

# New Patient History

FORM #: PEDS 110

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Today's Date \_\_\_\_\_

## BIRTH HISTORY

Was your child born Full-term or Preterm? \_\_\_\_\_ If Pre-term, how many weeks gestation? \_\_\_\_\_

Were there any complications during birth or in the nursery? \_\_\_\_\_

Birth Weight \_\_\_ lb. \_\_\_ oz. Hospital \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_

Type of Delivery:  Vaginal  C-section Hearing Screen:  Passed  Failed Males Circumcised  Yes  No

## CHILD'S HISTORY

Do you consider your child to be in good health?  Yes  No  Unsure Explain: \_\_\_\_\_

Does your child have any serious illnesses or medical conditions?  Yes  No  Unsure Explain: \_\_\_\_\_

Has your child had any surgeries?  Yes  No  Unsure Explain: \_\_\_\_\_

Has your child ever been hospitalized?  Yes  No  Unsure Explain: \_\_\_\_\_

Is your child allergic to any medications or food?  Yes  No  Unsure Explain: \_\_\_\_\_

Please list any medications your child is currently taking: \_\_\_\_\_

Are your child's immunizations up to date?  Yes  No  Unsure Explain: \_\_\_\_\_

Please list any place your child has had vaccines: \_\_\_\_\_

## FAMILY HISTORY

Have any family members (parents, grandparents, siblings, aunts and uncles of your child) had the following?

Hypertension  Yes  No Diabetes  Yes  No Heart disease  Yes  No

Cancer  Yes  No Asthma  Yes  No Allergies  Yes  No

Eczema  Yes  No Anemia  Yes  No Seizures  Yes  No

Liver Disease  Yes  No Kidney disease  Yes  No Substance abuse  Yes  No

HIV/AIDS  Yes  No Heart Attack (before the age of 55 years old)  Yes  No

If you answered yes to any of the above, or there is an additional problem not listed, please explain:

---

---

---

# Historial de Nuevo Paciente

FORM #: PEDS 110

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

## Historial del Nacimiento

Embarazo completo de 9 meses o prematuro? \_\_\_\_\_ Si prematuro a las cuantas semanas? \_\_\_\_\_

El niño tuvo algún problema de recién nacido? \_\_\_\_\_

Peso de nacimiento \_\_\_ lb. \_\_\_ oz. En que hospital \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Tipo de entrega:  Vaginal  Cesarea Examen de audio:  Pasado  Fracasado

Niños circuncisión  Si  No

## Historial de Niño/a

Su niño está en buena salud?  Si  No  No se Explicar: \_\_\_\_\_

Tiene su hijo alguna enfermedad grave o condición médica?  Si  No  No se Explicar: \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo alguna cirugía?  Si  No  No se Explicar: \_\_\_\_\_

Su hijo ha sido hospitalizado?  Si  No  No se Explicar: \_\_\_\_\_

Alergias a los medicamentos o alimentos?  Si  No  No se Explicar: \_\_\_\_\_

Por favor escribe cualquier medicamento que su hijo esté tomando: \_\_\_\_\_

Vacunas están al corriente?  Si  No  No se Explicar: \_\_\_\_\_

Por favor indique los lugares donde se han recibido vacunas: \_\_\_\_\_

## Historial de Familia

Algún familiar (padres, abuelos, hermanos, tías o tíos) de tu niño/a está teniendo lo siguiente?

hipertensión  Si  No diabetes  Si  No enfermedad cardíaca  Si  No

cáncer  Si  No asma  Si  No alergias  Si  No

eczema  Si  No anemia  Si  No convulsiones  Si  No

enfermedad hepática  Si  No HIV/AIDS  Si  No abuso de sustancias  Si  No

enfermedad renal  Si  No Ataques al Corazón antes de la edad de 55 años  Si  No

Si ha respondido sí a las preguntas anteriores o hay un problema adicional que no esté en la lista, explique:

---

---

---

# Patient Information Sheet FORM #: PEDS 111

## PATIENT (CHILD) INFORMATION

Name	
Address	
City, State, Zip	
Phone (    )	County
Birthdate	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Ethnicity <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Unknown	
Race <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Hawaiian Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Unknown	

## PARENTAL/GUARDIAN BILLING INFORMATION

	MOTHER'S INFORMATION	FATHER'S INFORMATION	LEGAL GUARDIAN'S INFORMATION
Name			
Address			
City, State, Zip			
Primary Phone			
Cell Phone			
Social Security #			
Date of Birth			
Employer			
Occupation			
Work Phone			
Email Address			

Guarantor's Primary language:    English    Spanish    Other \_\_\_\_\_

With whom does the patient reside?    Both parents    Mother    Father    Legal Guardian  
 Other \_\_\_\_\_

## PLEASE LIST ALL SIBLINGS THAT COME TO THIS PRACTICE

Name _____	Birthdate _____	Name _____	Birthdate _____
Name _____	Birthdate _____	Name _____	Birthdate _____

## EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Name (someone who can be contacted if we cannot reach a parent/guardian)	Phone	Relationship to Patient
--	-------	-------------------------

I hereby authorize Peds Care, P.C., its physicians and staff, to render appropriate medical care to my dependent child listed above.

Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# Hoja De Informacion Del Paciente FORM #: PEDS 111

## Informacion Del Paciente (Niño, Niña)

Nombre del Niño(A)

Direccion

Ciudad, Estado, Zip Code

Telefono

Condado

Fecha de Nacimiento:

Masculino  Femenino

Ethnicity

Hispano or Latino  No Hispano o Latino  No Sabe

Raza

Blanco  Asiatico  Negro  Nativo de Hawai  No Sabe

## INFORACION DE PERSONA RESPONSIBLE A LA FACTURA

	INFORMACION DE MADRE	INFORMACION DE PADRE	INFORMACION DE GUARDIAN
Nombre			
Direccion			
Ciudad, Estado, Zip Code			
Telefono de Casa			
Telefono de Celular			
De Seguro Social			
Fecha de Nacimiento			
Empleador			
Ocupacion			
Telefono de Trabajo			
Correo Electronico			

Lenguaje de preferencia de garante:  Espanol  Ingles  Otro \_\_\_\_\_

Con quien vive el paciente?  Ambos el padre, la madre  Solo la madre  Solo el padre  El tutor legal  
 Otro \_\_\_\_\_

### Por Favor hacer una lista de todo el hermano quien venir a este oficina

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Por favor poner algun amigo o familiar que pueda responder por usted en caso de no poder ubicarsele

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ La Relacion a la paciente: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo a Peds Care, P.C., sus doctors y personal de esta oficina a que apliquen el apropiado cuidado a mi hijo(a) quien es depediente de mi.**

Firma de padre/madre/guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*If you are not the parent/legal guardian please do not sign and see a person at our front desk*

Child's Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

What kind of insurance does your child currently have?

No insurance or Self Pay       Applied for Medicaid or Peachcare

<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Amerigroup	<input type="checkbox"/> Wellcare	<input type="checkbox"/> Peachstate	<input type="checkbox"/> Caresource
<input type="checkbox"/> Peachcare	<input type="checkbox"/> Amerigroup	<input type="checkbox"/> Wellcare	<input type="checkbox"/> Peachstate	<input type="checkbox"/> Caresource

Private       Other \_\_\_\_\_

What provider is listed on the patient's card? \_\_\_\_\_

***Please present Medicaid or Peachcare Care at every visit***

**Private Insurance Information**

**Primary**

**Secondary**

Insurance Company \_\_\_\_\_

Insurance Company \_\_\_\_\_

Insured (Employee) \_\_\_\_\_

Insured (Employee) \_\_\_\_\_

Birthdate \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Birthdate \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Relationship to patient \_\_\_\_\_

Relationship to patient \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ Effective Date \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ Effective Date \_\_\_\_\_

**Important Information**

***Please initial that you have read the following***

\_\_\_ **Preventive Care Plus Problem Oriented:** if your child is here for a preventive care visit, and have significant new symptoms or worsening of an existing problem, your provider may be able to address both at today's visit (time permitting). Your insurance will be billed both a preventive care code and an evaluation and management (E&M) code. ***In some cases, insurance companies will not pay for both visits provided by the same provider on the same day. You are responsible for any copayment or payment for any services denied by your insurance company unless specifically addressed in a participating provider contract with the insurance.***

\_\_\_ I authorize Peds Care, P.C. to release to my insurance company or its agents any information needed to process insurance claims and/or determine benefits payable for related services. I request that payment of insurance benefits be made on behalf of my dependent to Peds Care, P.C. for any services furnished to the dependent provider.

Signed \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Relationship to Patient \_\_\_\_\_

*Si usted no es el padre / tutor legal, por favor no firme y vea a una persona en nuestra recepción*

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Qué tipo de seguro tiene actualmente su hijo?

Sin seguro ni autopago  Medicaid solicitado or Peachcare

Medicaid  Amerigroup  Wellcare  Peachstate  Caresource

Peachcare  Amerigroup  Wellcare  Peachstate  Caresource

aseguranza privada  Otro \_\_\_\_\_

Qué proveedor esta en la tarjeta del paciente? \_\_\_\_\_

Presente Medicaid o Peachcare Care en cada visita

**Información de seguro privado**

**Primary**

**Secondary**

Insurance Company \_\_\_\_\_ Insurance Company \_\_\_\_\_

Insured (Employee) \_\_\_\_\_ insured (Employee) \_\_\_\_\_

Birthdate \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Relationship to patient \_\_\_\_\_ Relationship to patient \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_ Employer \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ Effective Date \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Effective Date \_\_\_\_\_

**Información importante**

**Por favor escribe iniciales que ha leído lo siguiente**

\_\_\_ Atención cuidado preventivo y orientador del problema : si su hijo está aquí para una visita de atención preventiva y tiene nuevos síntomas significativos o empeoramiento de un problema existente, su proveedor podrá abordar ambos en la visita de hoy (si el tiempo lo permite). Su seguro recibirá un código de atención preventiva y un código de evaluación y gestión (E & M). En algunos casos, las compañías de seguros no pagarán las dos visitas provistas por el mismo proveedor el mismo día. Usted es responsable de cualquier copago o pago por cualquier servicio denegado por su compañía de seguros a menos que se trate específicamente en un contrato de proveedor participante con el seguro.

\_\_\_ Yo Autorizo a Peds Care, P.C. a compartir a mi compañía de aseguranza o a sus agentes toda la información necesaria para procesar los reclamos de seguro y / o determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Solicito que el pago de los beneficios del seguro se realice en nombre de mi dependiente a Peds Care, P.C. para cualquier servicio proporcionado al proveedor dependiente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**Consent to Treat**

**FORM #: PEDS 113**

*Please be advised that only a parent or legal guardian should complete this form. If you are not the parent/legal guardian, please leave this form blank. Thank you.*

Child's Name: \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_

Please list any individuals below that have your consent to authorize medical treatment, approve vaccines, pick up prescriptions, speak to staff over the phone in regards to your child, or anything else deemed necessary by the health care provider.

\_\_\_\_\_  
Name Relationship to Child

\_\_\_\_\_  
Name Relationship to Child

\_\_\_\_\_  
Name Relationship to Child

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature Date

**Communication Consent**

In compliance with federal law, it is the Policy of Peds Care, P.C. to **NOT** leave confidential information on answering machines, voice mail, e-mail, or with unauthorized individuals who are not listed on the consent to treat form. If you would prefer that we leave this information on a designated voicemail in the instance that we are unable to reach you, please specify the phone number where we can leave a detailed voicemail.

\_\_\_\_\_  
Name Phone Number Relationship to Child

\_\_\_\_\_  
Name Phone Number Relationship to Child

\_\_\_\_\_  
Name Phone Number Relationship to Child

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature Date

## Consentimiento para tartar

FORM #: PEDS 113

*Tenga en cuenta que solo un padre o tutor legal debe completar este formulario. Si no es el padre / tutor legal, deje este formulario en blanco. Gracias.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Indique las personas a continuación que cuenten con su consentimiento para autorizar el tratamiento médico, aprobar vacunas, retirar recetas, hablar con el personal por teléfono con respecto a su hijo o cualquier otra cosa que el proveedor de atención médica considere necesaria.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el niño

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el niño

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el niño

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Consentimiento de comunicación

De conformidad con la ley federal, es la Política de Peds Care, P.C. NO dejar información confidencial en contestadores automáticos, correo de voz, correo electrónico o personas no autorizadas que no figuran en el formulario de consentimiento para tratar. Si prefiere que dejemos esta información en un correo de voz designado en el caso de que no podamos comunicarnos con usted, especifique el número de teléfono donde podemos dejar un mensaje de voz detallado.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Relación con el niño

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Relación con el niño

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Relación con el niño

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



**HIPAA Privacy Rule**  
**Receipt of Notice of Privacy Practices**  
**Written Acknowledgement Form**

Acknowledgement of receipt of Information Practices Notice (§164.520(a))

I (Childs Name) \_\_\_\_\_, understand that as part of my healthcare, this facility originates and maintains health records describing my health history, symptoms, examination and test results, diagnosis, treatment and any plans for future care or treatment. I acknowledge that I have been provided with and understand that this facility’s Notice of Privacy Practices provides a complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that:

- I have the right to review this facility ‘s Notice of Privacy Practices prior to signing this acknowledgement
- This facility reserves the right to change their Notice of Privacy Practices and prior to implementation of this will mail a copy of any revised notice to the address I've provided if requested.

Signature of Individual or Legal Representative Witness \_\_\_\_\_

Printed Name of Individual or Legal Representative \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but it could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barrier prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Others (please specify)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Regla de Privacidad HIPAA**

**Recibo de Noticia de Practicas Privadas**

**Forma de Reconocimiento Escrita**

Reconocimiento de recibo de Noticias de Practicas de Información (§164.520(a))

Yo, \_\_\_\_\_; entiendo que, como parte de mi cuidado de salud, esta instalación origina y mantiene registros de salud describiendo mi historial de salud, síntomas, resultados de pruebas y exámenes, diagnósticos, tratamientos y cualquier tratamiento o cuidado de salud futuro. Reconozco que se me ha provisto con, y he entendido, que la Noticia de Practicas Privadas de estas instalaciones proveen una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar las Noticias de Practicas Privadas de estas instalaciones antes de revisar el reconocimiento
- Estas instalaciones se reservan el derecho de cambiar sus Noticias de Practicas Privadas y antes de la implementación de las mismas enviaran una copia por correo electrónico de cualquier revisión a la dirección que he provisto, si se me pide.

Firma del Individuo \_\_\_\_\_

Nombre Impreso del Individuo \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DE OFICINA – FOR OFFICE USE ONLY**

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but it could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barrier prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Others (please specify)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_