



9900 Broadway Ext, Ste #200
Oklahoma City, OK 73114
Teléfono: 405.608.8833
Fax: 405.608.8818

Por favor complete e IMPRIMA (unilateral) para traer con usted. La documentación no se puede enviar en línea. Para proteger la privacidad de su paciente (HIPAA), no envíe documentos por correo electrónico.

Nombre Paciente: _____ Seguridad Social #: _____

Fecha Nacimiento: _____ Sexo: _____ Teléfono Casa: _____ Celular: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ EST: _____ Zip: _____

Condado: _____ Email: _____

Raza: _____ Etnia: Hispano No Hispano Lenguaje preferido: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono No.: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono No.: _____ Parentesco: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono No.: _____ Parentesco: _____

Padre(s) or Tutor Legal (solo Niños)

Padre: _____ Fecha Nacimiento: _____ Seguridad Social #: _____

Madre: _____ Fecha Nacimiento: _____ Seguridad Social #: _____

Seguros:

Nombre Compañía: _____ Dirección: _____

Póliza #: _____ Grupo #: _____ Fecha Vigencia: _____ Copago: _____

Nombre Suscriptor: _____ Fecha Nacimiento: _____ Seguridad Social #: _____

Parentesco: _____ Teléfono Aseguradora: _____

Seguros Secundaria:

Nombre Compañía: _____ Dirección: _____

Póliza #: _____ Grupo #: _____ Fecha Vigencia: _____ Copago: _____

Nombre Suscriptor: _____ Fecha Nacimiento: _____ Seguridad Social #: _____

Parentesco: _____ Teléfono Aseguradora: _____

Le doy permiso a usted y a cualquier agente de Pediatric ENT of Oklahoma para contactarme en cualquier número de teléfono/correo electrónico suministrado, incluido mi teléfono celular, con el fin de cobrar mi deuda, hacer recordatorios de citas y cambios. Entiendo completamente mis derechos como paciente/cuidador.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____



pediatric ENT
OF OKLAHOMA

A DIVISION OF
MCBRIDE ORTHOPEDIC HOSPITAL

Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo a los médicos a cargo de la atención de pacientes de Pediatric ENT of Oklahoma a administrar el tratamiento que ellos consideren necesario o aconsejable para el diagnóstico y tratamiento de este paciente. Solicito ingresar en el Hospital Ortopédico McBride y autorizo a las instalaciones al personal y a los médicos a prestar atención. Asimismo, solicito y estoy de acuerdo con la atención médica y los procedimientos de diagnóstico que mi(s) médico(s) de cabecera, o sus designados, determinen necesarios. Reconozco que la atención médica que recibo mientras esté en McBride Orthopedic Hospital está bajo la dirección de mi(s) médico(s) de cabecera y que el McBride Orthopedic Hospital no es responsable de los actos de omisión de mi(s) médico(s) de cabecera. Por lo tanto, autorizo al McBride Orthopedic Hospital a retener o deshacerse de cualquier espécimen o tejido tomado del paciente mencionado anteriormente.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a los médicos de Pediatric ENT of Oklahoma a revelar toda o parte de la información presente en mis registros médicos a cualquier persona, corporación o agencia que sea o pueda ser responsable de todos o parte de los cargos de Pediatric ENT of Oklahoma o que puedan ser responsable de determinar la necesidad, idoneidad, monto u otra forma de cargo del tratamiento médico, incluidos los transportistas, los fondos de asistencia social, la Administración de la Seguridad Social o sus intermediarios o transportistas. El abajo firmante acepta que todos los registros relativos a la hospitalización de este paciente serán propiedad del centro. El abajo firmante entiende que los registros médicos y la información de facturación generados o guardados por el centro son accesibles al personal del centro y al personal médico. El personal del centro y el personal médico pueden utilizar y divulgar información médica para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención de este ingreso. El centro está autorizado a divulgar la totalidad o parte del historial médico del paciente a cualquier compañía de seguros tercero, compañía de trabajadores, grupo de empleadores auto asegurados u otra entidad (o sus representantes autorizados) que sea necesaria para el pago de la cuenta del paciente. La ley exige que el centro informe al firmante que la información publicada puede indicar la presencia de una enfermedad transmisible o general que puede incluir, PERO NO LIMITARSE A ENFERMEDADES COMO LA HEPATITIS, SÍFILIS, GONORREA Y EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, TAMBIÉN CONOCIDO COMO SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). El centro está autorizado a divulgar todo o parte del historial médico del paciente según lo establecido en su Aviso de Prácticas de Privacidad, a menos que el paciente se oponga por escrito. Al firmar este formulario, usted autoriza dichas revelaciones.

RENUNCIA A LA RESPONSABILIDAD POR OBJETOS VALIOSOS

Por la presente, libero a Pediatric ENT of Oklahoma de cualquier reclamo de responsabilidad o daños en caso de pérdida de bienes de mi propiedad, incluidos dinero y joyas.

POLÍTICA POR LLEGAR TARDE A LA CITA

Nos esforzamos por ver a cada paciente lo más cerca posible de su cita. Solicitamos a los nuevos pacientes que lleguen 15 minutos antes de su cita. Si llega tarde 30 minutos o más, es probable que le pidan que re programe la cita, a menos que el horario del médico todavía se ajuste a sus necesidades. Se dará prioridad a los pacientes que lleguen a tiempo y es posible que lo atiendan alrededor de su cita, lo que resultará en un tiempo de espera considerable. Si esto no es conveniente para usted, puede optar por reprogramar.

CITA PERDIDA O POLÍTICA POR "NO PRESENTARSE"

Con mucho gusto reservamos horarios de citas para usted y agradecemos que haya elegido a Pediatric ENT of Oklahoma para el cuidado de su hijo. Como cortesía, le recordaremos su cita 24 horas antes de la fecha y hora programadas. Si no podemos hablar con usted directamente, le dejaremos un mensaje. Sin embargo, en caso de que su buzón esté lleno o su línea esté ocupada, nuestros esfuerzos por comunicarnos con usted pueden resultar infructuosos. Una cita es un contrato de tiempo reservado para el cuidado de su hijo. Respetamos el valioso tiempo de nuestros pacientes y solicitamos la misma cortesía de parte de ellos. Por favor, extienda esta cortesía si necesita cancelar y/o reprogramar su cita. Nos reservamos el derecho de cobrar \$50 por citas regulares canceladas o interrumpidas sin previo aviso de un día hábil. Cobramos una tarifa de cancelación de \$100 por cancelar una cirugía sin avisarnos con tres días hábiles de anticipación a la cita. Los pacientes que falten a tres (3) visitas podrían ser dados de baja de la práctica.

Entiendo que una fotocopia de este documento es tan válida como la original.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____



pediatric ENT
OF OKLAHOMA
A DIVISION OF
MCBRIDE ORTHOPEDIC HOSPITAL

Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: _____

POLÍTICA FINANCIERA

Seguro

Como cortesía para nuestros pacientes, Pediatric ENT of Oklahoma estará encantado de enviar los formularios necesarios para que usted reciba todos los beneficios de su cobertura médica. Le pedimos que lea su póliza de seguro para estar plenamente consciente de las limitaciones de los beneficios proporcionados. Si le preocupa la cobertura de cualquiera de los servicios, comuníquese con su compañía de seguros antes de su visita. Si su compañía de seguros niega la cobertura, o no recibimos el pago 60 días después de presentar su reclamo, entonces deberá pagar el monto. Recuerde que su cobertura es un contrato entre usted y su compañía de seguros y/o su empleador y su compañía de seguros. Aunque haremos un esfuerzo de buena fe para obtener el pago de su seguro, no podemos obligar a su compañía de seguros a pagar los servicios que le brindamos.

Responsabilidad del Paciente/Padre/Tutor

- Entiendo que quien acompañe a mi hijo a su cita tiene autorización para consentir la atención médica según sea necesario, y es responsable del pago de los servicios médicos.
- Reconozco mi responsabilidad por el pago de todos los servicios proporcionados por Pediatric ENT of Oklahoma de acuerdo con los honorarios y términos de la clínica.
- En los casos en que existe un plan de paternidad, el padre que trae al niño a la cita se considera el garante y es responsable del pago.
- En la visita inicial, usted puede firmar nuestro formulario de consentimiento para un tratamiento menor, que nos permite brindar atención en las visitas de seguimiento sin la presencia de un padre o tutor.

Asignación y liberación

Autorizo a mi compañía de seguros a realizar el pago directamente a Pediatric ENT of Oklahoma y acepto la responsabilidad financiera si los servicios no están cubiertos por mi seguro. Acepto que, en la máxima medida permitida por la ley, Pediatric ENT of Oklahoma puede remitir todo o una parte de cualquier saldo de crédito u otros montos que me adeude Pediatric ENT of Oklahoma a cualquier afiliado a quien tenga saldo adeudado por tarifas, artículos, o servicios. Autorizo la divulgación de cualquier información médica solicitada por mi compañía de seguros. Mi firma a continuación reconoce que he leído y entiendo la información.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

HISTORIA CLÍNICA OTORRINOLARINGOLOGÍA

Fecha: _____ Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: _____

Pediatra/Médico de familia: _____

Nombre y dirección de la farmacia: _____

¿Ha visto a uno de nuestros proveedores en el pasado? Si No

¿Está su hijo actualizado en vacunas? Si No

¿Está el niño expuesto a humo ajeno? Si No

Historia Quirúrgica:

- Paciente sin cirugías Cirugía sinusal Cirugía vías respiratoria Derivación VP
 Cirugía de oído Inserción tubo auditivo Amígdalas removidos Otro: _____
 Reparación labio leporino/paladar hendido Cirugía del corazón

Alergias: No se conocen alergias _____

Medicamentos: No hay medicamentos en el momento _____

Por favor marque cualquier síntoma que actualmente present el paciente:

General:

- Fiebres
- Escalofríos
- Hinchazón
- Anorexia
- Fatiga
- Somnolencia
- Problemas de sueño
- Malestar
- Aumento de peso
- Pérdida de peso
- Retraso en el habla

Ojos:

- Dolor de ojo
- Pérdida de visión
- Lágrimas excesivas
- Desenfoque
- Diplopía
- Irritación
- Descarga
- Fotofobia

Genitourinario:

- Infecciones del tracto urinario
- Incontinencia

Oídos/Nariz/Garganta:

- Dolor de oído/secreción
- Zumbido
- Disminución de la audición
- Obstrucción o secreción nasal
- Hemorragias nasales
- Dolor de garganta
- Ronquera
- Dificultad para tragar

Cardiovascular:

- Dolor de pecho
- Palpitaciones
- Síncope
- Disnea por esfuerzo
- Ortopnea
- Edema periférico

Respiratorio:

- Tos
- Dificultad para respirar
- Espujo excesivo
- Hemoptisis
- Sibilancias

Gastrointestinal:

- Náusea
- Vómitos
- Diarrea
- Estreñimiento
- Cambio en los hábitos intestinales
- Dolor abdominal
- Melena
- Hematoquecia
- Ictericia

Musculo Esquelético:

- Dolor de espalda
- Dolor articular
- Hinchazón articular
- Calambres musculares
- Debilidad muscular
- Rigidez

Piel:

- Erupción
- Picazón
- Úlceras/Crecimientos
- Cicatrices excesivas
- Problemas de sangrado
- Sequedad
- Lesiones sospechosas

Neurológico:

- Parálisis
- Debilidad
- Convulsiones
- Síncope
- Temblores
- Vértigo

Psiquiátrico:

- Depresión
- Ansiedad
- Pérdida de memoria
- Alteración mental
- Ideación suicida
- Alucinaciones
- Paranoia

Endocrino:

- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor
- Polidipsia
- Polifagia
- Poliuria
- Cambios de peso

Hemo/Linfático:

- Hematomas anormales
- Sangrado
- Ganglios linfáticos agrandados



pediatricENT
OF OKLAHOMA

A DIVISION OF
MCBRIDE ORTHOPEDIC HOSPITAL

HISTORIA CLÍNICA OTORRINOLARINGOLOGÍA, CONTINUACIÓN

Fecha: _____ Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: _____

HISTORÍA MÉDICA: Marque todas las condiciones que ha tenido el paciente o la familia del paciente.

| PACIENT | PADRE | MADRE | HERMANOS | CONDICIÓN |
|---------|-------|-------|----------|---|
| | | | | Alcoholismo |
| | | | | Rinitis alérgica |
| | | | | Alergia a la penicilina |
| | | | | Anemia |
| | | | | Ansiedad |
| | | | | Artritis |
| | | | | Asma |
| | | | | Fibrilación auricular |
| | | | | Desorden Hiperactivo y déficit de atención |
| | | | | Trastorno del proceso auditivo |
| | | | | Trastorno autista |
| | | | | Desorden bipolar |
| | | | | Desorden sangrante |
| | | | | Arritmia cardíaca |
| | | | | Enfermedad celíaca |
| | | | | Aneurisma cerebral |
| | | | | Parálisis cerebral |
| | | | | Dolor de pecho |
| | | | | Anormalidad cromosómica |
| | | | | Enfermedad renal crónica |
| | | | | Trastorno del sistema circulatorio |
| | | | | Insuficiencia cardíaca congestiva |
| | | | | Depresión |
| | | | | Diabetes |
| | | | | Síndrome de Down |
| | | | | Ataques de epilepsia |
| | | | | Antecedentes familiares de sordera o pérdida auditiva |
| | | | | Antecedentes familiares de síndrome de muerte súbita del lactante |
| | | | | Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) |
| | | | | Enfermedad de Graves |
| | | | | Dolor de cabeza |
| | | | | Pérdida de audición |
| | | | | Enfermedad del corazón |
| | | | | Presión arterial alta |
| | | | | Hipotiroidismo |
| | | | | Cerumen impactado |
| | | | | Laringitis |
| | | | | Leucemia |
| | | | | Migraña |
| | | | | Distrofia muscular |
| | | | | Obesidad |
| | | | | Apnea obstructiva del sueño |
| | | | | Faringitis |
| | | | | Sinusitis |
| | | | | Fumar |
| | | | | Derrame |
| | | | | Cáncer de tiroides |
| | | | | Vértigo |

HISTORIA CASO DE AUDIOLOGÍA

Fecha: _____ Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: _____

¿Le preocupa la audición de su hijo/a? Si No

Alguna vez, ¿su hijo/a ha utilizado un audífono, una prótesis auditiva osteointegrada (“BAHA” por sus siglas en inglés), implante coclear u otra tecnología para asistencia auditiva? Si No

Su hijo/a, ¿pasó la prueba de audición o control que se le hace a los recién nacidos? Si No No estoy seguro

Su hijo/a, ¿estuvo en Terapia Intensiva de Neonatología (“UCIN” por sus siglas en inglés) después de nacer?
 Si No No estoy seguro

¿Alguien en la familia de su hijo experimentó pérdida auditiva en la infancia? Si No No estoy seguro

¿Hay alguna información adicional que necesitemos saber sobre su hijo/a? _____

¿Le preocupa el desarrollo del habla y el lenguaje de su hijo/a? Si No No estoy seguro



9900 Broadway Ext, Ste #200
Oklahoma City, OK 73114
Teléfono: 405.608.8833
Fax: 405.608.8818

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y AVISO DE RECONOCIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Inicial Nombre de soltera u otro nombre

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ No. de SS: ____ / ____ / ____ Número de expediente médico: _____
MES DÍA AÑO

DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____ Estado ____ Código postal _____

Teléfono de día: _____ Teléfono de noche: _____

Con su permiso, McBride Orthopedic Hospital Clinic puede divulgar su información médica protegida a un miembro de su familia u otra persona involucrada en su atención o en el pago de su atención médica. Por ejemplo, McBride Orthopedic Hospital Clinic puede informar a un miembro de su familia para cuándo está programada su próxima cita médica, los resultados de una prueba de laboratorio o un procedimiento, o proporcionarle a la persona una copia de una receta. Al completar la parte superior de este formulario, usted autoriza la divulgación de esta información a estas personas. Sin embargo, no está autorizando a McBride Orthopedic Hospital Clinic a proporcionar información extensa sobre su historial médico o copias de información de su registro médico. Si desea que se divulgue esta información, deberá completar un formulario de autorización por separado. Tenga en cuenta que McBride Orthopedic Hospital Clinic puede usar su criterio profesional para determinar la cantidad de información que puede divulgar a cualquier persona además de usted, y para negarse a divulgar su información médica.

Por favor, identifique a la persona o las personas que están involucradas en su atención o en el pago de su atención y que usted autoriza a recibir su información médica protegida. Esto puede incluir a su cónyuge, padres, hermanos, hijos, amigos cercanos o tutores. Indique a continuación:

| | | | |
|---------------|-----------------|-----------------|----------------------------|
| Nombre: _____ | Teléfono: _____ | Relación: _____ | Fecha de nacimiento: _____ |
| Nombre: _____ | Teléfono: _____ | Relación: _____ | Fecha de nacimiento: _____ |
| Nombre: _____ | Teléfono: _____ | Relación: _____ | Fecha de nacimiento: _____ |
| Nombre: _____ | Teléfono: _____ | Relación: _____ | Fecha de nacimiento: _____ |

- **Al firmar, reconozco que el formulario de Aviso de prácticas de privacidad de McBride Orthopedic Hospital Clinic: Privacidad de HIPAA, derechos y responsabilidades del paciente, está disponible a pedido según lo requiera HIPAA.**
- **Entiendo que si deseo realizar algún cambio en la información mencionada anteriormente, debo comunicarme con McBride Orthopedic Hospital Clinic para revocar este formulario en su totalidad o completar un formulario nuevo.**
- **He leído la Divulgación de propiedad de médicos.**

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha

Padre/Tutor legal/Persona autorizada

Fecha

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra la facturación de cualquier saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, el coseguro y/o el deducible de su plan.

¿Qué es la "facturación de saldos" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando consulte a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos **gastos de bolsillo**, como un **copago**, **coseguro**, o **deducible**. Es posible que usted incurra en costos adicionales o que tenga que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” significa proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud para brindar servicios. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se denomina **"facturación de saldos"**. Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no entre en los cálculos para el deducible o el límite anual de gastos de bolsillo de su plan.

La "facturación sorpresa" consiste en una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién está involucrado en brindarle atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita a un centro dentro de la red pero recibe un tratamiento inesperado por parte de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares según el procedimiento o servicio.

Usted está protegido contra la facturación de saldos por:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles). A usted **no** se le pueden facturar saldos por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en una condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para no recibir una facturación de saldos por estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que estos proveedores pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan. Esto aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no** pueden facturarle saldos y **no** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si obtiene otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no** pueden facturarle el saldo, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Usted nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco es necesario que obtenga atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldos, también tiene estas protecciones:

- Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará cualquier costo adicional a los proveedores e instalaciones fuera de la red directamente.

- En general, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener una aprobación previa para los servicios (también conocida como "autorización previa").

 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.

 - Calcular lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) teniendo en cuenta lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red, y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.

 - Incluir en los cálculos cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y límite de gastos de bolsillo.

Si usted cree que le han facturado incorrectamente, comuníquese al 1-800-985-3059.

Visite www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.

Firma del paciente

O

Firma del tutor/representante autorizado

Nombre del paciente en letra de imprenta

Nombre del tutor/representante autorizado en letra de imprenta

Fecha

Fecha



DIVULGACIÓN DE PROPIEDAD DE MÉDICOS

El Hospital Ortopédico McBride (el “Hospital”) está obligado a proporcionarle este Aviso según la ley federal.

- El hospital es propiedad de médicos. El médico que lo remitió al Hospital para recibir tratamiento y otros médicos que le brindan atención en el Hospital pueden ser propietarios del Hospital. Si lo solicita, está disponible una lista de los médicos propietarios actuales del hospital.

Firma

Fecha