

PEDIATRIC PULMONARY CENTER

Kunjana Mavunda, M.D., M.P.H.
6280 S.W. 72ND STREET, SUITE 607
SOUTH MIAMI, FL 33143

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **Sexo:** _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal** _____

Telefono: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

Telefono Casa: _____ **Telefono Celular:** _____

Direccion de la casa (si es diferente) _____

Empresa donde trabaja _____

Telefono: _____ **Numero de Social:** _____

Fecha de Nacimiento: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

Telefono Casa: _____ **Telefono Celular:** _____

Direccion de la casa (si es diferente) _____

Empresa donde trabaja _____

Telefono _____ **Numero de Social:** _____

Fecha de Nacimiento: _____

IDIOMA NATIVO _____

NOMBRE DEL SEGURO MEDICO: _____

Typo de Seguro: HMO _____ PPO _____ Other _____

Nombre del Asegurado: _____ **Parentesco:** _____

ID # _____ **Grupo** _____

Numero de Social: _____

Tiene un Seguro Secundario? Si _____ No _____ (iniciales)

Tambien necesitamos copia de la tarjeta del seguro.

MEDICO DE CABECERA (PCP) o INSTITUCION QUE LO REFIERE

Nombre del medico/Institucion: _____

Telefono _____ **Fax** _____

Razon por la cual es referido _____

(1) Necesita CXR (2) Favor traer un referido en caso de que lo necesite (3) Historia Clinica



VERIFICACION DEL SEGURO

Fecha de Expedicion de la poliza _____ **Co-Pago** _____

Monto del Deducible _____ **Cubierto? Si** _____ **No** _____

Se requiere referido o autorizacion? Si _____ **No** _____

Indique las razones para la visita de hoy: _____;

HISTORIA CLINICA:

1. Cuando fue la ultima visita de su hijo al pediatria? _____
2. Su hijo ha estado alguna vez en la Sala de Urgencias? Si _____ No _____
3. Su hijo ha estado alguna vez hospitalizado? Si _____ No _____
En caso afirmativo, indique fecha, razon y hospital:

4. Su hijo ha padecido alguna enfermedad grave o se ha sometido a operaciones?

5. Su hijo esta tomando algun medicamento actualmente? _____
6. Su hijo ha tenido alguna reaccion alergica? _____
7. Si hijo ha recibido todas vacunas necesarias? Si _____ No _____
8. Algun miembro de su familia padece de:

Asma	Si__	No__	Alergias	Si__	No__
Problemas de sinusitis	Si__	No__	Neumonia	Si__	No__
Fibrosis cistica	Si__	No__	Tuberculosis	Si__	No__
Reflujo Gastrico	Si__	No__	Problemas de la piel	Si__	No__
Ulceras	Si__	No__	Ulceras	Si__	No__
Algun problema respiratorio	Si__	No__			
Alguna otra condicion	Si__	No__			
En caso afirmativo, favor de explicar:	Si__	No__			
9. Mas informacion: _____;

CESION Y LIBERACION DE RESPONSABILIDAD

Por medio de la presente autorizo el pago directo a la Dra. Mavunda de todas las prestaciones del seguro a pagarse por los servicios profesionales prestados. Entiendo que asuma la responsabilidad financiera respecto a todos los cargos, tanto aquellos amparados por el seguro como aquellos que no lo estan.

Autorizo a la Dra. Mavunda y a su personal para divulgar la informacion pertinente para el pago de las prestaciones. Autorizo el uso de esta firma para todo los documentos presentados a la empresa de seguros.

He leido toda la informacion que aparece en ambas caras de esta planilla y he completado las respuestas anteriores. Cerifico que la informacion suministrada es fiel y correcta según mi leal saber y entender. Les notificare de cualquier cambio en mi estado o respecto a la informacion anterior.

Firma de la parte responsable: _____ Fecha: _____