



**Información Del Paciente**

Apellido(s) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo  M  F  
 Mes/ Día /Año  
 Raza:  Afro-Americano  Asiático  Blanco  Indio Americano  
 Etnicidad:  Hispano  No Hispano

**Información de ambos Padres**

<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre
Nombre: _____	Nombre: _____
Teléfono de casa: _____ Cel: _____	Teléfono de casa: _____ Cel: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
# De seguro _____ Fecha de Nacimiento: _____	# de seguro _____ Fecha de Nacimiento: _____
Empleador: _____	Empleador: _____
Empleador Dirección: _____	Empleador Dirección: _____
Teléfono del trabajo: _____	Teléfono del trabajo: _____
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viuda
Email: _____	Email: _____

**Contacto De Emergencia (Otra persona aparte de la Persona Responsable de la Cuenta):**

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
 Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Numero celular \_\_\_\_\_

**Información De La Aseguranza**

	Primer Seguro	Segundo Seguro
Compañía de Seguro Medico:	_____	_____
Titular de Seguro:	_____	_____
Numero de Póliza:	_____	_____
Relación al Paciente:	_____	_____

**Firma de la Persona Responsable De La Cuenta**

Doy mi consentimiento al tratamiento medico del paciente cual incluyen los procedimientos de rutina y exámenes de sangre. Yo autorizo que den información del paciente para evaluar y procesar reclamos al Seguro medico de los servicios rendidos. Yo he leído y entendido el HIPPA Aviso De Practicas Privadas.

Yo autorizo que el seguro medico le paje directamente a la doctora. Si el paciente es menor de 18 anos, yo, como el asesor legal, autorizó tratamiento sin mi presencia si es acompañado(a) de unas de las personas en el *Delegación de Autoridad*. Estoy de acuerdo de ser responsable por todos los cargos de los servicios rendidos al paciente.

Al mejor de mi conocimiento, la información dada en este documento es precisa y verdadera. Yo entiendo que si no se da la información completa y precisa puede poner en riesgo la salud del paciente.

\_\_\_\_\_  
 Firma De la Persona responsable                      Fecha (mes/día/año)                      Firma del Testigo                      Fecha (mes/día/año)

Barbara Kaczmarska, MD FAAP  
880 Colloredo Blvd.  
Shelbyville, TN 37160



Phone 931.685.8111  
Fax 877.801.2703  
Account #: \_\_\_\_\_

## RECONOCIMIENTO de RESPONSABILIDAD FINANCIERA de CO-PAYS, DEDUCIBLES Y SERVICIOS NO-CUBRIDOS

La Dr. Kaczmarska y sus empleados siempre están trabajando para interpretar su plan de aseguranza de la mejor forma posible para informarle de los servicios que recibe los cubra su aseguranza y los que no cubre que tal vez se le administren al paciente durante un físico de rutina. Usted tiene la responsabilidad de entender su plan de beneficios. Le aconsejamos a usted que conozca bien su plan de beneficios y que se comuniqué con su coordinador de beneficios si tiene preguntas o necesita que se le aclare algo.

### Reconocimiento de Responsabilidad Financiera:

**Yo acepto pagar el co-pay en la fecha de servicio** excepto cuando mi aseguranza es responsable por el costo total.

Por todo plan de aseguranza que consiste de **deducibles y/o co-aseguranza**, nosotros seremos responsables de calcular el balance. **Ese balance se debe pagar en la fecha de servicio.**

Yo reconozco que algunos servicios rendidos durante un examen de rutina tal vez no los cubra mi plan de aseguranza. Estos servicios incluyen, pero no se limitan a, exámenes de visión y reviso si el paciente escucha bien, y vacunas. Yo entiendo que yo soy responsable por pagar todo servicio que mi aseguranza no cubre y acepto pagarlo todo en el día de servicio.

Yo reconozco que a mi no se me obligara pagar cantidades que sean los descuentos que ofrece la Dr. Kaczmarska.

Yo entiendo que tengo derecho de negar cualquier tipo de servicios que mi aseguranza cubra o no, con avisarle a la Dr. Kaczmarska, o a las enfermeras antes de la consulta. Con hacer esto, yo reconozco que esto a lo mejor va ir contra lo que me recomiende la Dr. Kaczmarska y sus deseos de hacer un examen completa.

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

Firma de Padre/Madre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Usted tiene o ha aplicado por TennCare?  Si  No



## HIPPA AVISO DE PRATICAS PRIVADAS

*ESTE AVISO TE DICE COMO LA INFORMACION MEDICAL ESTA USADO Y COMO UD. PUEDE VER ESTA INFORMACION.POR FAVOR LEER LO CON CUIDADO.*

Este te dice como usamos su informacion medical con proteccion para los tratamientos, pagos, o otras lugares de salud y otras cosas que estan permitads por la ley. Tambien te dice tus derechos de tener acceso y control de su informacion. Esta informacion es de Ud., incluyendo su direccion, cosas que te puede indentificar y que puede relatar su pasado, presente, o futuro salud de fisico o mental o otras servicios de salud.

**USOS DE SU INFORMCION DE SALUD:** Su informacion esta usado por la oficina, la doctora, y otras lugares que estan incluido en su tratamiento medical, como para pagar su cuenta y otras lugares permitadas por la ley.

**TRATMIENTOS:** Usamos su informacion para dar te servicios medicals por ejemplo si te manda con otra doctor tenemos que mandar su informacion a ellos asi ellos te puede dar te tratamientos. Tambien a los servicios que van a su casa para dar te los tratamientos.

**PAGOS:** Su informacion esta usado para mantener pagos de su seguridad. Por ejemplo tenemos que dar la informacion a la compania de seguridad para que ellos se lo aceptan si tenes que estan internada en el hospital.

**OPERACIONES DE SALUD:** Usamos su informacion si es necesario para mantener la practica de a doctora.Incluyendo actividades de empleo y entrenando estudiantis medical o otras cosas del negocio.Por ejemplo podemos dar la information a un estudiante que va a ver el paciente en la oficina, tambien cuando la doctora esta lista para ver el paciente te llaman por nombre, tambien usamos esta informacion para llamar te por una cita.

Puedemos usar su informacion sin permiso en esta ocasiones.Estos situaciones incluye: Permitada por la Ley,Salud de Publico cosas permitadas de la ley, Enfermedades Contegosos para la salud,Abuso o negligencia, Administracion de Comida y Drogas: Procedimientos de la Ley: Policia, Coroners, Directors de Funeral, y donaciones de organos. Por la ley tenemos que decir Usted y cuado se permita el Secretario del Departamiento de Salud y Servicios Humanos para investigar los casos que requerir Section 164.500.

Usted puede cancelar este autorizacion en cualquier tiempo, tiene que esta escrito, solamente si su doctor no hay tomado action como esta indicada en este aviso.

**SUS DERECHOS:** Lo que siguiente es un declaracion de sus derechos con respecto de su informacion de salud que esta protegeda. Usted tiene derechos de ver y sacar copias de su informacon de salud. Por la ley federal, sin embargo, no puedes ver estos records que sigue notas de sicologia, informacion que esta o va a estar usado en casos criminales o civiles para action de administracion y informacion de salud que esta protegeda por la ley.

Tienes derechos de poner restricciones en su informacion: Usted puede pedir que nosotros no podemos dar su information de ningun parte por el intencion de tratamiento, pagos, o operaciones de salud. Usted tambien puede pedir que nosotros no podemos dar su informacion a su familia o a sus amigos como esta escrito en este aviso.

Tienes que decir en su requisito quien no puede saber su informacion y que parte .

Usted tiene derechos de pedir comunicacion confiado de nosotros por otra telefono o otra lugar. Tienes derecho de pedir una copia de este aviso .

Puedes tener derechos de pedir de que su doctor cambia su informacion medical.Si nosotros decemos que entonces tienes derecho de peliar lo y a lo mejor podemos preparar un contestamiento y dar te una copia.

Usted tienes derecho de saber si tuvemos que dar su informacion es un caso . Nosotros tenemos derechos de cambiar este aviso si es necesario y podemos mandarte un copia por correo.

**QUEJAS:** Usted puede quejar a nosotros o el Secretario de de Salud y Servicios Humanos si pienses que nosotros violato sus derechos privados. Usted puede poner una manda con nosotros por la persona en cargo de estos cargos. Nosotros no van a desquitar de usted para quejar de nosotros.

Este aviso va a estar en efecto en o antes del 14 de Abril 2003.

Firma de Padre/Madre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_

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

Barbara Kaczmarska, MD FAAP  
880 Colloredo Blvd.  
Shelbyville, TN 37160



Phone 931.685.8111  
Fax 877.801.2703  
Account #: \_\_\_\_\_

## DELEGATION OF AUTHORITY

Date: \_\_\_\_\_

In my absence, the following person(s) have permission to obtain medical care for my child. I understand that I am responsible for all expenses incurred for my child's treatment. Dr. Barbara Kaczmarska or her delegate(s) may discuss my child's medical status with the designated person(s).

Child's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Designated Person(s):	Relationship to Child:	Phone Number:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
_____	_____	_____
Parent/Legal Guardian Signature		Date

## PATIENT ELIGIBILITY SCREENING RECORD Vaccines for Children (VFC) Program

Provider: Barbara F. Kaczmarska, MD

This child qualifies for vaccination through the VFC program because he / she:

(mark one box only)

- a. is enrolled in / eligible for TennCare
- b. does not have health insurance
- c. is American Indian or Alaskan Native
- d. None of the above

Barbara Kaczmarek, MD FAAP  
880 Colloredo Blvd.  
Shelbyville, TN 37160



Phone 931.685.8111  
Fax 877.801.2703  
Account #: \_\_\_\_\_

## RECORDS RELEASE REQUEST

Date: \_\_\_\_\_

Previous Doctor: \_\_\_\_\_

Hospital of \_\_\_\_\_

birth: \_\_\_\_\_

I hereby authorize the release of medical and immunization records for:

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_

Purpose of Disclosure: \_\_\_\_\_ Changing Doctors \_\_\_\_\_ Moving \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

In compliance with HIPPA Privacy Policies and Procedures, I am advised that this release may include information regarding communicable diseases such as Human Immunodeficiency Virus (HIV) and/or Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), psychiatry, drug, and/or alcohol abuse, unless specifically requested to omit. The requested medical records will be released in their entirety unless otherwise noted here \_\_\_\_\_

I ask that these records be released to:

**Kids Are Special**  
880 Colloredo Boulevard  
Shelbyville, TN 37160

I have the authority to request this information by virtue of being the patient's parent/legal guardian and have signed the release form below.

\_\_\_\_\_  
Parent/Legal Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date



**EVALUACION de SALUD**

**Información del Paciente**

Apellido(s) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo  M  F  
 ¿Las vacunas están al corriente?  Si  No Fecha del ultimo examen físico \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Información del Parto**

Estado o país del Parto \_\_\_\_\_ Problemas durante el parto/embarazó \_\_\_\_\_  
 Tipo de parto \_\_\_\_\_ Complicaciones después del parto \_\_\_\_\_  
 ¿El niño fue dado de alta con la madre? \_\_\_\_\_ ¿Si no por que fue? \_\_\_\_\_  
 Peso al nacer \_\_\_\_ lbs \_\_\_\_ oz Estatura \_\_\_\_\_ Estancia del bebe en el Hospital \_\_\_\_\_  
 Resultados de la evaluación de oído echo en el hospital \_\_\_\_\_  
 Doctor que asistió al parto \_\_\_\_\_ Quien es el pediatra del niño \_\_\_\_\_

**Historial Medico**

Esta en tratamiento para un tipo de enfermedad	Describe
Esta tomando medicina	Cual es el nombre de la medicina <span style="float: right;">Dosis</span>
Tiene Alergias	Comida / Ambiente / Medicamentos
Hospitalizaciones	Describe <span style="float: right;">Fecha</span>
Cirugías	Describe <span style="float: right;">Fecha</span>
Heridas / Accidentes	Describe <span style="float: right;">Fecha</span>
Enfermedades significativas	Describe <span style="float: right;">Fecha</span>
Sexualmente activo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si usted marco "si." ¿Cual es su método de contracepción?
Tiene Una Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si usted marco "si", descríbala:

**El paciente tiene hoy, o ha tenido una de estas condiciones?**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desordenes de Comportamiento | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones         | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado                   |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxis                   | <input type="checkbox"/> Hemorragia                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Pulmón                   |
| <input type="checkbox"/> Anemia                       | <input type="checkbox"/> Desmayo/Mareo                    | <input type="checkbox"/> Válvula Artificial del Corazón          |
| <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno               | <input type="checkbox"/> Válvula de Mitral Prolapsada     | <input type="checkbox"/> Paperas - Edad _____                    |
| <input type="checkbox"/> Asma                         | <input type="checkbox"/> Sordera                          | <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico                |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de Sangre       | <input type="checkbox"/> Soplos                           | <input type="checkbox"/> Fiebre de Reumatoides                   |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre        | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos/Enfermedades | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Células Falciformes       |
| <input type="checkbox"/> Fácil de Mostrar Moretes     | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C                | <input type="checkbox"/> Problemas de senos paranasales          |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                       | <input type="checkbox"/> Presión Alta o Baja              | <input type="checkbox"/> Problemas de piel/Eczema                |
| <input type="checkbox"/> Sarampión _____              | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia                     | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Tiroides                |
| <input type="checkbox"/> Ampollas/Fuegos              | <input type="checkbox"/> Ictericia                        | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Estomago o de Intestino |
| <input type="checkbox"/> Medicina de Cortisona        | <input type="checkbox"/> Desordenes de Rodillas/Huesos    |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Riñón/Vejiga     |  |



### EVALUACION de SALUD

#### Análisis de Laboratorio (si es aplicable)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pruebas de Plomo en la Sangre Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Prueba de Metabolismo | Fecha: _____                               |
| <input type="checkbox"/> Sangre hgb/hct                             | Fecha: _____                                   | <input type="checkbox"/> Análisis de Orine |
| Fecha: _____  |  | Fecha: _____                               |
| <input type="checkbox"/> Colesterol                                 | Fecha: _____                                   | <input type="checkbox"/> Análisis          |
|   |  | Fecha: _____                               |

#### Historia de Salud Familiar

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo             | <input type="checkbox"/> Adicto/a a drogas               | <input type="checkbox"/> Retraso Mental               |
| <input type="checkbox"/> Anemia                  | <input type="checkbox"/> Eczema                          | <input type="checkbox"/> Obesidad                     |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno                  | <input type="checkbox"/> Convulsiones                 |
| <input type="checkbox"/> Defectos de Nacimientos | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón        | <input type="checkbox"/> Enfd. de Células Falciformes |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> Presión Alto o Bajo             | <input type="checkbox"/> Ataque Cerebral              |
| <input type="checkbox"/> Sordo/a                 | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón o Vejiga | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides        |
| <input type="checkbox"/> Depresión               | <input type="checkbox"/> Dificultad de Aprendizaje       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Otros _____                     |   |

#### Historia Social / Cultural

Nombre de Escuela \_\_\_\_\_ Nivel de Grado \_\_\_\_\_  
Idioma Hablada en Casa \_\_\_\_\_ # de Familiares o Conocidos Que Viven En Casa \_\_\_\_\_  
Persona Quien Se Encarga del Niño/a \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

	Nombre	Lugar de Empleo	Edad
Madre			
Padre			
Hermano/a			
Hermano/a			
Hermano/a			
Hermano/a			
Otro			
Otro			

#### Historia de Ambiente

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Uso de Tabaco             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Expuesto a Humo de Tabaco | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Gato             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Otro Tipo de Mascota      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Perro            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Que Tipo _____                                     |   |

#### Comentario (para medico)

---



---



---



---

Firma de Medico \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_