



Palm Beach Pediatric Hematology Oncology

HISTORIA DEL PACIENTE

FECHA: _____

NOMBRE DEL NIÑO(a): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Cuál es la razón de la visita: _____

HISTORIA PRENATAL:

Tiempo completo Prematuro/Semanas _____ Vaginal Cesárea Peso al nacimiento _____ Altura _____

¿Tuvo el niño algún problema médico después del nacimiento (sangrado, hematomas, ictericia, anemia, niveles bajos de plaquetas)? _____

HISTORIA DE ENFERMEDADES PASADAS DEL PACIENTE

El niño(a) ha sido diagnosticado anteriormente: Si _____ No _____ Fecha: _____ Explique: _____

Ha estado hospitalizado: _____

Algún otro Problema Médico Mayor: _____

Cirugías: Si: _____ No: _____ Fecha: _____ Cirugía: _____

Resultados anormales de la sangre (Glóbulos Blancos, Hemoglobina) Si: _____ No: _____ Explique: _____

Idioma principal hablado: Inglés Español Criollo

LISTA DE MEDICAMENTOS Y DOSIS DIARIOS

Marque si no hay medicamentos diarios

LISTA TODAS LAS ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS

Marque si no tiene alergias a medicamentos

HISTORIA DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL NIÑO(A): _____

Nombre del Padre (Biológico) _____ Edad: _____

Problemas médicos: _____

Nombre de la Madre (Biológica) _____ Edad: _____

Problemas médicos: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS/LISTA DE QUEJAS

RECIENTES: _____

¿Tiene alguna inquietud específica sobre su hijo o problemas específicos que desee discutir hoy? En caso afirmativo, explique:

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono de la farmacia: (_____) _____

Dirección de la farmacia: _____



Palm Beach Pediatric Hematology Oncology

REGISTRACION DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre Del Paciente: _____ Su Nombre /Relación con el Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Sexo: ___ M ___ F Seguro Social: _____

Dirección De la casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Teléfono de la Casa _____ No Del Trabajo: _____ Celular: _____

Email: _____

Nombre del Pediatra: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Ubicación _____ Teléfono _____

Que otro Doctor aparte del pediatra ve al niño (a): _____

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección (si es diferente) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la Casa _____ Celular: _____

Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección (si es diferente) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACION DEL SEGURO

Compañía: _____ Número de la Póliza: _____

Nombre del Principal: _____ Fecha de nacimiento _____

Relación con el paciente _____

CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Firma _____ Fecha _____ Testigo: _____

Entiendo que el pago de toda la atención médica se debe al momento del servicio. En caso de padres divorciados, la responsabilidad y el pago serán los del tutor que traiga al niño para recibir tratamiento. Entiendo que es mi responsabilidad pagar cualquier deducible, co-pago o cualquier otro saldo no pagado por mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de los costos incurridos en el cobro de la cuenta de pacientes en caso de incumplimiento, incluidos los honorarios razonables de abogados y los costos judiciales. Por la presente, doy permiso a Palm Beach Pediatric Hematology Oncology para divulgar cualquier información pertinente a mi compañía de seguros a solicitud, y autorizo el pago directamente a Palm Beach Pediatric Hematology Oncology. Una copia estática fotográfica de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.



Palm Beach Pediatric Hematology Oncology

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL RECORDS

Date: _____

Physician/Facility Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

(Please Print)

I hereby authorize and request the complete Medical Record of the child listed above to be released to:

Palm Beach Pediatric Hematology Oncology
Melissa S. Singer, M.D., PA
12957 Palms West Drive, Suite 103
Loxahatchee, FL 33470-4989
561-798-9119 (office)
561-798-9193 (fax)

Signature of Parent / Legal Guardian

Date

****This consent for disclosure of medical information will be honored for the request only and will not be transferable for any additional information without the express written consent of the patient. It expires immediately upon completion of this action. I understand I may revoke this consent at any time except to the extent that the action has been taken in reliance on my consent. No other disclosure to other parties by release is permitted without the express written consent of the parent/legal guardian/patient. I have read and fully understand the above information and hereby give my permission****



Palm Beach Pediatric Hematology Oncology

PALM BEACH PEDIATRIC HEMATOLOGY ONCOLOGY

Yo, _____ autorizo a Melissa S Singer M.D., P.A. dba Palm Beach Pediatric Hematology Oncology y su personal a atender a my hijo (a)

Nombre Del Paciente

Fecha de Nacimiento

Yo autorizo a las siguientes personas a traer a consulta a mi hijo(a) a consulta:

Nombre: _____ Relación al Paciente _____

Nombre: _____ Relación al Paciente _____

Nombre: _____ Relación al Paciente _____

Autorizo dejar mensaje de voz con resultados médicos en el número: _____

No dejar Resultados en Mensaje de voz

Firma del Padre/ Guardián Legal

Fecha

Nombre del Padre/Guardián Legal



Palm Beach Pediatric Hematology Oncology

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

1. RESPONSABILIDAD FINANCIERA INDIVIDUAL

- a) Entiendo que soy financieramente responsable de los deducibles, copagos y/o servicios no cubiertos de mi seguro médico (infantil). Los pagos se deben hacer dentro de los 30 días posteriores a la recepción del estado de cuenta. El incumplimiento de los pagos puede ocasionar un retraso en el tratamiento de mi hijo(a) o en una cita de seguimiento.
- b) Copagos y/o deducibles tienen que ser pagados en el momento de la visita.
- c) Si el seguro de mi hijo requiere de un referido o autorización de su pediatra yo soy responsable de adquirirlo.
- d) En el evento que el seguro de salud de mi hijo no pagase por las consultas o visitas al hospital yo soy responsable del pago por los servicios prestados.
- e) Si mi hijo no tiene seguro yo acepto pagar el día que los servicios fueron ofrecidos.

2. AUTORIZACION PARA COBRAR AL SEGURO

Yo autorizo pago directo del beneficio medical hacia Palm Beach Pediatric Hematology Oncology de los servicios prestados a mi hijo (a).

3. CANCELACION DE CITAS

Yo me comprometo a llamar 24 horas antes de la cita de mi hijo(a) para cancelarla o cambiarla.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Padre/ Guardián Legal

Fecha

Nombre del Padre/Guardián Legal



Palm Beach Pediatric Hematology Oncology

Written Acknowledgements

Por favor ponga sus iniciales en cada declaración y firme a continuación.

_____ **Recibo del aviso de prácticas de privacidad:** He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Melissa S. Singer, M.D., P.A. dba Oncología hematológica pediátrica de Palm Beach.

_____ **Consentimiento por correo electrónico:** Al firmar a continuación, usted reconoce y comprende los riesgos inherentes de comunicar su información de salud por correo electrónico y por la presente acepta recibir dichas comunicaciones a pesar de esos riesgos. Los mensajes que contengan información clínicamente relevante podrán incorporarse al expediente médico a discreción del proveedor.

Al firmar a continuación, también reconoce que tiene la opción de recibir comunicaciones a través de otros medios más seguros, como por teléfono.

Al firmar a continuación, usted acepta eximir de responsabilidad a PBPHO por el uso, la divulgación o el acceso no autorizados a su información de salud protegida enviada a la dirección de correo electrónico que proporcione.

_____ **APRN:** Por favor, reconozca que ha sido informado sobre la enfermera registrada de práctica avanzada y su función en **Palm Beach Pediatric Hematology Oncology.**

Durante sus visitas con el Doctor Singer, también puede ser atendido por nuestra ENFERMERA PRACTICANTE AVANZADA, April Roemer, quien se unió a nuestra práctica en enero de 2022.

April trabaja muy de cerca todos los días con la Doctora Singer y ella es una parte integral de nuestra práctica. April tiene una amplia experiencia como enfermera registrada en oncología pediátrica antes de unirse a la práctica.

Como enfermera registrada de práctica avanzada, su práctica incluye, entre otras, evaluación; ordenar, realizar, supervisar e interpretar pruebas de diagnóstico y laboratorio; hacer diagnósticos; iniciar y gestionar el tratamiento, incluida la prescripción de medicamentos y tratamientos no farmacológicos; coordinar la atención; asesoramiento; y educar a los pacientes y sus padres y/o representantes autorizados.

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Padre/ Guardián Legal/Paciente

Nombre impreso del padre/tutor legal/paciente

Relación con la paciente

Fecha