

460 Wilson Avenue, Versailles, KY 40383
Teléfono: (859) 879-0111 Fax: (859) 879-0363

INFORMACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Nombre: _____ Ml: _____ Apellido: _____
Dirección postal: _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Dirección Calle (si es PO Box): _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: Hombre Mujer
Carrera: Asiático Negro / afroamericano Hispano Blanco / Caucásico Otro _____
Etnia: Hispano No-Hispano
Idioma: Inglés Español Otro _____

Nombres de la madre: _____ Ml: _____ Apellido: _____
Dirección postal (si es diferente del anterior): _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____
Fecha de nacimiento: _____ Número De Seguro Social: _____

Situación laboral: Tiempo completo Auto Jubilado Sin empleo
Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____
Dirección postal: _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

De Nombres del padre: _____ Ml: _____ Apellido: _____
Dirección postal (si es diferente del anterior): _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____
Fecha de nacimiento: _____ Número De Seguro Social: _____

Situación laboral: Tiempo completo Auto Jubilado Sin empleo
Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____
Dirección postal: _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Estado civil de los padres: Individual Casado Divorciado Viudo Apartado
Padre con custodia, en su caso: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Ml: _____ Apellido: _____
Dirección postal: _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____
Relación con el paciente: _____

RECORDATORIOS DE CITAS AUTOMÁTICOS

Versalles Medicina Familiar ofrece ahora telefónicas, texto y mensajes de correo electrónico automatizado para recordatorios de citas y otras notificaciones de oficina, tales como cierres de tiempo severo. Por favor, indique la siguiente información para participar.

Número de contacto preferido: Teléfono de la casa Teléfono Móvil Teléfono de trabajo

Método preferido del contacto: Llamada de voz Mensaje de texto (se aplican tarifas de mensajes de texto estándar)

Hora del día preferida: Mañana (9:00 am) Tarde (15:00) Noche (6:00 pm)

PORTAL DEL PACIENTE

VFM ha lanzado un sitio web, conocido como un portal para pacientes, que contiene información y herramientas como los registros médicos, pedidos de reposición, resultados de laboratorio, etc. Esperamos que este portal, junto con el programa de notificación de mensaje anterior, nos permitirá mantener a nuestros pacientes mejor informados sobre su atención médica desde la comodidad de su propio hogar 24/7.

Por favor, indique la dirección de correo electrónico preferido, en su caso, recibir mensajes a través del portal de pacientes.

Medifamiliar Universal, dirección de correo electrónico en nuestro sistema, nuestro sistema de historia clínica electrónica generará automáticamente un nombre de usuario y contraseña para su cuenta de portal y enviarlas por correo electrónico a usted.
Por favor, indique el nombre de usuario / contraseña,

Dirección de correo electrónico preferido: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿El paciente tiene seguro de salud? ☐ Sí ☐ No

Seguro Primario: _____ identificación del suscriptor #: _____ Grupo #: _____

Titular de la Tarjeta Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____

Dirección De Enlace es diferente a la anterior) _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____

Seguro Secundario: _____ Subscriber ID #: _____ Grupo #: _____

Titular de la Tarjeta Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____

Dirección De Enlace es diferente a la anterior) _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____

PARTE RESPONSABLE

Marque la casilla si la información es la misma que la información de contacto de emergencia arriba.

Sin embargo, por favor asegúrese de indicar

Fecha de nacimiento de la parte responsable y SSN continuación.

Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____

Dirección postal: _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Calle (si es PO Box): _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (____) _____ Teléfono Celular (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: Hombre Mujer

Relación con el paciente: _____

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Indique su farmacia preferida a continuación.

Farmacia Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Page 3

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

HISTORIA DE NACIMIENTO

¿La madre recibió atención prenatal? ☐ Sí ☐ No

El niño es adoptado? ☐ Sí ☐ No

¿Dónde nació el paciente? Hospital: _____ Ciudad / Estado: _____

Forma de suministro parto vaginal C-Sección

Fue el período completo del niño o prematura? _____

Por favor escriba cualquier complicación con el embarazo o el parto: _____

DEL PACIENTE HISTORIA MÉDICA

Por favor escriba cualquier problema anteriores o actuales de salud del niño ha / tenido?

Por favor incluya la variedad de salud Cuando se diagnostican?

¿El niño tiene algún tipo de alergia a medicamentos o alimentos? No ☐ Sí

Medicación / Alimentación

Reacción (sarpullido, falta de aliento, etc.)

¿Tiene el paciente tome los medicamentos a diario / frecuente?

No ☐ Sí

Nombre del medicamento Fuerza

Dosis y Frecuencia

¿Ha sido el niño hospitalizado? No Sí
 Motivo de hospitalización Nombre del Hospital, Ciudad, Estado Fechas de Admisión

El niño ha tenido alguna cirugía? No Sí
 Procedimiento quirúrgico Nombre del Hospital, Ciudad, Estado Fecha de la Cirugía

Página 4

HISTORIA FAMILIAR

¿Hay antecedentes familiares de cualquiera de las condiciones enumeradas a continuación?

En caso afirmativo, indique la relación con el paciente.

Enfermedad	Relación con el paciente	Enfermedad	Relación con el paciente
Asma		Problemas renales	
Alergias		Problemas hepáticos	
Trastorno de la coagulación		Enfermedad Mental	
Cáncer (tipo?)		Problemas de la piel	
Fibrosis quística		Carrera	
Diabetes		Abuso de Sustancias	
La epilepsia (convulsiones)		Enfermedad de la tiroides	
Problemas del corazón		Tuberculosis	
Problemas intestinales		Tracto Urinario Cuestiones	

HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE

¿De dónde viene el niño asista a la escuela o guardería? _____ Grado en la escuela? _____

¿Hay alguien en la casa fuma? No Sí

¿Hay armas en el hogar? No Sí

¿Hay animales domésticos en la casa? No Sí

El niño ha viajado fuera de los Estados Unidos? No Sí, ¿dónde? _____

Page 5

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE
**** ESTE DEBE SER FIRMADO PARA SER TRATADA! ****

- Yo, el abajo firmante, autorizo al siguiente tratamiento:
 - Administración y el rendimiento de todos los tratamientos
 - La administración de los anestésicos necesarios
 - La administración de vacunas recomendadas para un determinado grupo de edad y / o estado de la enfermedad
 - El rendimiento de los procedimientos que se considere necesario o conveniente para el tratamiento de este paciente
 - Uso de la medicación prescrita, que puede incluir sustancias controladas
 - Rendimiento de diagnóstico procedimientos / pruebas, culturas, biopsias y cirugía
 - Rendimiento de otras pruebas de laboratorio médicamente aceptados que puede considerarse médicamente necesario o recomendable basado o el juicio del médico tratante o sus designados asignados
- Entiendo perfectamente que esto se da antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico.
- Comprendo que este consentimiento continúe en la naturaleza, incluso después de un diagnóstico específico se ha hecho y el tratamiento recomendada. El consentimiento permanecerá en pleno vigor hasta que sea revocada por escrito.
- Entiendo que Versailles Medicina Familiar, PLLC puede incluir consentimiento en oficinas satélite en virtud común propiedad.
- El abajo firmante, reconozco que Versailles Medicina Familiar, PLLC va a usar y divulgar mi información para con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como el original.

- PACIENTES DE MEDICARE: Autorizo a divulgar información médica sobre mí a la Seguridad Social Administración o sus intermediarios para mi cobertura de Medicare.
~~Medicina de Familia, pago de~~

Inicial del Paciente: _____ **Yo reconozco que se me ha dado la Medicina Familiar Versailles, PLLC**
Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que si tengo preguntas o quejas que debería ponerse en contacto
Oficial de Privacidad.

Certifico que he leído y entendido completamente las declaraciones y consentimiento anteriores completamente
voluntaria a su

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Paciente (o Persona Responsable) Firma	Fecha de hoy

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES

Yo, _____, el padre / tutor legal del menor se menciona a continuación, doy voluntariamente su consentimiento a Versailles Medicina Familiar para evaluar y tratar _____ (nombre del menor) nacido el _____ (Fecha de nacimiento).

A petición del menor - Da el permiso de menor importancia para programar citas y consentimiento tratamiento (s) sin permiso de los padres

Si se acompaña de la persona (s) se enumeran a continuación - da al individuo (s) nombrado abajo permiso para programar citas y consentimiento para el tratamiento (s) sin permiso de los padres

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Entiendo rutina médica de atención, tratamiento y servicios pueden incluir, pero no están limitados a: evaluación médica, examen físico, vacunas, radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico.
~~Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión~~
~~Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión~~
Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión fabricante (s) nombrado anteriormente, o Versailles Medicina Familiar se debe dar el menor permiso para ser visto acompañados, a dar su consentimiento para el hospital o emergencia tratamiento en la sala de mi hijo en mi ausencia.

~~Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión~~
~~Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión~~
Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión fabricante (s) nombrado anteriormente, o Versailles Medicina Familiar se debe dar el menor permiso para ser visto acompañados, a dar su consentimiento para el hospital o emergencia tratamiento en la sala de mi hijo en mi ausencia.
~~Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión~~
~~Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión~~
Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión fabricante (s) nombrado anteriormente, o Versailles Medicina Familiar se debe dar el menor permiso para ser visto acompañados, a dar su consentimiento para el hospital o emergencia tratamiento en la sala de mi hijo en mi ausencia.

Por otra parte, afirmo haber recibido la autorización de cualquier otro de los padres / tutores legales para la atención como se ha mencionado anteriormente.

Teléfono diurno secundario: _____ Secundaria teléfono tarde: _____

INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD (PHI) COMUNICADO y HIPAA CONSENTIMIENTO

A partir del 21 de febrero 2014

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información. El Aviso de privacidad proporciona una sección sobre Derechos del paciente describiendo sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento y antes de cualquier servicio que se presta a usted por la práctica. Versalles Medicina Familiar se reserva el derecho de cambiar el Aviso de las Políticas de Privacidad. Si usted desea más información sobre su privacidad, puede contactar al Oficial de la Práctica o preguntando a la recepcionista del proveedor.

Al firmar este formulario, usted reconoce que se le ha dado la oportunidad de leer Aviso de Privacidad de la clínica. Prácticas previas a cualquier servicio que se presta a usted por esta práctica, y usted da su consentimiento para el uso y divulgación de su información médica a otros profesionales de la salud involucrados en su cuidado y para el tratamiento, pago y atención médica operaciones. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmada por usted. Si usted no quiere que se divulgue información que usted ha proporcionado a nosotros en dependencia de su consentimiento previo. Versalles Medicina Familiar es una entidad de Responsabilidad (HIPAA) y Tecnología de la Información de Salud para Económico y la Ley de Salud Clínica (HITECH).

Autorizo Médicos / personal de Versalles Medicina Familiar, a divulgar información referente a mi hijo de condición y / o la atención a aquellas personas que se mencionan a continuación:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
--------	---------------------	----------

Versalles Medicina Familiar puede ponerse en contacto con _____ (nombre) de la siguiente manera: (marque todo lo que corresponda)

CASA DE TELÉFONO: _____	CELULAR TELÉFONO: _____
¿Se puede dejar mensaje detallado en responder máquina	¿Se puede dejar mensaje detallado de correo de voz con mensaje detallado
¿Se puede dejar el mensaje con sólo número de llamada	¿Se puede dejar el mensaje con sólo número de llamada
¿Se puede dejar mensaje detallado con miembro de la familia	
Quien? _____	COMUNICACIÓN ESCRITA
TRABAJO DE TELÉFONO: _____	Aceptar para enviar por correo a mi dirección de casa
¿Se puede dejar mensaje en el correo de voz con detallada mensaje	Aceptar para enviar a mi trabajo / dirección de la oficina
¿Se puede dejar el mensaje con sólo número de llamada	Aceptar para enviar por fax a este number _____
¿Se puede dejar el mensaje con un compañero de trabajo	Aceptar para enviar por correo electrónico a la siguiente dirección de correo electrónico: _____
Quien? _____	

He leído y comprendido la Medicina Aviso Versalles Familia de Normas de Privacidad (Privacy Policy) y entender / autorizar este formulario de consentimiento mediante la firma de abajo.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Firma del Paciente / Representante legal: _____ Fecha: _____
 Si Representante Legal, la relación con el paciente: _____

Autorización para divulgar Información de Identificación del Paciente Salud

Nombre del paciente: _____ Número de Seguro Social: _____
 Paciente Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, _____, Herby autorizo Versalles Medicina Familiar, PLLC para recibir o divulga mi información de salud protegida se describe a continuación a / desde: _____ (Nombre)
 _____ (Dirección)

El propósito de solicitar esta versión de la información es (marque uno):

a petición de la persona
 otros medios (describir) _____

Esta autorización para el uso y / o divulgación se aplica a la información que se describe a continuación:

Completas de Registros Médicos
Todas y todos los registros en poder de Versalles Medicina Familiar, PLLC incluida la salud mental,
Registros de abuso de VIH y / o sustancia (de la cruz cualquier artículo que usted no autoriza que se publicará)
Los registros relativos a tratamiento para la siguiente condición de la lesión: _____
Los registros que abarcan el período de tiempo a _____
Otros (especificar - incluye fechas) _____

Esta es la cantidad mínima de información necesaria para la finalidad descrita anteriormente. Ninguna otra información será revelada.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, enviando dicha notificación por escrito a Versalles Medicina Familiar, PLLC., 360 Amsden Avenue, Suite 504, Versailles, KY 40383. Yo también entiendo que mi revocación no es efectiva en la medida en que las personas que he autorizado a utilizar y / o divulgar mi salud protegida información han actuado basándose en esta autorización.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que Versalles Medicina Familiar, PLLC no puede condicionar mi tratamiento o el pago de si firmo esta autorización.

Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las leyes y reglamentos federales con respecto a la privacidad de mi salud protegida información.

Esta autorización se vence un (1) año desde la fecha de la firma a menos que una fecha o evento específico está en la lista: _____

Certifico que he recibido una copia de esta autorización. Entiendo que esta solicitud debe ser llenada en su totalidad a asegurar la liberación oportuna de mi información.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre del Paciente o Representante Personal

Testigo