios escolares perdidos, etc. Le daremos más prioridad a este método de comunicación.

Usamos recordatorios automáticos. Confirme su cita a través de este método o también puede solicitar una cancelación.

Atención de urgencias

Ofrecemos horarios vespertinos y citas los sábados. Tenga en cuenta que de acuerdo con su seguro, estas citas los sábados están sujetas a las tarifas de atención urgente de su seguro.

Atención especializada

Como su hogar médico, esperamos que se comunique con nuestra oficina para analizar los planes de atención antes de programar una cita con un especialista. Queremos participar ya sea brindando atención en nuestra oficina donde sea apropiado o remitiéndolo al especialista más apropiado y ayudando a coordinar su atención. Siempre que vea a un especialista, le pedimos que solicite que se envíe un informe directamente a nuestra oficina para que podamos coordinar toda su atención. Si decide ir por su cuenta y su seguro requiere una autorización o referencia, no podemos hacer referencias retroactivas. Después de remitirlo a su especialista, necesitamos 10 días hábiles para reenviar las notas de referencia y / o procesar una autorización de seguro. Póngase en contacto con nosotros a través de su portal del paciente con el nombre del especialista y el número de fax para esto. Haga esta solicitud 10 días hábiles antes de su cita con su especialista.

Facturación y responsabilidad financiera

Se espera que resuelva TODAS LAS PREOCUPACIONES y PREGUNTAS del seguro antes de llegar a nuestra oficina.

Esto incluye el cambio de PCP 's, llamar a su seguro para entender su póliza o disputar un copago o deducible durante su cita ya que esto causa un retraso en su cita. Si las preocupaciones no se resuelven antes de su cita, la cita será REPROGRAMADA.

El pago siempre se debe al momento del servicio, y es responsabilidad del paciente (tutor legal del paciente) comprender cómo funciona su seguro, incluidos los deducibles y coseguros, y proporcionar información actualizada del seguro en cada visita. Le facturaremos a su compañía de seguros, pero si se niegan los cargos, la responsabilidad del pago se devuelve al paciente y se cobrará en su próxima visita. Siempre puede realizar pagos a través del Portal del paciente. Consulte la Política financiera detallada para obtener más información.

Política de llegada tardía

Valoramos su tiempo y haremos todo lo posible para ver a su hijo de manera oportuna. Extiéndanos la misma cortesía y llegue a tiempo a su cita. Si llega tarde a su cita, notifique a nuestra oficina e intentaremos hacer los arreglos necesarios dentro de nuestro horario. Los pacientes que lleguen más de 15 minutos tarde a su cita pueden considerarse "no presentados" y se les puede pedir que reprogramen su cita.

Excusas escolares / laborales

Solo podemos proporcionar excusas escolares y laborales para pacientes y / o padres que son atendidos dentro de nuestra oficina. Al momento del check-out, se le proporcionará una nota que justifica el día en que fue visto y la fecha que el proveedor de la cita consideró apropiado para que regrese al trabajo o la escuela.

Miembros de la familia u otros tutores que llevan al paciente a una cita

Los padres o tutores pueden autorizar a otra persona que aún no esté autorizada en el Formulario de registro de pacientes nuevos completando nuestro formulario "Autorización para el tratamiento médico de menores" publicado en nuestro sitio web y entregándolo a la recepción antes de la cita. Asegúrese de que esta persona sabe sobre la condición de la niña, y está listo para hacer los pagos necesarios, si es necesario. (Consulte la información detallada en el formulario).

Formularios médicos y solicitudes de registros de vacunas (solo aceptamos solicitudes prepagas)

- i Registros médicos: la solicitud de registros médicos debe hacerse por escrito y contener la firma de un padre o tutor. Los registros médicos solicitados para uso personal tendrán un cargo de \$ 30 por las primeras 25 páginas, \$1.00 por página, \$ 0.25 por cada página adicional. No hay ningún cargo por enviar registros médicos a otro médico. Espere 10 días hábiles para completar la solicitud.
- i Formularios FMLA: SOLO se completarán durante una visita EXCLUSIVA por este motivo. Los padres deben saber qué requiere su empleador en el formulario.

- i Los registros de vacunas y los formularios físicos del Estado de Florida son GRATUITOS en su Portal del paciente 24 horas después de su amable solicitud. O \$ 2.00 por página si los imprimimos en nuestra oficina 24 horas después de su solicitud, o \$ 5.00 por página para una solicitud urgente el mismo día.
- i Exámenes físicos de deportes , si su escuela o campamento solicita un "examen físico de deportes", el paciente necesita una cita adicional para el examen de niño sano y los padres deben completar la sección delantera del Formulario físico de deportes. El examen físico físico y el examen de bienestar infantil son diferentes.
- i Los registros de vacunas regulares están disponibles y se pueden imprimir desde el portal del paciente en cualquier momento.
- i Todas las demás cartas cuestan \$ 50.00 por carta y requieren 10 días hábiles. Las solicitudes urgentes se cumplirán siempre que tengamos toda la información disponible y el proveedor esté disponible para completarla. Solicitudes de urgencia adicionales \$ 25.00.

Reabastecimientos de medicamentos

Por favor, espere 72 horas en nuestra oficina para reabastecimientos de recetas. Los reabastecimientos de medicamentos solo se realizarán durante nuestro horario comercial normal. El médico de guardia no le recetará reposiciones no urgentes después de horas o los fines de semana. Los pacientes deben ser vistos antes de surtir cualquier receta nueva que nuestra oficina no prescribió originalmente. Los medicamentos controlados (como los del TDAH) no se pueden inscribir electrónicamente y requerirán una visita cada 3 meses. No realizamos reposiciones de antibióticos o medicamentos para el asma. Algunas recetas requieren una visita al menos cada 3, 6 o 12 meses, dependiendo del medicamento. Solicite todos los reabastecimientos de recetas a través del Portal del paciente.

Acción legal

Si se producen acciones legales en las que un médico o cualquier empleado de Julia Barriga , MD , PA es solicitado o citado para dar testimonio (como un caso de custodia), usted será responsable de pagarle directamente a Julia Barriga , MD, PA por proporcionar lo siguiente servicios: (a) el tiempo dedicado a prepararse para la corte, (b) el tiempo dedicado al transporte hacia / desde la corte, y (c) el tiempo dedicado a comparecer ante el tribunal. Los cargos por servicios legales se facturarán a \$ 300.00 por hora. Si esta acción legal requiere que el médico se aleje de la atención del paciente durante un día entero, la tarifa será de \$ 15,000 por cada día que no puedan ver a los pacientes. Esta tarifa NO es reembolsable por un Pagador tercero y, por lo tanto, es responsabilidad legal total del paciente y / o de los padres o tutores legales del paciente.

Acuerdos de custodia / divorcio

Los decretos de divorcio son un contrato entre dos padres y no el médico y el padre. No podemos y no retendremos la información del paciente de uno de los padres a solicitud del otro padre sin recibir una copia del decreto de divorcio que verifique la custodia completa. A menos que se presente un decreto de divorcio en la historia clínica del paciente, brindaremos atención al niño, independientemente de qué padre esté en la cita. El pago se debe al momento del servicio, independientemente de qué padre tenga la responsabilidad financiera de los servicios médicos.

Mala conducta y amenazas al personal y / o proveedores

Como práctica, NO TOLERAMOS ninguna amenaza verbal o física contra nuestros proveedores o personal. Si se hace una amenaza verbalmente o en forma escrita , la relación médico-paciente se ha visto comprometida, y el paciente (y cualquier miembro de la familia, si corresponde) será dado de baja de la práctica .

Al firmar a continuación, usted reconoce y comprende completamente las Políticas de la Practica.

Firma del padre,madre / tutor legal

Nombre en letra de molde del padre,madre / tutor legal

Fecha

HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud)

Entiendo que, según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA"), tengo derecho a la privacidad con respecto a la información de salud de mi protocolo. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente. Obtenga pagos de terceros y realice operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas. Entiendo que como parte de mi atención médica, Julia Barriga , MD , PA . origina y mantiene registros de salud que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan de atención o tratamiento futuro. He recibido, leído y entiendo, o me he negado a leer, su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento en la dirección anterior para obtener una copia actual del Aviso de prácticas de privacidad. Al firmar nuestro Formulario de reconocimiento de consentimiento, usted reconoce que está de acuerdo y comprende completamente la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico.

Firma del padre,madre / tutor legal

Nombre en letra de molde del padre,madre / tutor legal

Fecha

Bienvenido a Julia Barriga , MD, PA . !



Nuestra misión es llevar salud y felicidad a los niños.
PARENT COPY
Para servirle mejor, queremos que comprenda nuestra Poliza Financiera.

POLIZA FINANCIERA

GARANTE FINANCIERO: esta es la persona que recibirá los resúmenes de facturación por correo y es responsable por los pagos.

Tenga en cuenta que está iniciando la prestación de servicios y, en última instancia, usted es financieramente responsable de todos los cargos incurridos, ya sea pagados por su seguro o no.

Se espera que los pacientes:

1. **Traiga y presente su tarjeta de seguro a cada visita.** Debemos tener una copia de la tarjeta de seguro para presentar reclamos. Debemos tener información personal y de seguro precisa o el paciente puede recibir un aviso de 30 días de despido de la práctica.
2. **Recién nacidos:** proporcione a la oficina información actual del plan de seguro dentro de los 30 días posteriores a la fecha del servicio o no podemos presentar un reclamo a su seguro y usted será responsable del pago.
3. Haga que nuestro nombre, Julia Barriga MD PA, figure en su tarjeta de seguro como PCP si tienen un plan HMO. Si aparece otro médico o centro no podemos ver al paciente. Los recién nacidos tienen 30 días para que se nos agregue como PCP.
4. Revise nuestra Política de referencia y autorización adjunta.
5. Pague los copagos, el coseguro o la tarifa fija de \$ 80.00 si no ha cumplido con el deducible asignado por su seguro. Cuando nosotros reciba una "explicación de beneficios" de su compañía de seguros, aplicaremos este monto a su responsabilidad.
6. Pague el saldo personal adeudado en la cuenta que tenga más de 30 días antes de la próxima visita.
7. Los métodos de pago incluyen: Efectivo, Visa, Discover y d Master Card, American Express o en línea en el Portal del paciente a través de Instamed .
8. Comprenda que se aplicará un cargo de \$ 30.00 por cualquier cheque personal o tarjeta de crédito devuelto que lo niegue.
9. Asista a las citas y llegue puntualmente. Notifique a nuestra oficina de cualquier necesidad de cancelar o reprogramar. Si las citas son "no shows" o cancelado con menos de 24 horas de anticipación, se aplicará un cargo . Se realiza una llamada de recordatorio de cortesía, cuando es posible, pero es su responsabilidad de saber la fecha y hora de su cita.
10. Comprenda su póliza de seguro y sus beneficios. Comprenda que puede haber cosas que su plan de seguro NO cubre. Cada plan es diferente , y es su responsabilidad conocer su cobertura específica . Este es un contrato entre usted y su plan.
11. **Verifique con su empleador o compañía de seguros** si estamos participando con su plan específico ANTES de programar citas.
12. Comprenda si será responsable del cargo total si elige usar nuestros servicios y no participamos con su seguros . Este pago vence en la fecha del servicio. Lo haremos con la documentación para presentar un reclamo por su visita a su seguro compañía . Te reembolsarán.
13. Proporcione información de coordinación de beneficios a su seguro. De lo contrario, se rechazarán las reclamaciones y será su responsabilidad pagar.
14. Trabaje con SU seguro para obtener el pago inmediato de los reclamos. Manejaremos sus reclamos de acuerdo con nuestro acuerdo de reclamos con ese compañía de seguros
15. Llámenos si tiene alguna pregunta sobre el pago de su compañía de seguros, nuestro departamento de seguros tratará de ayudarlo. Tenga a mano la "Explicación de beneficios" que recibió de su seguro cuando llame a nuestra oficina.
16. Comprenda que no nos involucraremos en disputas entre usted y su compañía de seguros con respecto a deducibles, copagos, cargos cubiertos , seguro secundario, cargos "habituales y habituales", etc., que no sean para proporcionar información objetiva según sea necesario. Usted deberá resolverlos con su seguro.
17. Comprenda que no podemos involucrarnos en disputas domésticas sobre quién es responsable de la factura.
18. Comprenda una vez que su cuenta está atrasada durante 90 días y no ha intentado realizar un pago o establecer un pago programar puede ser enviado a una agencia de cobranza y puede ser dado de baja de la práctica.
19. **Si tiene un saldo anterior que ha sido entregado a la Agencia de Cobro , debe estar preparado para pagarlo en su totalidad en el momento de sus citas futuras.**

Garante financiero

El adulto que firma esta política es responsable del pago total. Es su responsabilidad organizar la transferencia de la cantidad debida al abuelo / tutor / amigo que acompaña al niño a la oficina.

Julia Barriga , MD, PA NO honrará los arreglos financieros específicos establecidos en un Acuerdo de Custodia de Menores, Acuerdo de Liquidación de Divorcio, Decreto de Divorcio de Sentencia, o similares (los "Arreglos").

En casos de custodia de los hijos, el padre que presenta a su hijo (el "Padre que presenta") para recibir atención y tratamiento es responsable del pago de los copagos, coseguros y deducibles en el momento del servicio. Previa solicitud, Julia Barriga , MD , PA proporcionará una copia duplicada de su recibo para que el padre o tutor presente pueda solicitar el reembolso cuando corresponda.

Por la presente otorgo permiso a Julia Barriga , MD , PA . para divulgar cualquier información pertinente a mi compañía de seguros a solicitud, y también autorizo el pago directamente a Julia Barriga , MD, PA Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.



Política de vacunas

En vigencia a partir del 22 de agosto de 2019

Creemos firmemente en la eficacia de las vacunas para prevenir enfermedades graves y salvar vidas. Nuestros médicos creen que todos los niños deben estar completamente inmunizados a menos que haya contradicciones médicas.

Porque toda la evidencia científica disponible favorece la vacunación de acuerdo con el calendario establecido por el CDC, Academia Estadounidense de Pediatría y ACIP, y porque no seguir este horario puede hacer daño a otros niños en nuestra oficina.

- i Ya no veremos familias que elijan no vacunar a sus hijos de acuerdo con el Calendario recomendado . * *
- i Ya no seguiremos los " Calendarios alternativos de vacunación" .
- i Los pacientes que actualmente usan dichos Calendarios deberán seguir el programa de actualización recomendado * si desean seguir eligiendo a nuestros médicos para el pediatra de sus hijos .

Creemos firmemente que la vacunación de niños y adultos jóvenes puede ser la intervención más importante para la promoción de la salud que realizamos como proveedores de atención médica, y que usted puede hacer como padres / cuidadores. Las vacunas recomendadas y el calendario de vacunas son el resultado de años y años de estudio científico y recopilación de datos sobre millones de niños por miles de nuestros científicos y médicos más brillantes.

Como proveedores de atención médica, es nuestra responsabilidad proteger a la mayor cantidad posible de niños de enfermedades.

Los padres que eligen no vacunar a sus hijos de acuerdo con las pautas no solo ponen a sus hijos en riesgo de enfermarse, sino que también indirectamente ponen a otros niños en riesgo. Es por eso que creemos firmemente que la mejor manera de proteger la salud de todos los niños en nuestra práctica es garantizar que todos sigan el horario recomendado *.

Si su filosofía difiere de la nuestra, le solicitamos que encuentre otra práctica pediátrica.

Muchas Gracias por su cooperación y atención,

Julia Barriga, MD, PA

* Las vacunas para el Flu y HPV seguirán siendo opcionales, sin embargo, son vacunas importantes y los padres deben discutir las completamente con su Proveedor antes de rechazarlas y se deberá firmar un Formulario de rechazo que será guardado en sus registros.



Política de Privacidad de 13 años y mayores TRANSICIÓN ADOLESCENTE A ATENCIÓN DE SALUD PARA ADULTOS

9-1-19

La política de transición de adolescentes a atención médica de adultos de Julia Barriga , MD, PA, sigue la siguiente política:

Pacientes de 13 años a 17 años de edad

Los pacientes que recién cumplen los 13 años, parte de la visita médica del paciente estarán generalmente en privado, y al padre, madre / tutor se le puede pedir que se retire de la sala de examen, si la solicita el adolescente. El paciente puede pedir que el padre, madre / tutor o la enfermera estén presentes en la sala de examen. Las discusiones sobre ciertos temas delicados, como la salud sexual y mental y el uso de sustancias, serán confidenciales y no se compartirán con los padres / tutores a menos que el adolescente lo consienta. Los registros médicos que documenten las partes correspondientes del examen médico y la discusión también se tratarán como confidenciales, en la medida requerida por la ley, y se entregarán a un padre, madre / tutor u otra persona solo con la autorización por escrito del paciente.

Esta Política no se aplicaría a pacientes adolescentes con discapacidades del desarrollo u otras necesidades especiales de salud , puede ser necesario y apropiado modificar estas políticas para acomodar sus necesidades. Damos la bienvenida a pacientes y padres / tutores para que discutan las necesidades sociales con nosotros, de modo que podamos planificar adaptaciones razonables juntos.

Julia Barriga , MD, PA informará a los padres / tutores de cualquier situación o comportamiento que ponga en peligro la vida de cualquier paciente menor de 18 años, ya sea que el paciente lo revele o sea evidente a través de un examen médico. En este caso, informaremos al paciente que tenemos la obligación legal de divulgar esta información al padre, madre / tutor.

Pacientes de 18 años de edad

Paciente mayor de 18 años: los pacientes mayores de 18 años son adultos según la ley. Los pacientes menores de 18 años que han sido emancipados (por matrimonio, embarazo, etc.) también se consideran adultos según la ley.

Julia Barriga , MD, P. A. respetará el derecho de estos pacientes a tomar sus propias decisiones de atención médica y administrar su propia atención médica, a menos que un tribunal haya determinado que no pueden hacerlo y haya designado un tutor legal. Envíenos una copia del decreto del tribunal o documentación equivalente, si ha sido nombrado tutor legal. Envíenos una copia del decreto de la corte o documentación equivalente si ha sido nombrado tutor legal de su hijo, a adulto, para que podamos cumplir con los términos de su tutela.

Julia Barriga , MD, PA respetará el derecho de los pacientes de 18 años de edad y mayores a la privacidad con respecto a su información y registros de salud. Los proveedores se reunirán y examinarán estas patentes en privado, a menos que el paciente solicite que el padre, madre u otra persona esté presente. Un paciente adulto joven puede autorizar a un padre, madre u otra persona a recibir información o registros médicos mediante la firma del Formulario De Autorización de Compartir Records Médicos.

Política de Privacidad del Seguro Médico: Tenga en cuenta que los adultos y los niños pequeños que están aseguradas en virtud de la política familiar de los padres podrían recibir estados de cuenta en el más seguro en la dirección de los padres. Póngase en contacto con el seguro para conocer sus políticas de privacidad. Julia Barriga , MD, P. A. no tiene control sobre sus políticas de privacidad .

Transición de la atención médica pediátrica a la de adultos

Julia Barriga , MD, P. A. atiende a pacientes desde el nacimiento hasta los 18 años de edad. Después de que el paciente cumpla 18 años y antes de que cumpla 19 años , los pacientes deben hacer la transición a un proveedor de atención primaria para adultos (generalmente un doctor, médico familiar o médico internista), así como proveedores especialistas en adultos para cualquier atención médica especializada que el paciente pueda recibir. Le recomendamos que comience a recopilar información sobre proveedores de atención médica para adultos mucho antes de esta edad, generalmente alrededor de los 18 años. Recuerde consultar con su compañía de seguros.

Estamos disponibles para conversar sobre la transición de la atención médica con los pacientes y sus familias. Estamos comprometidos a asociarnos con usted durante todo el proceso para garantizar una transición sin problemas.

Una vez que seleccione su proveedor de adulto, por favor, firmar un formulario de autorización de Solicitud de Records Médicos de inmediato para que podamos enviar sus registros médicos para ese nuevo proveedor. Puede usar el formulario de Julia Barriga , MD, P. A. en el sitio web www.juliabarrigamd.com o el formulario de la oficina del proveedor para adultos. Tenga en cuenta que Julia Barriga , MD, P. A. dispone de registros médicos de acuerdo con la ley estatal. Esto generalmente significa que conservamos registros durante siete años después de la última fecha de servicio o hasta los 18 años, lo que sea más largo.



RECONOCIMIENTO DE CONSENTIMIENTO DE LAS POLITICAS DE LA PRACTICA

9-2-19 (COPIA DE OFICINA)

1. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
2. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
3. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
4. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
5. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
6. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
7. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
8. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Esta página representa un resumen de todas las políticas delineadas para Julia Barriga , MD , PA .

1. HIPPA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud): Por la presente, reconozco que me han presentado una copia de Julia Barriga , MD , PA . Aviso de privacidad. Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información de privacidad para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica . También entiendo que no estoy obligado a aceptar (Julia Barriga , MD , PA . Restricciones solicitadas, pero si los padres están de acuerdo, entonces los padres están obligados a cumplir con dichas restricciones. Iniciales del Padre/ Madre/Tutor _____
2. Julia Barriga , MD , PA . Política de obligaciones financieras: He leído, entiendo y cumpliré con la Política financiera . Entiendo que soy responsable de los cargos acumulados por mi hijo / a, independientemente de los beneficios del seguro . Si al usar la información que he proporcionado hoy o en ocasiones anteriores, Julia Barriga , MD , PA . no puede cobrar a la compañía de seguros de mi hijo, acepto toda la responsabilidad del pago de las facturas del niño. Iniciales del Padre/ Madre/Tutor _____
3. Designación Políticas Política / Office , NO- MOSTRAR Política : Por la presente reconozco que se me ha presentado con una copia de Julia Barriga , MD, PA Oficina de Políticas de Citas folleto y entiendo mis responsabilidades. Los he leído y los entiendo. Iniciales del Padre/ Madre/Tutor _____
4. Pautas del paciente y consentimiento para el uso del portal del paciente: Por la presente, reconozco que me han presentado una copia de Julia Barriga , MD , PA . Pautas del paciente y consentimiento para el uso del portal del paciente. Políticas de comunicación y entender mis responsabilidades. Iniciales del Padre/ Madre/Tutor _____
5. Política de vacunas. Por la presente, reconozco que me han presentado una copia de Julia Barriga , MD , PA . Política de vacunas . Y elijo seguir las Políticas. Iniciales del Padre/ Madre/Tutor _____
6. Política de Privacidad de Pacientes de 13 años a mayores. Por la presente, reconozco que me han presentado una copia de Julia Barriga, M.D., P.A. . Política de Privacidad de Pacientes de 13 años a mayores y elijo seguir las Políticas. Iniciales del Padre/ Madre/Tutor _____
7. Consentimiento para tratamiento y examen. Doy voluntariamente autorización para el tratamiento médico a los proveedores de Julia Barriga, M.D., P.A. Este permiso se otorga a los pacientes enumerados para recibir cualquier procedimiento médico / quirúrgico, radiografías, o pruebas de laboratorio, medicamentos o exámenes, según lo consideren necesarios los proveedores.
8. Autorizo la divulgación de registros médicos a mi compañía de seguros. En caso de que. Julia Barriga, M.D., P.A. cobre a mi seguro, autorizo que se paguen los beneficios directamente. Julia Barriga, M.D., P.A.

Las políticas y protocolos de la oficina se actualizarán periódicamente a medida que la práctica crezca y los cambios se realicen en consecuencia. Estas actualizaciones estarán disponible en nuestro sitio web, así como en nuestra oficina. Reconozco que he leído este documento en su totalidad y lo entiendo completamente y cumpliré con todos los requisitos de Julia Barriga , MD , PA . políticas y protocolos, o me he negado a leer. También reconozco que me han dado copias de todas las políticas mencionadas anteriormente, si así lo solicita, y me dieron la oportunidad de hacer cualquier pregunta.

Nombre del padre/madre / tutor: _____ Firma: _____ Fecha de hoy _____
 Nombre del testigo: _____ Firma : _____ Fecha de hoy _____



JULIA BARRIGA MD PA
5001 E. BUSCH BLVD
TAMPA, FL 33617
PHONE: (813) 984 8846
FAX: (813) 984 8827
www.juliabarrigamd.com

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE MENORES
por otro que no sea el padre/madre o tutor**

8-26-19

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento : _____

Nombre completo del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento : _____

Nombre completo del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento : _____

Nombre completo del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento : _____

Nombre completo del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Individuo (s) autorizado (s) a traer niños (mencionados anteriormente) para el tratamiento (incluidos mamá y papá)
Toda persona que traiga niños DEBE PRESENTAR UNA IDENTIFICACIÓN DE IMAGEN EN CADA VISITA.
(LA PERSONA TENDRA QUE SER UNA PERSONA MAYOR DE 18 ANOS)

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento _____ Parentesco: _____

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento _____ Parentesco: _____

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento _____ Parentesco: _____

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento _____ Parentesco: _____

Firma (s)

Como padre / tutor legal, autorizo a la (s) persona (s) (mencionada anteriormente) a que traiga a mi hijo / hijos (enumerados anteriormente) a Julia Barriga , MD, PA para recibir servicios médicos. También soy consciente de que esta persona debe ser responsable de cualquier pago adeudado al momento del servicio o saldos anteriores.

Asegúrese de que la persona designada conozca la condición actual del paciente y que él / ella pueda transferir toda la información provista en la visita al padre o tutor.

PADRE, MADRE / TUTOR NAME _____

RELACIÓN LEGAL CON EL PACIENTE _____ Telefono al que estará disponible durante la visita _____

FIRMA DEL PADRE,MADRE / TUTOR _____ FECHA _____

ACUERDO DE USUARIO DEL PORTAL DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

revisado el 8-26-19

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE (recibirá la confirmación de la cita, recordatorios y la DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO que se nos proporcione se convertirá en su Acceso al Portal del Paciente).

Vincularemos a TODOS sus hijos (enumerados a continuación) a su Cuenta del portal del paciente y en los Records de los pacientes.

Si alguno de sus hijos tienen una diferente dinámica familiar, custodia, etc , por favor háganoslo saber.

Apellido del padre/madre : _____ Nombre : _____ Parentesco con el niño/a: _____

Teléfono: _____ ¿Todos los niños (a continuación) residen con el padre: ___ Sí, ___ NO

Dirección (si no se proporciona en otro lugar) _____

Dirección de correo electrónico del portal : _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento _____

Contraseña temporal del portal si es necesario: _____ Firma de los padres : _____

Fundamentos del portal del paciente

Julia Barriga MD , PA . comprende la necesidad de comunicación entre profesionales de la salud y pacientes. Julia Barriga MD , PA . se compromete a proporcionar a los pacientes y otro personal autorizado la capacidad de utilizar un portal de pacientes seguro y confidencial que brinde la siguiente funcionalidad:

1. Acceso a registros médicos
2. Posibilidad de contactar al mostrador de citas.
3. Comunicación segura con el profesional de la salud.

El Portal del paciente utiliza tecnología para brindar comunicaciones seguras entre los pacientes y Julia Barriga M , D , .PA

El término "portal del paciente" se refiere a la parte del sistema de información de Julia Barriga MD , PA que brinda acceso a la información de salud de los pacientes y permite una comunicación segura , incluidas las solicitudes de prescripción, derivación y citas.

"Comunicación electrónica" significa correo electrónico o mensajes de texto con pacientes fuera de un portal para pacientes.

Política del portal del paciente

Las siguientes políticas y limitaciones se aplican al uso de Julia Barriga MD , PA . portal del paciente.

1. La comunicación del portal del paciente no es para fines de emergencia. Si tiene una emergencia, marque 911 o vaya a su hospital local.
2. La correspondencia a través del portal del paciente es complementaria a los encuentros médico / paciente. Julia Barriga M , D , .PA no proporcionará diagnósticos y tratamientos basados en el portal del paciente.
3. El tema sensible, como el VIH / SIDA, las ETS, la salud mental, la salud del comportamiento, el tratamiento de drogas o la información de las pruebas genéticas no se puede discutir a través del portal de pacientes .
4. Se prohíbe cualquier otra comunicación electrónica con el profesional de la salud, como el correo electrónico del portal para no pacientes o mensajes de texto.
5. Las comunicaciones enviadas a través del portal del paciente deben ser corteses, respetuosas, apropiadas, basadas en hechos y veraces.
6. Las comunicaciones deben ser respondidas dentro de 2 días hábiles. Usted acepta no usar este portal si necesita una respuesta antes o de manera urgente. Si su necesidad es urgente, debe comunicarse con la práctica directamente.
7. Usted acepta no compartir su contraseña con nadie y que es el único responsable de proteger su contraseña.
8. Usted acepta que el acceso al sitio se proporciona "según esté disponible" y que nuestra práctica no puede garantizarle que podrá acceder al portal en cualquier momento. Las comunicaciones basadas en Internet son inherentemente inseguras, ya que ninguna tecnología garantiza la privacidad o seguridad de la información enviada a través de Internet. Acepta ser cauteloso al proporcionar información a través de este portal, y reconoce que mantener los mensajes seguros es su responsabilidad.

Condiciones de participación

Acceso a Julia Barriga MD , PA . está restringido al paciente mencionado anteriormente. Este servicio es opcional y nos reservamos el derecho de suspender o cancelar el servicio y / o su acceso a él en cualquier momento. Si la práctica suspende este servicio, aún tendrá acceso a copias de su registro médico y otra información de salud, previa solicitud.

El paciente reconoce que acepta cumplir con la Política del Portal del Paciente de Julia Barriga MD , PA descrita anteriormente.

Formulario de registro del Paciente / Familia 8-22 -19

PERSONA DE CONTACTO PRINCIPAL PARA LA FAMILIA (será la **persona que recibirá recordatorios de citas**).

Parentesco con el paciente (s): _____

Nombre: _____ Apellido : _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Apto : ____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ **(correo electrónico principal)**

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo _____

(seleccione el teléfono principal)

¿Vive con paciente? Sí No, Idioma principal hablado: Inglés, Español, Otros: _____

Modo preferido de contacto: Recordatorio citas: Mensaje Texto, Teléfono celular, Teléfono casa, Correo electrónico

Avisos generales como: vacunas vencidas ,examen físico: Mensaje de texto Teléfono celular Teléfono de casa Correo electrónico

PERSONA DE CONTACTO SECUNDARIO PARA FAMILIA

Parentesco con el paciente (s): _____

Nombre: _____ Apellido : _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Apto : ____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ **(correo electrónico principal)**

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo _____

(seleccione el teléfono principal)

¿Vive con paciente? Sí No, Idioma principal hablado: Inglés, Español, Otros: _____

Modo preferido de contacto: Recordatorio citas: Mensaje Texto, Teléfono celular, Teléfono casa, Correo electrónico

Avisos generales como: vacunas vencidas ,examen físico: Mensaje de texto Teléfono celular Teléfono de casa Correo electrónico

¿QUIÉN TIENE LA CUSTODIA FÍSICA PRIMARIA DEL PACIENTE? (si corresponde) _____

Para obtener requisitos más precisos del historial médico familiar, si los contactos enumerados anteriormente NO son PADRES BIOLÓGICOS, ahora necesitamos que AMBOS PADRES BIOLÓGICOS (si se conocen) se incluyan **(complete toda la información si se conoce)**

Madre biológica: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Padre biológico: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Si cualquiera de los padres biológicos mencionados anteriormente NO tiene derechos parentales según una ORDEN DEL TRIBUNAL FIRMADA, se requiere una copia de ese ORDEN DEL TRIBUNAL para estar en el archivo.

PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA (que no sea el padre (s) o contacto (s) mencionados anteriormente)

Nombre: _____ Parentesco con el Paciente: _____ Teléfono: _____

SOLO NIÑOS EN FAMILIA A LOS QUE SE APLICA LA INFORMACIÓN DE PADRES ANTERIOR

(Si los niños tienen una dinámica familiar diferente a la anterior, deben estar en una hoja diferente)

	Primer niño/a	Segundo niño/a	Tercer niño/a	Cuarto niño/a
Primer nombre				
Segundo nombre				
Apellido				
Fecha de nacimiento	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
Genero	<input type="checkbox"/> Masculino, <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino, <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino, <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino, <input type="checkbox"/> Femenino
Lenguaje principal	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español otros: _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español otros: _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español otros: _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español otros: _____
Grupo Etnico	<input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No deseo seleccionar	<input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No deseo seleccionar	<input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No deseo seleccionar	<input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No deseo seleccionar
Raza <small>(Marque todo lo que corresponda)</small>	<input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaino / Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No deseo seleccionar	<input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaino / Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No deseo seleccionar	<input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaino / Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No deseo seleccionar	<input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaino / Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No deseo seleccionar
Doctor Preferido	<input type="checkbox"/> Barriga <input type="checkbox"/> Morgan <input type="checkbox"/> Muniz	<input type="checkbox"/> Barriga <input type="checkbox"/> Morgan <input type="checkbox"/> Muniz	<input type="checkbox"/> Barriga <input type="checkbox"/> Morgan <input type="checkbox"/> Muniz	<input type="checkbox"/> Barriga <input type="checkbox"/> Morgan <input type="checkbox"/> Muniz



INFORMACIÓN SEGURO MEDICO

9-2-19

GARANTE FINANCIERO: esta es la persona que recibira los resúmenes de facturación por correo y es responsable por los pagos.

Nombre completo del garante financiero _____ Parentesco con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del garante financiero : _____ Seguro Social del garante financiero _____ Teléfono _____

Dirección del garante financiero _____ ¿Vives con paciente? ___ Si, ___ No.

___ He leído, comprendido y acepto la política financiera anterior para el pago de las cuotas.

Firma del garante financiero _____ Fecha de hoy _____

*Nombre abajo la información correspondiente a cada paciente si el garante corresponde a los pacientes.
(si no corresponde, por favor llenar otro formulario)*

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Nombre del paciente tal como aparece en la tarjeta del seguro				
Nombre de la compañía de seguro				
Numero de suscriptor del Seguro				
Relación con el suscriptor del seguro	___ Yo, ___ hijo,a	___ Yo, ___ hijo,a	___ Yo, ___ hijo,a	___ Yo, ___ hijo,a
Numero de grupo				
Nombre del grupo				
Dirección de la compañía de seguros				
Teléfono de la compañía de seguros				
Médico de atención primaria listado en la tarjeta				

La tarjeta de seguro debe estar presente para ser escaneada

Para las compañías de seguros comerciales: complete la información del suscriptor principal (mamá, papá o tutor)

Apellido del suscriptor: _____ Nombre del suscriptor: _____
 Género: _____ Fecha de nacimiento: _____ Parentesco con paciente con el suscriptor: _____
 Compañía de seguros: _____ Identificación del suscriptor: _____
 Número de grupo: _____ Nombre del grupo: _____
 Nombre del empleador : _____

Responsabilidad del paciente (si no lo sabe, déjelo en blanco):

Copago de visita del PCP: Enfermo: _____, Examen Anual: _____ Porcentaje de coseguro: _____ Deducible anual: _____

Cobertura de seguro SECUNDARIO (si el paciente tiene 2 seguros, el seguro comercial es primario y Medicaid (seguro de asistencia) es Secundario)
 (Para procesar reclamos, necesitamos información de ambos seguro y ambos deben ser asignados a JULIA BARRIGA MD PA como PCP)

Apellido del suscriptor: _____ Nombre del suscriptor: _____
 Género: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación del paciente con el suscriptor: _____
 Compañía de seguros: _____ Identificación del suscriptor: _____
 Número de grupo: _____ Nombre del grupo: _____
 Nombre del empleador : _____

Responsabilidad del paciente (si no lo sabe, déjelo en blanco):

Copago de visita del PCP: Enfermo: _____, Examen Anual: _____ Porcentaje de coseguro: _____ Deducible anual: _____



PATIENT AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (Autorizacion para solicitar Records Medicos a otros)

Patient name: _____ Birth date: _____ Maiden/previous/other names: _____
(Nombre del Paciente) (Please print) (Fecha de Nacimiento) (otros nombres si han sido usados) (Please print)

THIS WILL AUTHORIZE THE FOLLOWING PROVIDERS

<small>(Nombre del Proveedor o Clinica)</small> Provider or Practice Name	<small>(Direccion)</small> Address	<small>(Telefono)</small> Telephone	Fax
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____

TO RELEASE INFORMATION SELECTED BELOW TO:

JULIA BARRIGA, M.D.,P.A.
 5001 E. BUSCH BLVD., TAMPA, FLORIDA, 33617 Phone (813) 984-8846, Fax (813) 984-8827.
 DSM: barrigamd@juliabarrigamdpa.opdirect.net

INFORMATION REGARDING:

- All medical records
- Operative reports
- Mental health records
- Audiological
- ER Reports
- Ear, Nose, Throat
- Consultations
- History and physical
- Education (IEP)
- Medical Reports from: _____ to _____
- Neurologic
- Specialist Reports
- Physical form
- Treatment plan
- Ophthalmology
- Orthopedic
- X-Ray and Lab Reports
- Immunizations
- Allergies
- Other _____

PURPOSE OF RELEASE (CHECK ALL THAT APPLY):

- Treatment/Referral
- Insurance purposes
- Personal use
- Change of physician
- Continuity of Care

IF YOU ARE CHANGING PHYSICIANS, PLEASE MARK THE REASON (CHECK ALL THAT APPLY):

- Prefer different office location
- Age of children
- Physician not in your network
- Problems with office staff
- Inadequate appointment availability
- Moving out of town
- Prefer different physician
- Other (specify) _____

INFORMATION TO OMIT (CHECK ALL THAT APPLY):

- Mental health records
- HIV records
- Substance abuse (Alcohol/Drugs) records
- Other _____

I understand that if the organization authorized to receive the information is not a health plan or healthcare provider the release of the information may no longer be protected by Federal privacy regulations. I understand that I need not sign this authorization to ensure treatment. This authorization shall valid for six months from the date signed below.
 I understand that I have a right to revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization, I must do so in writing and present my written revocation to the department or facility listed on the authorization. I understand that that revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy.

I authorize the use and disclosure of the medical records and health care information indicate d above (please print):

(Firma) Signature: _____ (Nombre del padre o madre) Print Name: _____
(Patient must sign if 19 years of age or over; otherwise parent, or legal representative)

Relationship to patient if not signed by patient: _____
(parentesco con el paciente)

Current address: _____
(Direccion) Street City State Zip

Current home phone: (_____) _____ Current work phone: (_____) _____
(telefono)

Today's date: _____ This authorization will expire on: _____
(fecha) (esta autorizacion expira en la fecha) (specify an expiration date or event)

PLEASE NOTE: THERE WILL BE A CHARGE \$1.00/PAGE FOR THE FIRST 25 PAGES, AND \$0.25 THEREAFTER DR. TO DR FREE
 (NOTE: The person signing this authorization is to be provided a copy of this form. If the records being released are for a patient who is 19 years of age or over at the time of the record request, the patient must sign this form.)

Julia Barriga, M.D., P.A.
 5001 E. Busch Blvd. • Tampa, Florida 33617 • 813 984 8846 • Fax 813 984 8827

Historia médica: 4 años de edad y mayores

8-21 -19 Spanish

ANAMNESIS

Por favor completar este formulario en su totalidad y devolverlo antes de la 1era VISITA
REQUERIMOS REGISTROS DE INMUNIZACIÓN ANTES DE ADMINISTRAR CUALQUIER VACUNA

Paciente Nombres: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Ciudad y Estado donde su hijo/a nacio? _____ ¿El niño/a es adoptado o Foster? S___ N___

Historial médico familiar

(Familia biológica, miembros relacionados por sangre)

En este **FAMILIA** historial médico - si su respuesta es **SÍ** - por favor marque el que **pariente biológico** tiene la condición Madre, padre, hermano, abuela materna, abuelo materno, abuela paterna, abuelo paterno
Enumere o explique la condición si es posible.

Historial médico familiar	NO	SÍ	En caso afirmativo, compruebe qué pariente biológico							
			Mamá	Papá	Hermano	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuelo Paterno	
Asma / enfermedad pulmonar										
Alergias										
Anemia										
Trastornos hemorrágicos										
Cáncer										
Enfermedad cardíaca o afección cardíaca										
Alta presión sanguínea										
Colesterol alto										
Obesidad										
Diabetes u otro problema endocrino										
Enfermedad / trastorno gastrointestinal										
Enfermedad del hígado										
Enfermedad del riñón										
Moja la cama (después de los 10 años)										
Trastorno neurológico que incluye ADHD / ADD										
Epilepsia o convulsiones.										
Retraso mental o trastornos del desarrollo.										
Enfermedad mental										
Discapacidad visual o trastorno ocular										
Discapacidad auditiva: pérdida de audición infantil										
Abuso de alcohol										
Abuso de tabaco										
Abuso de drogas										
Problemas inmunes, infecciones recurrentes o VIH-SIDA										
Tuberculosis										
Otros:										

Doy fe de que toda la información del historial médico es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender: Nombre _____

Firma: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de hoy: ____ / ____ / ____



Historial medico pasado

Nombre del paciente: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Historia médica pasada	No	Sí	En caso afirmativo, explique
Anemia o problemas de sangrado.			
Condiciones oculares / usar lentes correctivos			
Transfusión de sangre			
Problemas con los oídos o la audición.			
Infecciones frecuentes del oído o infecciones sinusales			
Ronquidos(el paciente ronca al dormir)			
Faringitis / amigdalitis			
Rinitis alérgica u otra alergia			
Alérgenos al aire libre			
Alérgenos en el interior de casa			
Asma, bronquitis, bronquiolitis, neumonía o crup			
Problemas cardíacos o soplos cardíacos			
Caries dentales			
Alta presión sanguínea			
Dolor abdominal / reflujo GER			
Estreñimiento que requiere visitas al médico.			
Infección de vejiga o riñón u otro problema urológico			
Mojar la cama (después de los 5 años)			
Sobrepeso, Obesidad			
Diabetes			
Tiroides u otros problemas endocrinos			
Dolores de cabeza frecuentes			
Convulsiones, retrasos en el desarrollo, ADD / ADHD u otro desórdenes neurológicos			
Historia de violencia familiar			
Problemas de salud mental			
Problemas emocionales: ansiedad, depresión, ODD, TOC			
Uso de tabaco			
Uso de alcohol o drogas.			
Problemas de piel crónicos o recurrentes: acné, eccema, otros			
Problemas ortopédicos			
Hospitalizaciones			
Cirugías			
Accidentes o lesiones graves.			
Otras enfermedades infecciosas: VIH, ETS, TB			
Enfermedad de la varicela			
Si es mujer, ¿han comenzado los períodos menstruales?			
Si es mujer, ¿algún problema con los períodos?			
El embarazo			
Otros asuntos importantes:			



Historia Social

Nombre del paciente: _____ **Apellido:** _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___

Hogar: enumere a todos los que viven en el hogar del niño (incluidos padres,hermanos,familia extensa, familia de paso, Abuelos,otros)

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Relacion hacia el niño	Problemas de salud

Historia social	No	Sí	
¿El paciente vive con la madre y el padre en la misma casa?			
Hogar no intacto: explique el estado de custodia . explica a continuación			Vive con:
¿Los padres sin custodia tienen derechos de visita? explica a continuación			
¿Hay hermanos?			Viven en la misma casa?
¿Hay mascotas en el hogar?			
¿Hay fumadores en el hogar?			
¿Hay armas en la casa?			
¿Las armas están cerradas y separadas de la munición?			
Otros asuntos:			

Estado civil de los padres: ___ Casado ___ Divorciado ___ Separado ___ Nunca casado ___ Otro

Si los padres no viven juntos o si el niño no vive con los padres, ¿cuál es el estado de custodia del niño?

¿Cuál es el estado de visita de los padres sin custodia?

Estado durante el día: ___ Home ___ Daycare ___ School ___ Afterschool Care, Other _____

Nombre de la Escuela: _____ **Nombre de la Guardería** _____

Mama: Nivel de Educacion adquirido: ___ Primary, ___ Secundaria, ___ Preparatoria, ___ Escuela Tecnica, ___ Bachillerato Universitario, ___ Masters/Doctorate.

Ocupación : _____. ¿Cómo aprende mejor: Comunicación: ___ verbal, ___ escrita, ___ visual.

Padre : Nivel de Educacion adquirido: ___ Primary, ___ Secundaria, ___ Preparatoria, ___ Escuela Tecnica, ___ Bachillerato Universitario, ___ Masters/Doctorate.

Ocupación : _____. ¿Cómo aprende mejor: Comunicación: ___ verbal, ___ escrita, ___ visual.

Guardián: Nivel de Educacion adquirido: ___ Primary, ___ Secundaria, ___ Preparatoria, ___ Escuela Tecnica, ___ Bachillerato Universitario, ___ Master/Doctor.

Ocupación : _____. ¿Cómo aprende mejor: Comunicación: ___ verbal, ___ escrita, ___ visual.

Cualquier otra inquietud:

Continuidad de Atención Médica

Nombre del paciente: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Información de la farmacia a la cual se le enviara la receta de medicamentos

Nombre de farmacia	Dirección	Teléfono	Fax

Atención especializada y atención de salud mental

Enumere las visitas de especialistas en los últimos 10 años.

Nombre del especialista	Especialidad	Dirección	Teléfono	Fax	¿Con qué frecuencia visita a este especialista?	Fecha de última visita

Cuidado Dental

¿Está su hijo establecido con un dentista? No, Sí, (en caso afirmativo, complete a continuación)

Nombre Clínica Dental o Dentista	Dirección	Teléfono	Fax	¿Que tan seguido visita su dentista ?	Fecha de última visita