

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 15 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.

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

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

POLÍTICA DE RETRASO, PÉRDIDA O AUSENCIA

POLÍTICA DE RETRASO A UNA CITA:

Si usted es un paciente **NUEVO**, le pedimos que llegue 25 minutos antes de la hora de su cita. Para todas las demás citas, le rogamos que llegue 15 minutos antes de la hora de su cita. De este modo se garantiza que haya tiempo suficiente para actualizar el seguro, los documentos de identidad con fotografía y el papeleo, de ser necesario.

Si se retrasa 15 minutos o más, es probable que le pidan que re programe la cita, a menos que el proveedor sí pueda atenderle. Se dará prioridad a los pacientes que lleguen a tiempo, y es posible que tenga que esperar mientras se les atiende a ellos. Esto podría significar que tendrá que esperar mucho tiempo. Si esto no está bien para usted, puede optar por reprogramar su cita. Uno o dos pacientes retrasados hacen que todo el programa diario se retrase. Esto es un inconveniente para todos. Nos esforzamos por ver a cada paciente lo más cerca posible de su hora de cita, y le pedimos que por favor sea cortés con el tiempo y la atención de su proveedor. Los proveedores, el personal del consultorio y los demás pacientes se lo agradecerán.

POLÍTICA DE CITA PERDIDA O AUSENCIA ("NO SHOW"):

Aunque hacemos todo lo posible para proporcionarle una llamada de recordatorio, texto o correo electrónico al menos 24 horas antes de su cita, es su responsabilidad recordar su cita. Si cree que no disponemos de la información demográfica correcta, póngase en contacto con la clínica llamando al 405-608-8833.

Si cancela con menos de 24 horas de antelación a su cita, se considerará un "No Show". Si un paciente "no se presenta" a una cita como paciente **NUEVO**, no se le reprogramará la cita. Se notificará al proveedor que lo remitió. Para los pacientes ya establecidos, dos "No shows" en los últimos 24 meses darán lugar a una advertencia de baja. Si tiene tres o más "No shows" en los últimos 24 meses, será dado de baja para la consulta a discreción del proveedor.

Su firma acusa recibo de esta carta:

Firma del paciente

Fecha

(Nombre en letra de imprenta)



Formulario de consentimiento del cuidador alternativo

Excepto en casos de emergencia que pongan en peligro la vida de alguien, no podemos tratar a su hijo menor de edad a no ser que venga acompañado a nuestra oficina por un padre, tutor legal o un adulto designado. Para designar a un adulto que traiga a su hijo a nuestra oficina para recibir atención médica en su ausencia, debe tener los siguientes formularios completos, firmados y en los archivos para cada uno de sus hijos. El adulto designado debe ser un pariente de primer orden (padre, padrastro, hermano, hermanastro, abuelo, tías o tíos). Si una niñera, una cuidadora ocasional o un amigo trae a su hijo, debemos poder comunicarnos con usted para hablar sobre el tratamiento. Es posible que sea necesario reprogramar la cita de los niños menores de edad que se presenten a una cita sin un padre, un tutor legal, un adulto nombrado en un formulario de designación firmado o una nota firmada por un padre. Autorizo a las siguientes personas a traer a mis hijos a su cita:

Nombre: _____ Relación con mi niño: _____

Nombre: _____ Relación con mi niño: _____

Nombre: _____ Relación con mi niño: _____

Nombre: _____ Relación con mi niño: _____

Certifico que las personas mencionadas anteriormente tienen 18 años de edad o más a esta fecha. Autorizo a las personas mencionadas anteriormente a dar su consentimiento para el tratamiento de mis hijos. Esto puede incluir, entre otras cosas, el consentimiento para medicamentos, vacunas, procedimientos y hospitalizaciones necesarios. Pediatric ENT of Oklahoma puede transmitir cualquier información médica sobre mi hijo que sea necesaria para que las personas mencionadas anteriormente brinden su consentimiento informado para el tratamiento. Entiendo que el médico comunicará sus hallazgos y plan de tratamiento al cuidador que traiga al niño y que, en la mayoría de las circunstancias, una llamada de seguimiento personal a mí no debería ser necesaria. Acepto eximir de responsabilidad a Pediatric ENT of Oklahoma y su personal por cualquier desacuerdo entre las personas mencionadas anteriormente y yo, sobre decisiones en cuanto a los tratamientos. Certifico que soy el padre o tutor legal de los siguientes niños y que tengo la autoridad legal para realizar este acuerdo. Entiendo que puedo revocar la autorización de cualquiera o todas las personas en cualquier momento.

Niño cubierto por este consentimiento:

Apellido, Nombre: _____

Fecha: ____/____/____

Firma del padre o tutor legal _____



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:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Paciente sin cirugías | <input type="radio"/> Cirugía sinusal | <input type="radio"/> Cirugía vías respiratoria | <input type="radio"/> Adenoides removidos |
| <input type="radio"/> Cirugía de oído | <input type="radio"/> Inserción tubo auditivo | <input type="radio"/> Amígdalas removidos | <input type="radio"/> Derivación VP |
| <input type="radio"/> Reparación labio leporino/paladar hendido | <input type="radio"/> Cirugía del corazón | <input type="radio"/> Otro: _____ | |

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

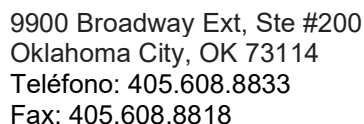
A DIVISION OF
MCBRIDE ORTHOPEDIC HOSPITAL

HISTORIA CLÍNICA OTORRINOLARINGOLOGÍA, CONTINUACIÓN

Fecha: _____ Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: _____

HISTORIA 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



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 Y NOTIFICACIÓN DE COBERTURA

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.
- Durante la mayoría de las horas de funcionamiento, el Hospital ha dispuesto que uno o más médicos estén en el lugar y disponibles para responder a emergencias médicas. Sin embargo, en determinados momentos, es posible que el Hospital no tenga un médico disponible en las instalaciones para brindar servicios. El hospital tiene la capacidad de brindar evaluaciones y tratamiento inicial a los pacientes y cuenta con un médico de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Además, el Hospital podrá referir y transferir pacientes a otro hospital con capacidad para tratar las necesidades del paciente involucrado.

Firma

Fecha