



**Kids' Medical Care**  
**Diana McLaughlin, MD**  
10661 Airport Road  
Suite 9  
Naples, FL 34109  
239-591-8481

Nombre: \_\_\_\_\_  
MR#: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PACIENTE

**POR FAVOR, RELLENE TODAS LAS CASILLAS Y MENSAJES**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Medio Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_ Sexo M o F: \_\_\_\_\_  
Dirección completa, Ciudad, Codico Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular #1: \_\_\_\_\_ Teléfono celular #2: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Conforme a la Ley Federal proporcione la siguiente información Usted puede rechazar respondiendo "no".  
Raza:  Etnia:  Lenguaje:

**Madre o Representante Legal**

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_  
SS#: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Licencia de Guiar #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**Padre o Representante Legal**

Nombre Del Padre: \_\_\_\_\_  
SS#: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Licencia de Guiar #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**Información de Contacto de Emergencia**

Por favor proporcione el nombre de alguien que no viva en su casa que podemos contactar en caso de una emergencia.  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Otro Telefono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Certifico que la información anterior es correcta en este momento. Yo notificare sin demora los cambios en la información anterior.

Fecha: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Nombre del Padre o Representante Legal: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_



**Kids' Medical Care**  
**Diana McLaughlin, MD**  
10661 Airport Road  
Suite 9  
Naples, FL 34109  
239-591-8481

Nombre: \_\_\_\_\_  
MR#: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **Consentimiento Para el Tratamiento:**

Queda de acuerdo y consentimiento para autorizar Diana McLaughlin, M.D., PA, D/B/A Kids' Medical Care, los médicos y el personal para proporcionar evaluación médica, tratamientos y servicios que pueden incluir, pero no limitándose a laboratorio, vacunas, medicamentos y salud proyecciones. Si el paciente es menor de dieciocho años o incapaz de dar su consentimiento al tratamiento, atestiguan tiene la custodia legal de la persona con nombre y estoy autorizado a iniciar y consentimiento para el tratamiento y legalmente autorizada a iniciar y su consentimiento al tratamiento en nombre de este individuo.

#### **Consentimiento de Pago y Asignación de los Beneficios:**

**Es imprescindible para todos los servicios en el momento que se PROCESAN el pago.**

Aceptamos pagos en efectivo, VISA y MasterCard. Sin embargo, Kids' Medical Care se compromete a aceptar la asignación de los beneficios para los pacientes en las redes de seguros participantes.

- ☒ Autorizo el pago a Diana McLaughlin, M.D., PA, D/B/A Kids' Medical Care de los beneficios quirúrgico o médico, si los hubiere, bajo los términos de seguros.
- ☒ Entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por el seguro incluyendo pero no limitado a copagos, coaseguro, deducibles, y servicios no cubiertos.
- ☒ Autorizo Kids' Medical Care para proporcionar y/o divulgar cualquier información a aseguradoras sobre enfermedades y tratamientos, adquiridos en el curso de mi examen y tratamiento, a fin de procesar mi reclamación de seguros. Esta orden permanecerá en vigor hasta revocado por mi escrito.
- ☒ Entiendo que Kids' Medical Care tiene derecho a ejercer acciones legales contra mí, garante o el seguro en la recuperación de todos los pagos adeudados incluyendo pero no limitado a honorarios, cobra tasas administrativas, mencionada interés, interés posteriores, costas judiciales y honorarios de abogados.
- ☒ Autorizo fotocopias de esta forma ser tan válida como la original.

#### **Aviso de Recepción de Prácticas de Privacidad:**

**Reconozco que estaba previsto con el aviso de prácticas de privacidad para Kids' Medical Care.**

**Impresión de los padres o**

**Nombre del tutor legal:** \_\_\_\_\_

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

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

**Relación:** \_\_\_\_\_



**Kids' Medical Care**  
**Diana McLaughlin, MD**  
10661 Airport Road  
Suite 9  
Naples, FL 34109  
239-591-8481

Nombre: \_\_\_\_\_  
MR#: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

### REGLAS DE LA OFICINA

TODAS LAS VISITAS DE OFICINA SON POR CITA SOLAMENTE.

TODOS LOS PACIENTES SIN CITAS SERAN VISTO A LA DISCRECION DE KMC.

TENGA EN CUENTA QUE LAS CANCELACIONES EL MISMO DÍA O NO PRESENTARSE ESTÁN SUJETAS A TARIFAS A DISCRECIÓN DEL GERENTE DE LA OFICINA PARA REPROGRAMAR O HACER UNA NUEVA CITA.

LLEGADA TARDE MAS DE 15 MINUTOS PUEDE RESULTAR EN UN CARGO DE CITA PERDIDA. CANCELACIONES MENOS DE 5 HORAS ANTES DE LA HORA DE LA CITA SON CITAS PERDIDAS. LOS PACIENTES CON 3 CITAS PERDIDAS PUEDEN SER DESCARGADOS DE LA PRÁCTICA.

TODOS LOS PAGOS, INCLUYENDO DEUDAS, COPAGOS Y DEDUCIBLES SE DEBEN ANTES DE LA VISITA AL CONSULTORIO.

CADA PACIENTE PUEDE RECIBIR UNA DH 3040 FORMA FÍSICA ANUALMENTE.

FORMAS FÍSICAS DH 3040 ADICIONALES= **\$10.00 CADA FORMA**

TODAS LAS OTRAS FORMA (excepto DH 680) = **mínimo de \$10.00 CADA FORMA**

TODAS LAS CARTAS ESPECIALES = **mínimo de \$40.00**

ENVIOS POR CORREO TENIA UN CARGO DE **\$1.00 y hacia arriba.**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE NO SE MANDA POR FAX SIN CONSENTIMIENTO LEGAL POR ESCRITO.

SOLICITUDES DE RECETAS; FORMAS DE INMUNIZACIÓN; FORMAS FÍSICAS ESCOLAR; O EXCUSAS DE LA ESCUELA REQUIEREN AVISO DE 24 HORAS.

LA OFICINA PUEDE ESTAR BAJO VIGILANCIA DE VIDEO Y AUDIO. CUALQUIER PACIENTE QUE DESFIGURA O MOLESTA LA OFICINA SERÁ DADO DE ALTA.

Yo certifico que recibí esta notificación. Yo acepto seguir las siguientes reglas. Reglas de Kids' Medical Care pueden cambiar sin aviso.

**Impresión de los padres o**

**Nombre del tutor legal:** \_\_\_\_\_

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

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

**Relación:** \_\_\_\_\_



**Kids' Medical Care**  
**Diana McLaughlin, MD**  
10661 Airport Road  
Suite 9  
Naples, FL 34109  
239-591-8481

Nombre: \_\_\_\_\_  
MR#: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TEXTO O EMAIL**

KIDS' MEDICAL CARE desea ofrecer le la mejor calidad de servicio. Ahora tenemos la capacidad de mandar texto para varias comunicaciones relacionadas con la salud. SOLO enviaremos un mensaje de texto con cualquier información de salud sobre su hijo con el consentimiento expreso por escrito. No recibiremos ningún mensaje de texto relacionado con ninguna pregunta médica. Usted tiene el deber de notificar a la oficina si su número de teléfono o correo electrónico ha cambiado. Solo enviaremos comunicaciones al último número de teléfono que tengamos en el archivo. Podemos usar texto para:

- Recordatorios de citas
- Recordatorios físicos anuales
- Recordatorios de vacunación
- Información general sobre la salud;
- Cuestionario de su experiencia;
- Y para ponernos en contacto para que nos llames.

Por favor de poner sus iniciales de su consentimiento:

Si \_\_\_ No \_\_\_ Yo doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto.

Si \_\_\_ No \_\_\_ Entiendo que yo puedo revocar este consentimiento por escrito solamente.

Si \_\_\_ No \_\_\_ Entiendo que no puedo comunicar información o preguntas médicas usando texto o email. Cualquier duda médica deberá ser comunicada por teléfono solamente.

Si \_\_\_ No \_\_\_ Tengo entendido que este servicio se proporciona sin costo pero su plan celular puede cobrar por mensajes de texto. Póngase en contacto con su plan telefonico para obtener más información.

Celular #1 \_\_\_\_\_ Celular #2: \_\_\_\_\_

Email #1: \_\_\_\_\_ Email #2: \_\_\_\_\_

**Impresión de los padres o**

**Nombre del tutor legal:** \_\_\_\_\_

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

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

**Relación:** \_\_\_\_\_



**Kids' Medical Care**  
**Diana McLaughlin, MD**  
10661 Airport Road  
Suite 9  
Naples, FL 34109  
239-591-8481

Nombre: \_\_\_\_\_  
MR#: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**IMPORTANCIA DE TENER SU PEDIATRA PRIMARIO**

Un médico de cabecera (PCP) es beneficioso para la salud de su hijo. Los investigadores de salud encontraron que los pacientes con un PCP tienen una mejor gestión de los problemas de salud y un mayor nivel de satisfacción con su cuidado.<sup>1</sup>

Kids' Medical Care (KMC) puede ayudarle a elegir un PCP pediátrico. Su PCP quiere ser su consejero para optimizar la salud de su hijo. Su PCP le ayudará a coordinar el cuidado de su hijo incluyendo cuidados preventivos y agudos. Con el tiempo, su PCP llegará a conocer a su hijo y será más hábil para detectar los problemas de salud más pronto y con mayor precisión.

KMC tiene un "equipo" que ayudará a proporcionar atención médica de calidad. KMC PCP se asegurará de que otros médicos en la práctica y los miembros del equipo también conozcan su historial médico. Todos los KMC PCPs son pediatras certificados. KMC habla español.

KMC hace un esfuerzo para acomodar citas preventiva dentro de unos pocos días. KMC hace un esfuerzo para acomodar todas las citas urgente dentro de 24 horas. KMC, rara vez, tiene una larga espera. KMC proporciona horas de oficina rutinarias, así como horas de oficina extendidas. Por lo tanto, hay muchas razones para aprovecharse de KMC para todas sus necesidades pediátricas.

Su PCP será capaz de proporcionar atención personalizada a su hijo. KMC no le recomienda el uso de lugares alternativos como salones de emergencias o clínicas de urgencia. Su aseguradora probablemente requiere exámenes físicos anuales realizados por su PCP. La visita habitual a KMC PCP le ayudará con el bienestar de su hijo, no sólo por el día de hoy, sino también por el futuro de su hijo.

**Elijo el siguiente PCP:**

*Por favor marque abajo*

\_\_\_\_\_ Diana McLaughlin, M.D.

**Impresión de los padres o**  
**Nombre del tutor legal:** \_\_\_\_\_

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

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

**Relación:** \_\_\_\_\_



**Kids' Medical Care**  
**Diana McLaughlin, MD**  
 10661 Airport Road  
 Suite 9  
 Naples, FL 34109  
 239-591-8481

Nombre: \_\_\_\_\_  
 MR#: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DAR CONSENTIMIENTO DEL TRATO DE MENORES**

SI POR ALGUNA RAZÓN DESEA DAR PERMISO PARA QUE CUALQUIER OTRA PERSONA QUE NO SEA EL PADRE O TUTOR LEGAL (ES DECIR, ABUELOS U OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA) LLEVE A SU HIJO A SU VISITA AL CONSULTORIO, INDÍQUELO EN EL CUADRO A CONTINUACIÓN.

Es importante que el padre/madre o tutor legal nos provea autorización previa para la atención médica de los menores de edad si los padres no pueden estar presentes al momento del tratamiento. Por favor, revise la siguiente autorización y complete la información si desea autorizar dicho tratamiento para su hijo(a) menor en avance. Tenga en cuenta que información de salud protegida puede ser compartida a la persona al cual el derecho y consentimiento ha sido delegado para facilitar decisiones informadas en cuanto al tratamiento del paciente.

**AUTORIZACIÓN**

- Tengo derecho legal para pre-autorizar esta oficina a proporcionar tratamiento médico a mi hijo(a).
- Solicito y autorizo esta oficina y a su equipo de salud a brindar atención médica a mi hijo que se enumeran a continuación.
- Tengo el derecho legal para delegar y otorgar tal consentimiento para la toma de decisiones a un tutor o responsable de mi hijo(a); el cual es un adulto y médicamente y legalmente competente para ejercer la autoridad así delegada.
- Tengo en cuenta que la información de salud protegida puede ser compartida con el tutor o responsable asignado para facilitar la toma de decisiones informadas de salud.
- No se debe considerar este formulario sin el asesoramiento de un abogado.
- Nombro a las siguientes personas como tutores o responsables para consentir a la atención médica urgente o no urgente para mi hijo(a).

**POR FAVOR, NO ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS PADRES DEL PACIENTE. LAS SIGUIENTES LÍNEAS SON PARA DAR PERMISO A ALGUIEN QUE NO SEA EL PADRE EN CASO DE QUE EL PADRE NO ASISTA A LA VISITA AL CONSULTORIO.**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Tel. #: \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Tel. #: \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_

**LIMITACIONES**

Identifique las limitaciones sobre los tipos de servicios médicos de esta autorización.  
 \_\_\_\_\_  
 Identifique las limitaciones sobre el tiempo de esta autorización.  
 \_\_\_\_\_  
 Si las limitaciones anteriores se dejan en blanco, será asumido que **NO** existen limitaciones.

**Impresión de los padres o Nombre del tutor legal:** \_\_\_\_\_

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

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

**Relación:** \_\_\_\_\_



**Kids' Medical Care**  
**Diana McLaughlin, MD**  
 10661 Airport Road  
 Suite 9  
 Naples, FL 34109  
 239-591-8481

Nombre: \_\_\_\_\_  
 MR#: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

**Solicitud de Acceso a la Información de Salud**

Yo doy autorización a Kids' Medical Care para el uso y divulgación de la información de salud enumerada. Yo doy autorización atención médica a Kids' Medical Care para compartir y recibir la información de salud enumerada:

\* \_\_\_\_\_ Todos registros médicos (incluidos los registros de facturación, fármaco dependencia de alcohol, información sobre salud mental, exámenes genéticos y VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual relacionadas con información),  
 0

\* \_\_\_\_\_ Solamente Registros Específicos: \_\_\_\_\_

**\* Información se recibe de:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**\* Información se manda a:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\* Motivo de la divulgación: \_\_\_\_\_ Transferencia \_\_\_\_\_ Conmoverdor \_\_\_\_\_ Litigación \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Fecha de caducidad de la autorización: \_\_\_\_\_ (si se deja en blanco, esta autorización caducará un año desde la fecha de firma).

Entiendo que yo puedo inspeccionar o solicitar copias de la información revelada por esta autorización de solicitud de divulgación en los 30 días siguientes a la recepción de dicha solicitud.  
 Entiendo que la producción de copias de los registros médicos requiere una amplia utilización de los recursos y podemos cobra una tarifa de acuerdo a la ley de Florida.  
 Entiendo que Kids' Medical Care tiene el mandato de mantener registros durante períodos específicos de tiempo conforme a la ley de Florida. Si su solicitud excede el período de tiempo requerido los registros médicos ya no estén disponibles.  
 Entiendo que mi información médica o facturación podría ser divulgada de nuevo y ya no están protegidos por las regulaciones de privacidad de información de salud federal, si los destinatarios de este formulario no están obligados por ley a proteger la privacidad de la información.  
 Entiendo que Kids' Medical Care tiene el derecho a denegar el acceso a la información médica conforme a la ley de Florida.  
 Entiendo que todos los registros médicos / facturación que contiene información relacionada con el **abuso de ALCOHOL, pruebas genéticas, salud MENTAL y información relacionada con VIH/SIDA/ETS** lanzará salvo indicación al contrario por encima.  
 Entiendo que yo puedo revocar esta autorización mediante notificación a Kids' Medical Care por escrito con el entendimiento de que la información divulgada previamente no estaría sujeta a mi solicitud de revocación.  
 Entiendo que permito negarse a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pago de servicios de salud o el derecho a percibir prestaciones.  
 Entiendo que tengo derecho a solicitar una copia de este formulario al momento de su firma.

\* **Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si padre o tutor legal, firmar a continuación y afirma su relación al paciente. Todos los representantes jurídicos distintos de los padres deben proporcionar identificación y un documento de la autoridad.

\* **Imprime el nombre del padre/tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\* **Firma del padre / Representante legal:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**\* ¡DEBE ESTAR COMPLETAMENTE LLENO!**