



Nombre de paciente: Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____
 Fecha de nacimiento _____ N.º de seguro social _____ Sexo: (M) (F)
 El paciente vive con: Madre ___ Padre ___ Otro: _____
 Idioma: Inglés, español u otro: _____
 Etnia: Hispano, afroestadounidense, caucásico, asiático u otro: _____

Madre/Encargada legal: _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de seguro social _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____
 Teléfono del trabajo: _____ Empleador: _____
 Correo electrónico: _____

Padre/Encargado legal: _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de seguro social _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____
 Teléfono del trabajo: _____ Empleador: _____
 Correo electrónico: _____

Seguro primario: _____
 Titular de la póliza: _____ N.º de seguro social: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Dirección (si es diferente a la anterior): _____
 Vínculo con el paciente: _____ N.º de identificación: _____ N.º del grupo: _____

Seguro secundario: _____
 Titular de la póliza: _____ N.º de seguro social: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Dirección (si es diferente a la anterior): _____
 Vínculo con el paciente: _____ N.º de identificación: _____ N.º del grupo: _____

Persona de contacto de emergencia (aparte de los padres): _____ Teléfono: _____
Médico remitente: _____ Teléfono: _____
Médico de cabecera/pediatra: _____ Teléfono: _____

NO SE PUEDE BRINDAR ATENCIÓN MÉDICA A MENOS QUE MI HIJO(A) ESTÉ ACOMPAÑADO(A) POR UNA DE LAS SIGUIENTES PERSONAS:

Firma de padre/madre/encargado legal: _____ Vínculo: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO Y ASIGNACIÓN DE LAS PRESTACIONES

Autorizo a New Jersey Brain and Spine a atender a mi hijo(a). Además, autorizo la divulgación de la información médica necesaria para completar los formularios del seguro. Autorizo el pago directo a New Jersey Brain and Spine por las prestaciones médicas y quirúrgicas que de otro modo me corresponderían según los términos de mi seguro. Entiendo que tengo la responsabilidad financiera de todos los copagos, deducibles y cualquier cargo que mi seguro no pague. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma vigencia y validez que la original.

Firma de padre/madre/encargado legal: _____ Vínculo: _____ Fecha _____



*** POR FAVOR, COMPLETE ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD ****

¿Qué problema(s) está experimentando su hijo(a) actualmente (cuál es el motivo de la consulta)?

Indique si el paciente tiene o ha tenido las siguientes enfermedades o problemas:

<input type="checkbox"/> Traumatismos (quebradura de huesos, pérdida del conocimiento, etc.)	<input type="checkbox"/> Anemia o trastorno sanguíneo
<input type="checkbox"/> Problemas estomacales o intestinales	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Problemas emocionales/conductuales
<input type="checkbox"/> Problemas neurológicos	

¿Se ha sometido a alguna cirugía? Por favor, explique:

Por favor, indique cualquier medicamento o suplemento que su hijo(a) esté tomando actualmente:

¿Tiene todas las vacunas al día? _____

ALERGIAS (enumérelas o indique "ninguna" si corresponde): _____

HISTORIAL FAMILIAR _____ Sangrado _____ Problemas con la anestesia _____ Cáncer o trastorno sanguíneo _____ Enfermedad cardíaca o hepática Por favor, explique: _____

HISTORIAL DE NACIMIENTO Tipo de parto: _____ Vaginal _____ El bebé nació por cesárea: _____ A término _____ Prematuro

Peso al nacer: _____ ¿Estaba conectado(a) a un respirador artificial? _____ No _____ Sí En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? _____

Otras complicaciones:



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PACIENTES DE NEW JERSEY
BRAIN AND SPINE**

En nuestro Aviso de prácticas de privacidad (“Aviso”) se proporciona información sobre: 1) los derechos de privacidad de nuestros pacientes; y 2) de qué forma podemos utilizar y divulgar la información médica protegida sobre nuestros pacientes. Las normativas federales exigen que entreguemos a nuestros pacientes o sus representantes autorizados nuestro Aviso antes de firmar este consentimiento. Al firmar este formulario, usted solo reconoce que se le ha facilitado nuestro Aviso.

Firma de paciente o representante autorizado _____ Fecha _____

Nombre en imprenta de paciente/representante autorizado _____

**AUTORIZACIÓN DE NEW JERSEY BRAIN AND SPINE PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)
A FAMILIARES Y AMIGOS**

Autorizo al centro clínico a analizar las fechas de las citas, los horarios, la ubicación, el historial médico, el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico, la información financiera, del seguro y de facturación con las personas que se enumeran a continuación. Entiendo que mi proveedor de atención médica o el de mi hijo(a) usará su criterio a la hora de compartir esta información para fomentar la continuidad de la atención. Para la divulgación de las copias de los registros médicos se requiere una autorización firmada de conformidad con HIPAA. Este permiso se considerará vigente hasta que yo indique lo contrario por escrito. La PHI puede divulgarse a las siguientes personas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Sí No **El personal del centro clínico tiene mi permiso para compartir mi información médica personal o la de mi hijo(a) con familiares u otras personas que se encuentren en la habitación conmigo/nosotros durante la cita.**

El personal del centro clínico tiene mi permiso para dejar mensajes relacionados con el tratamiento (es decir, resultados del laboratorio) en mi: (marque todos los que correspondan)

<input type="checkbox"/> Correo de voz particular o contestador automático	Número de teléfono: _____
<input type="checkbox"/> Teléfono celular	Número de teléfono celular: _____
<input type="checkbox"/> Correo de voz del trabajo	Número de teléfono del trabajo: _____

NINGÚN TIPO DE INFORMACIÓN: No autorizo la divulgación de ningún tipo de información verbal (aparte de recordatorios de citas al/a los número(s) que he proporcionado).

_____ Nombre en imprenta de paciente	_____ Nombre en imprenta de representante autorizado*
---	--

_____ Firma de paciente/representante autorizado*	_____ Fecha en que se firmó
--	--------------------------------

* Para intervenir en nombre del paciente: Padre/madre/encargado legal o poder notarial *Se debe proporcionar evidencia de autoridad y archivarla en el centro clínico.