

**Perez-Grossman, LLC**  
Medicina Infantil y de Adolescente  
1235 SW 87 Avenue  
Miami, FL 33174

Nombre de Paciente (Apellido, Primer Nombre): \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ (M/F)                      Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

Raza:  Blanco  Asiático  Negro o Afroamericano  Hispano  Americano  Indio  Otro  
 Prefiere no contestar

Etnicidad:  Hispano o Latinoamericano  No Hispano o Latinoamericano  Otro  Prefiere no contestar

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Paciente vive con:  Los dos padres  Madre  Padre  Familiar  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Número telefónico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Número telefónico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (en caso de no ser los padres): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Número telefónico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Número telefónico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Persona(s) autorizada(s) para traer a su hijo a las citas médicas:  
\_\_\_\_\_

¿Quién le recomendó la Dra. Lisa Perez-Grossman?

- Su compañía de seguros
- Un paciente actual de la Dra. Lisa Perez-Grossman, de ser así: \_\_\_\_\_
- Otro médico, de ser así: \_\_\_\_\_
- Internet/ Medios de comunicación social

**Perez-Grossman, LLC**  
Medicina Infantil y de Adolescente  
1235 SW 87 Avenue  
Miami, FL 33174

Nombre de la Compañía del Seguro: \_\_\_\_\_ ID de la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico del Asegurado: \_\_\_\_\_ Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_

Relación del Asegurado con el paciente: \_\_\_\_\_

Ocupación del Asegurado: \_\_\_\_\_ Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_

**Garante o Aval (PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR EL PACIENTE):**

Nombre del Garante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

Dirección del Garante: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico del Garante: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación del Garante con el paciente: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO PASADÓ

¿Ha sido hospitalizado su hijo alguna vez? <b>NO SI (Por favor indique)</b>	¿Ha tenido su hijo alguna cirugía? <b>NO SI (Por favor indique)</b>
¿Su hijo tiene alguna alergia? <b>NO SI (Por favor indique)</b>	¿Su hijo tiene alguna enfermedad crónica? <b>NO SI (Por favor indique)</b>

## REVISIÓN DE SISTEMAS

**¿Su hijo tiene alguno de los siguientes?:**

Problemas en los Pulmones	<b>NO</b>	<b>SI (Por favor indique)</b>
Problemas del Corazón	<b>NO</b>	<b>SI (Por favor indique)</b>
Problemas Renales / Urinarios	<b>NO</b>	<b>SI (Por favor indique)</b>
Problemas Óseos / Musculares	<b>NO</b>	<b>SI (Por favor indique)</b>
Problemas Gastrointestinales	<b>NO</b>	<b>SI (Por favor indique)</b>
Problemas del Cerebro / Sistema Nervioso	<b>NO</b>	<b>SI (Por favor indique)</b>
Problemas Genitales	<b>NO</b>	<b>SI (Por favor indique)</b>
Problemas de la Piel	<b>NO</b>	<b>SI (Por favor indique)</b>
Problemas de: Ojos / Oídos / Nariz / Garganta	<b>NO</b>	<b>SI (Por favor indique)</b>
Problemas de Desarrollo o de Aprendizaje	<b>NO</b>	<b>SI (Por favor indique)</b>
Problemas de Conducta / Psiquiátricos	<b>NO</b>	<b>SI (Por favor indique)</b>

¿Su hijo toma medicamentos regulares (sin receta o con receta médica)? **NO SI (Por favor indique)**

## COMUNICACIÓN

Idioma preferido, si no es inglés: Niño: \_\_\_\_\_ Padres: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguna necesidad especial de comunicación?: **NO SI (Por favor indique)**

Perez-Grossman, LLC  
Medicina Infantil y de Adolescente  
1235 SW 87 Avenue  
Miami, FL 33174

**TODAS LAS TARIFAS PROFESIONALES DEBEN SER PAGADAS EN EL MOMENTO DEL SERVICIO, A MENOS QUE SE HAYAN HECHO ARREGLOS PREVIOS.**

Formulario de Información del Paciente – Acuerdo Financiero

- Usted es responsable por los copagos, deducibles, servicios no cubiertos, coaseguro y artículos considerados “no medicamente necesarios” por su compañía de seguros.
- Para reclamaciones no pagadas por más de 45 días, es su responsabilidad hacer seguimiento con nuestra compañía de seguros y el saldo puede ser considerado debido y pagable.
- Es su responsabilidad notificar a nuestra recepción de cualquier cambio de seguro o dirección.
- Usted será responsable por cualquier cargo que ocurre si su seguro actual tiene algún cambio y no fue notificado en el momento del servicio.

Autorización y consentimiento del Paciente

Yo, \_\_\_\_\_ (si es menor de edad, por \_\_\_\_\_) por este medio voluntariamente doy el consentimiento de tratamiento médico, incluyendo procedimientos diagnósticos, servicios quirúrgicos y otros servicios médicos hechos por la Dra. Lisa Perez-Grossman, M.D., o sus designados autorizados, como ellos vean el criterio profesional necesario para proveer la atención médica apropiada.

Autorizo a la Dra. Lisa Perez-Grossman, M.D., a presentar reclamaciones a mi compañía de seguros por servicios prestados por proveedores médicos.

Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar esta asignación en la reclamación.

Autorizo el que el pago sea hecho a la Dra. Lisa Perez-Grossman, M.D., por los servicios previstos por ella.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (o representante autorizado)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente (o representante autorizado)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Perez-Grossman, LLC  
Medicina Infantil y de Adolescente  
1235 SW 87 Avenue  
Miami, FL 33174

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.**

Última actualización: 23 de Abril del 2004

Yo, (nombre del paciente o persona autorizada) \_\_\_\_\_,

Reconozco y acepto que he recibido copia del comprobante del Aviso de Práctica Privada de la Dra. Lisa Perez-Grossman, M.D.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente (o representante autorizado)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente (o representante autorizado)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Perez-Grossman, LLC  
Medicina Infantil y de Adolescente  
1235 SW 87 Avenue  
Miami, FL 33174

**SOLICITUD DEL PACIENTE PARA COMUNICACIONES CONFIDENCIALES DE INFORMACION DE  
SALUD PROTEGIDA.**

La Ley de Portabilidad del Seguro de Salud del 1996 (HIPPA) le provee el derecho de solicitar que PEREZ-GROSSMAN, LLC se comunique con usted sobre su información médica por medio de una dirección, número telefónico, o otro medio alternativo (por ejemplo, por correo electrónico) que sea más confidencial para usted. LPGMD debe acomodar su solicitud si es razonable. LPGMD puede requerir que usted especifique ese medio alternativo antes de proveer el alojamiento solicitado. Si su solicitud es aceptada, el Centro Médico hará todo lo posible para comunicarse con usted en la manera que usted haya solicitado. Su elección permanecerá vigente hasta que usted nos haya instruido por escrito para cambiar la forma de comunicación.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, por favor completar el siguiente formulario y envíelo a:

Lisa Perez-Grossman, M.D.

1235 SW 87th Avenue, Miami, FL 33174

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Número telefónico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Describa los medios alternativos de comunicación que está solicitando:

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

Estoy solicitando que LISA PEREZ-GROSSMAN, M.D., se comunique conmigo por un medio alternativo que sea más confidencial para mí. Entiendo que el Centro Médico no acomodaría solicitudes no razonables.

\_\_\_\_\_

**Firma del paciente (o representante autorizado)**

\_\_\_\_\_

**Fecha**

Perez-Grossman, LLC  
Medicina Infantil y de Adolescente  
1235 SW 87 Avenue  
Miami, FL 33174

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE EL PORTAL**

LISA PEREZ-GROSSMAN, M.D., le ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por el portal. La transmisión del paciente por el portal tiene una serie de riesgos que los pacientes deben considerar antes de conceder el consentimiento para utilizar el portal para estos fines. LPGMD utilizara medios razonables para proteger la seguridad y la confidencialidad de la comunicación por el portal y no será responsable de la divulgación involuntaria de información confidencial.

Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo que los riesgos asociados con la comunicación de el portal entre LPGMD y yo y acepto las condiciones escritas aquí. Cualquier pregunta que pueda haber tenido fue contestada. Estoy de acuerdo y consiento en que LPGMD puede comunicarse conmigo con respecto a mi información médica protegida por el portal.

Mi dirección de correo es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (o representante autorizado)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) Y CONFIRMACION DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.**

Reconozco que se me ha proveído el “Aviso de Practicas de Privacidad” de LISA PEREZ-GROSSMAN, M.D, y estoy dando mi consentimiento para el uso y compartimiento de Información de Salud Protegida según como lo requiera y / o es permitido por ley.

Nombre del Paciente: × \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente: × \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**  
(o representante autorizado)

\*Se puede pedir que muestre prueba del estado representativo.