

Sergio J. Jacinto, M.D., P.A.

Pediatric Neurology  
4507 N. Armenia Avenue – Tampa, FL 33603  
Tel: 813-876-4100 – Fax: 813-876-4153

**INFORMACION DEL PACIENTE**

FECHA: / /

NOBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

SEXO: M - F

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_ TELEFONO CELLULAR: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ S.S.N.: \_\_\_\_\_

DR. QUE LOS REFIRIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SU PEDIATRA: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_ MEJOR FORMA DE COMUNICACION: \_\_\_\_\_

RAZA:  INDIO AMERICANO  ASIATICO  HISPANO  NEGRO O AFRO-AMERICANO  AMERICANO

LOS NATIVO DE HAWAI

ORGIAN ETNICO:  HISPANO  O  NO HISPANO

**INFORMACION DE SU SEGURO**

NOMBRE DE SU SEGURO MEDICO: \_\_\_\_\_

JEFE DE SEGURO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NUMERO DEL GRUPO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE POLIZA: \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE FAMILIA**

NOBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ S.S.N.: \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_ EXT.: \_\_\_\_\_

NOBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ S.S.N.: \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_ EXT.: \_\_\_\_\_

# Sergio J. Jacinto, M.D., P.A.

Pediatric Neurology

4507 N. Armenia Avenue – Tampa, FL 33603

Tel: 813-876-4100 – Fax: 813-876-4153

Que Enfermedades corren en la familia: \_\_\_\_\_

Nombre de los hermanos del Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Cuanto peso al Nacer: \_\_\_\_\_

Ha Tenido Alguna hospitalizacion: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

Alguna Cirugia or Operacion: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

Tiene alergias a alguna medicina: \_\_\_\_\_

Sus Vacuna estan al día: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Si no porque: \_\_\_\_\_

Que medicamentos esta tomando: 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Cual es la razon de su visita hoy? Se debe a un accidente ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Sergio J. Jacinto, M.D., P.A.**

---

Pediatric Neurology  
4507 N. Armenia Avenue – Tampa, FL 33603  
Tel: 813-876-4100 – Fax: 813-876-4153

**AUTORIZACION PARA QUE EL SEGURO LE PAGUE AL DR. JACINTO**

Yo autorizo pagos de los seguros medicos al Dr. Sergio Jacinto por servicios profesionales.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Entrega de información**

Yo autorizo la liberación de todos los registros médicos u otra información relacionada con mi tratamiento, hospitalización y / o la atención ambulatoria , incluyendo el tratamiento psicológico o psiquiátrico , el abuso de drogas , el alcoholismo , anemia de células falciformes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA ) , o la prueba para / o infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH ) , o cualquier otra información que pudiera estar comprometiendo a mí mismo que puede ser necesaria para tramitar la solicitud médica. Entiendo que esta autorización puede ser anulada por mí en cualquier momento mediante notificación por escrito .

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# Sergio J. Jacinto, M.D., P.A.

---

Pediatric Neurology  
4507 N. Armenia Avenue – Tampa, FL 33603  
Tel: 813-876-4100 – Fax: 813-876-4153

## **La Política de Finacial**

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible y nos complace discutir nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Su comprensión clara de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional.

Todos los pacientes deben completar nuestra " Formularios de Informacion del Paciente " antes de ver al médico.

El pago total se debe hacer al momento del servicio, salvo que antes se hayan hecho arreglos o que son proveedores de su compañía de seguros . Entonces usted es responsable de cualquier deducible , el costo social o servicios no cubiertos .

Un padre o tutor debe acompañar a los menores de edad. Cualquier tratamiento de emergencia no se le puede negar a los menores que no esten acompañados.

El seguro es un contrato entre usted y su compañía aseguradora. Nos archivo como una cortesía a nuestros pacientes. No vamos a participar en los conflictos entre usted y su compañía de seguros acerca de deducibles, copagos y los cargos cubiertos. USTED ES RESPONSABLE PARA EL PAGO PUNTUAL DE USTED CUENTA.

## **NO MANDAMOS A SEGUROS SECUNDARIOS**

Si su aseguradora requiere que usted obtenga un referido para ser visto por un especialista, su responsabilidades comunicarse con su médico de cabecera . PARA OBTENER LA REFERENCIA ANTE EL DOCTOR te ve. SI NO TIENE UNA REFERENCIA PARA SU VISITA / procedimiento, usted deberá pagar por su visita antes de ser vistos , O su cita tendrá que ser reprogramada .

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# Sergio J. Jacinto, M.D., P.A.

Pediatric Neurology

4507 N. Armenia Avenue – Tampa, FL 33603

Tel: 813-876-4100 – Fax: 813-876-4153

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar la información protegida sobre su salud. El aviso contiene una sección del paciente Derecho describiendo sus derechos bajo la ley. usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso , usted puede obtener una copia revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de solicitar que restringimos cómo infromation protegida sobre su salud sea utilizada o divulgada para tratamiento, pago o atención médica . No estamos obligados a acceder a esta restricción , pero si lo hacemos, vamos a honrar ese acuerdo.

Al firmar este formulario , usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de infromation de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica . Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento , por escrito , firmada por usted. Sin embargo, tal revocación no afectará a ninguna revelación que ya hayamos hecho en la dependencia en su consentimiento previo . La práctica proporciona esta forma para cumplir con la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA ) .

El paciente entiende que :

- Toda información médica puede ser revelada o utilizada para el tratamiento , pago u operaciones de atención médica
- La práctica tiene un aviso de prácticas de privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este Aviso
- Las reservas de práctica el derecho a modificar el anuncio de las Políticas de Privacidad
- El paciente tiene el derecho de restringir el uso de su información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo a las restricciones
- El paciente puede revocar este consentimiento informado por escrito en cualquier momento y todas las futuras revelaciones cesará entonces
- La práctica puede condicionar el tratamiento a la ejecución de este Consentimiento

Este consentimiento fue firmado por : \_\_\_\_\_

Escriba su nombre - Padre o Representante

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba su nombre

Le damos las gracias por ser un paciente de Sergio J. Jacinto , MD Debido a nuestros esfuerzos continuos para satisfacer las necesidades de todos nuestros pacientes , tenemos que darle a conocer algunas de nuestras políticas . **Por favor marque cada política que demuestre que usted ha leído y comprendido la política de cada uno . signo También, por favor escriba su nombre y en la parte inferior del formulario.**

**RESULTADOS DE SANGRE, CT, MRI:**

\_\_\_\_\_ Nos exigía que todos los pacientes a seguir con nuestro médico o enfermera para recibir los resultados de las pruebas ordenadas . Esto es necesario para que nuestro médico puede contestar cualquier pregunta que pueda tener con respecto al cuidado de su hijo , así como analizar el plan futuro andy / u opciones de tratamiento con usted . No vamos a llamar para dar resultados , a menos que haya algo que requiere atención inmediata.

**Si has perdido o cancelar una cita el mismo día:**

\_\_\_\_\_ Si usted tiene una cita con nuestra oficina y no puede asistir, debe dar aviso a nuestra oficina 24 horas. Si no recibimos una llamada para cancelar o reprogramar su cita, usted será responsable pagar \$35.00. Esto no está cubierto por su seguro y se debe pagar antes de la próxima visita. **Después de la tercera cita perdida, sin previo aviso , ya no podremos ser capaces de ofrecer la atención médica para su hijo.** Será dado de alta de nuestra práctica! Es su responsabilidad de recordar y mantener sus citas. Hacemos visita de cortesía cuando sea posible.

**HISTORIAL MÉDICO :**

\_\_\_\_\_ Historias clínicas de los pacientes copiado se cobrarán a 1 dólares por página. Usted tendrá que firmar una solicitud con el tiempo a fin de que sus archivos copiados. Sólo manejar registros los viernes , así que por favor sea consciente de ello. No vamos a ningún registro electrónico . Tienen que ser recogido en persona. Sólo los registros de fax a otros médicos involucrados en el cuidado de su hijo.

**Los Medicamentos:**

\_\_\_\_\_ Usted tiene que asistir a sus citas de seguimiento para segr resibendo sus medicamentos. Medicamentos de sustancias controladas no se puede llamar a la farmacia , tienen que ser recogidos personalmente en nuestra oficina. Por favor llame a la línea de la prescripción y siga las instrucciones. También, dale 3-5 días para las recetas para estar listo.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba su Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

# Sergio J. Jacinto, M.D., P.A.

Pediatric Neurology  
4507 N. Armenia Avenue – Tampa, FL 33603  
Tel: 813-876-4100 – Fax: 813-876-4153

## PACIENTE CUESTIONARIO

- I. Por favor escriba los miembros de la familia u otras personas , en su caso , a quien podrá informar acerca de enfermedad médica y su diagnóstico ( incluido el tratamiento , pago y operación de asistencia sanitaria ) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- II. Por favor escriba los miembros de la familia u otras personas importantes , en su caso , a los que puede informar sobre su condición médica **SÓLO EN CASO DE URGENCIA** :

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

- III. Por favor escriba la dirección de donde usted desea que su estados de cuenta y / o la correspondencia de nuestra oficina para ser enviado si no es su hogar.

\_\_\_\_\_

- IV. "Por favor, indique si desea que toda la correspondencia de nuestras oficinas enviar en un sobre sellado marcado "CONFIDENCIAL "

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- V. Por favor escriba el número de teléfono donde desea recibir llamadas sobre sus citas , de laboratorio y de rayos X resultados, u otra información de salud si no es que su hogar el número de teléfono : \_\_\_\_\_.

- VI. ¿Podemos dejar meassages confidencial ( por ejemplo, recordatorios de citas ) en su contestador automático de teléfono o correo de voz ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ (tutor si es menor de 18 años)

Escriba su nombre

Firma de Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sergio J. Jacinto, M.D., P.A

Pediatric Neurology

4507 N. Armenia Avenue – Tampa, FL 33603

Tel: 813-876-4100 – Fax: 813-876-4153

**La autorización para traer al paciente para tratamiento en ausencia de los padre y/o tutor legal.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con fecha de nacimiento de \_\_\_\_\_ autorizo la siguiente persona (s) para llevar a mi hijo mencionado anteriormente con el Dr. Sergio J. Jacinto, MD en mi ausencia.

Entiendo que esta carta da la siguiente (s) autorización individual para actuar en mi nombre en lo que respecta a la atención médica de mi hijo y para recibir y discutir cualquier y/o toda la información relacionada con el cuidado de mi hijo.

Autorizo a la siguiente persona (s) a dar su consentimiento a cualquier y/o todo el tratamiento médico según sea necesario y sugerido por el proveedor, y entiendo que la persona a continuación será el responsable de cumplir con cualquier obligación financiera que pueda resultar tratamiento.

**Persona (s) autorizado debe presentar I.D. al momento del servicio**

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Fecha de vigencia de la Autorización: \_\_\_\_\_

¿Caduca esto? \_\_\_\_\_ si no

Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

Firma del padre y / o tutor legal: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de padre y / o tutor legal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**\*\*\* Se requiere una copia de la identificación con este formulario \*\*\***

**SERGIO J. JACINTO, M.D.**  
**PEDIATRIC NEUROLOGY**

**INFORMACION DE LA FARMACIA**

❖ Nombre de Farmacia : \_\_\_\_\_

❖ Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

❖ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

❖ Numero de fax: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_