



¡BIENVENIDO A SUNSHINE PEDIATRICS!

En Sunshine Pediatrics nos complace darles la bienvenida a usted y a sus hijos. Los niños son una bendición y nos honra cuidarlos con usted en su camino por la vida, desde la cuna hasta la universidad.

Nuevos padres: ¡El gran día!

Si está planeando dar a luz a su bebé en un centro de maternidad o parto en casa con una de nuestras parteras afiliadas, simplemente infórmeles que ha elegido a Sunshine Pediatrics como su pediatra. Esto permite enviar la documentación correspondiente a Sunshine Pediatrics sobre el nacimiento de su bebé. Llame a la oficina **dentro 24 horas del** nacimiento de su bebé para programar una cita con uno de nuestros proveedores. Prepárese para ser atendido dentro de las 48 horas posteriores al parto.

Si estás planeando un aparto en el hospital, simplemente informe al personal del hospital que ha elegido Sunshine Pediatrics, con el Dr. Richard Rodriguez como pediatra de su recién nacido. Esto permite enviar la documentación correspondiente a Sunshine Pediatrics sobre el nacimiento de su bebé. Una vez que le den el alta, comuníquese con nuestra oficina para programar una cita con uno de nuestros profesionales. Prepárese para ser atendido dentro de 3 a 5 días después del parto (a menos que el hospital lo especifique).

Horario de oficina:

Lunes, miércoles, viernes

De 8 a 17 horas

Martes y jueves *varía según la disponibilidad del proveedor*

De 8 a 19 horas

De 5pm a 6pm es reservado para personas sin cita previa

De 6pm a 7pm es reservado para visitas de bienestar de pacientes establecidos

Citas para niños sanos y para niños enfermos están disponibles todos los días.

Por favor programe cualquier visita de control de niño sano 24 horas antes de la hora solicitada.

Las visitas por enfermedad se pueden realizar para citas el mismo día.

Equipo:

- Por favor llegue 15 minutos antes de cada cita para completar el proceso de check-in.
- Hay un margen de 15 minutos si llega tarde. Después de ese tiempo, su cita se re programará con un cargo de \$35. Por favor, avísenos con 24 horas de anticipación de cualquier cambio en la cita.
- 12 visitas durante los 2 primeros años de vida; te pedimos que vengas a todas ellas, incluso si tu hijo está bien.

Fuera del horario laboral: solo asuntos de EMERGENCIA/URGENCIA

- Llame a la oficina, siga las instrucciones y deje un mensaje detallado. REPITA SU NÚMERO DE TELÉFONO, por favor.
- *Cualquier problema que no sea urgente puede estar sujeto a un cargo.* Las llamadas telefónicas fuera del horario de atención NO son para consultas sobre seguros, concertar o cancelar citas, renovar recetas, etc.

Recién nacidos:

- Medicaid está disponible para recién nacidos. Aceptamos Plan comunitario de Unitedhealthcare y Sunshine Health.
- Te recomendamos madres para buscar servicios de lactancia, consulte a su proveedor para obtener más información.

Seguro:

- Aceptamos tanto Medicaid como seguros comerciales.
- Llama a tu seguro el día que nazca el bebé para añadir al bebe a una política.
 - Sunshine Pediatrics es un paciente ambulatorio por lo que la regla de los 30 días no se aplica a esta oficina.
- \$200 Se recogerán en el momento de la visita hasta el bebe Tiene seguro médico activo (dentro de la red) en nuestro sistema. El reembolso se emitirá una vez que recibamos el pago del seguro.
- Si el niño es incluido en un HMO con el que no estamos dentro de la red, **no se emitirá ningún reembolso.**
- Haga seguimiento con el departamento de recursos humanos de sus empleadores.

Apto para vacunas:

- Sunshine Pediatrics recomienda que se vacunen niño, pero si decide no hacerlo, honramos respetuosamente su decisión.
- Conozca su propio calendario de vacunación y comprenda cada vacuna.
- Consulte la política de vacunación adjunta.

Formularios:

- \$5 (cada uno) por formularios entregados fuera de su visita de bienestar; conserve una copia maestra para sus registros.
- Si alguien que no sea el tutor legal trae al niño, necesitamos un formulario notariado.
 - Disponible en nuestro sitio web o en la oficina.
- Si se transfiere a nuestra práctica, solicitamos que los registros médicos se envíen por fax o nos los entreguen ANTES de programar cualquier cita.
 - Formulario de solicitud/autorización médica disponible en nuestro sitio web o en la oficina.



Registro de pacientes

Paciente:

Apellido _____ Nombre de pila _____ Inicial del segundo nombre _____
Sexo: M ____ F ____ Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____
Dirección de envío _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono de casa _____
Raza/Etnicidad: ☐ Caucásico ☐ Afroamericano ☐ Hispano ☐ Asiático Americano ☐ Otro
Idioma preferido _____ Recomendado por _____

Hermanos: Nombre Sexo Fecha de nacimiento Número de Seguro Social

Médico anterior _____ **Nombre y número de la farmacia** _____

Madre:

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección postal (enumerar si es diferente) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono celular _____
Número de Seguro Social _____ Estado civil _____
Dirección de correo electrónico _____

Padre:

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección postal (enumerar si es diferente) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono celular _____
Número de Seguro Social _____ Estado civil _____
Dirección de correo electrónico _____

¿Quién es responsable financieramente del paciente (garante)? _____

Contacto de emergencia

Nombre _____ Parentesco _____ Número _____

Información del seguro

Seguro Primario

Nombre de la compañía de seguros _____ Número de teléfono _____
Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Identificación del asegurado/# de póliza _____ Grupo _____
Titular principal de la póliza _____ Tipo de póliza ☐ HMO ☐ PPO ☐ PPC ☐ Otro _____

CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del paciente impreso _____ Fecha _____

Por la presente, autorizo la divulgación o el uso de mi información médica individual identificable («información médica protegida») y de la información de mi historial médico, o la del paciente, por parte de Sunshine Pediatrics of Central Florida (la «clínica») para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Debe consultar el Aviso de Prácticas de Privacidad de la clínica para obtener una descripción más completa de la posible divulgación y uso de dicha información, y tiene derecho a revisar dicho Aviso antes de firmar este Formulario de Consentimiento.

Si permite que un tercero que no sea uno de los médicos o el personal de nuestro consultorio esté en la sala de exámenes mientras uno de nuestros médicos o personal está examinando al paciente o analizando la atención, el tratamiento o la condición médica del paciente con usted, al firmar este formulario de consentimiento, usted está consintiendo la divulgación de su información médica protegida a ese tercero.

El Consultorio se reserva el derecho de modificar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Si modificamos los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad, puede obtener una copia del Aviso revisado.

Usted conserva el derecho a solicitar, por escrito, que restrinjamos aún más la divulgación o el uso de la información médica protegida del paciente para llevar a cabo nuestro tratamiento, pago o atención médica. Nuestro consultorio no está obligado a aceptar dichas restricciones solicitadas; sin embargo, si las aceptamos por escrito, estas serán vinculantes para el consultorio.

Se me ha brindado la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad del consultorio en la sala de espera y entiendo que puedo recibir una copia si la solicito.

Firma (padre/tutor)

Nombre impreso (padre/tutor)

Fecha

Reconozco y acepto que el consultorio puede divulgar mi información médica protegida y la información de mi historial médico (la del paciente) a las siguientes personas (que no sean mis padres): **(Por favor, ponga sus iniciales en la línea y escriba el nombre de la persona)**

___ Cónyuge (que no sea el padre/madre del niño) _____

___ Abuelo/ _____

___ Tutor legal _____

___ Otro _____

Acepto que el consultorio también pueda divulgar los siguientes tipos de información contenida en el historial médico del paciente.

☐	Información médica general	☐	Abuso de drogas y alcohol
☐	Información financiera	☐	Laboratorios/Pruebas de diagnóstico
☐	Información psiquiátrica	☐	Información sobre el embarazo si la paciente es menor de 18 años

Acepto y doy mi consentimiento para que el consultorio me divulgue información de las siguientes maneras alternativas. **(Por favor, coloque sus iniciales en los espacios correspondientes a continuación):**

___ Por correo postal ___ Por teléfono ___ Por contestador automático de casa ___ Por correo electrónico

El consultorio puede negarse a tratarlo si usted o su representante autorizado no firman este formulario de consentimiento. Si revoca este formulario de consentimiento (puede hacerlo por escrito) después de firmarlo, el consultorio tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento adicional.

He leído y comprendido la información de este consentimiento. Soy consciente de que puedo solicitar una copia de este consentimiento y soy la persona autorizada del paciente para actuar en su nombre y firmar este documento que verifica su consentimiento a los términos anteriores.

Firma (padre/tutor)

Nombre impreso (padre/tutor)

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN O TRATAMIENTO

El abajo firmante por la presente consiente cualquier evaluación o tratamiento que el proveedor de atención médica asignado considere necesario.

CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

Por la presente, autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Sunshine Pediatrics of Central Florida. Entiendo y acepto que, independientemente de mi situación financiera, soy responsable del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado.

Facturamos únicamente a la aseguradora principal con la que tenemos contrato y se espera que el paciente conozca su cobertura. Entiendo que si mi seguro no paga mi cuenta en su totalidad dentro de los 60 días posteriores a la fecha del servicio, soy responsable del pago total.

Actualmente, no facturamos seguros secundarios. Si tiene dos seguros, podemos proporcionarle la documentación necesaria para presentar una reclamación a su seguro secundario.

POLÍTICAS FINANCIERAS

El pago de toda la atención médica es debido al momento del servicio.

En caso de padres divorciados, la responsabilidad y el pago recaerá en el garante que traiga al niño para el tratamiento. El pago de copagos, deducibles, coaseguros o cualquier otro saldo no cubierto por su compañía de seguros es adeudado antes del tratamiento.

Hay una Tarifa de \$35 por cheque devuelto por cualquier cheque devuelto sin pagar a través del banco de Sunshine Pediatrics.

Entiendo que, en caso de incumplimiento, soy responsable de cualquier costo incurrido en el cobro de las cuentas de los pacientes, actualmente el 35% del saldo, así como los honorarios razonables de abogados y los costos judiciales.

Durante el curso de su tratamiento, podrían producirse cargos separados por servicios de laboratorio, hospitalarios u otros servicios no ofrecidos directamente por esta oficina. Nuestra oficina no es responsable de facturar estos servicios. Es posible que reciba facturas por separado de estos centros. Si tiene alguna pregunta sobre sus cargos, comuníquese directamente con ellos.

Entiendo y acepto cumplir con la política financiera de Sunshine Pediatrics of Central Florida.

Firma (padre/tutor)

Nombre impreso (padre/tutor)

Fecha

POLÍTICAS DE LA OFICINA

Brindamos a nuestros pacientes un servicio telefónico fuera de horario para casos de emergencias médicas. **Si necesita programar o cancelar una cita, comuníquese con nuestro departamento de facturación o con una enfermera. Hágalo durante el horario de atención habitual, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.** El abuso del servicio fuera de horario por cualquier motivo que no sea una emergencia puede resultar en una tarifa **no negociable**.

Para renovar sus recetas, tenga a mano su La farmacia envía por fax una solicitud de recarga a nuestra oficina y el procesamiento demora 3 días. No llame al teléfono ni a la enfermera fuera del horario de oficina para solicitar resurtidos.

Como cortesía tanto para nuestros proveedores como para otros pacientes, le pedimos que se comunique con nuestra oficina de inmediato si va a llegar tarde a su cita programada. Si llega con más de 15 minutos de retraso, su cita se cancelará y se re programará.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

La ley exige un cargo estándar por la transferencia de historiales médicos. Tenga en cuenta que la solicitud de transferencia de historiales médicos puede tardar hasta 5 días en procesarse. Para una transferencia de historiales entre médicos, no hay cargo asociado la primera vez. Después de eso, la transferencia de historiales médicos tendrá un costo de \$1 por página.

Para los formularios escolares y de guardería, se requiere una tarifa fija de \$5 al momento de la recogida. Estos formularios se conocen como formularios azules y amarillos. Como cortesía, se completarán sin costo durante el chequeo de rutina.

Para las derivaciones de pacientes, el plazo de entrega es de 5 días, ya que la derivación de un médico puede tardar hasta 3 días en procesar la autorización del seguro. Si una derivación está pendiente de autorización, podría ser necesario reprogramar una cita.

POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN/CANCELACIÓN EL MISMO DÍA/ENTRADA SIN CITA

Nuestra oficina se reserva el derecho de cobrar las siguientes tarifas para reprogramar sus citas o procedimientos.

Si no llega a tiempo a su cita, la cita se re programará y se aplicará una tarifa.

Las inasistencias excesivas (más de 4), las llegadas tardías o las cancelaciones el mismo día de citas pueden resultar en su alta del consultorio.

Tipo de cita	Cantidad	Aviso necesario
Visita al consultorio (por enfermedad)	\$35	24 horas
Visita al consultorio (de bienestar o de comportamiento)	\$50	48 horas

Este cargo no está cubierto por el seguro y, por lo tanto, será responsabilidad del paciente/padre.

Firma (padre/tutor)

Nombre impreso (padre/tutor)

Fecha



TARIFAS PARA RECIÉN NACIDO

Todas las visitas, hasta que podamos verificar que la cobertura del seguro del recién nacido esté activa, se pagarán por cuenta propia. Una vez verificada la cobertura activa, enviaremos las reclamaciones a su compañía de seguros. Tras recibir los pagos del seguro, se reembolsará a los padres el importe original del pago, menos los copagos, deducibles y coaseguros.

TODOS LOS BEBÉS QUE NACEN EN HOSPITAL, CENTRO DE PARTO O DOMICILIO:

PRIMERA VISITA DENTRO DE 24 HORAS	\$200.00
VISITA DE BIENESTAR DE 3 A 5 DÍAS	\$200.00
VISITA DE BIENESTAR DE 2 SEMANAS	\$160.00

PROCEDIMIENTO DE CIRCUNCISIÓN

PACIENTE ESTABLECIDO DE SUNSHINE PEDIATRICS CON SEGURO PRIVADO: \$380.00

(Le facturamos a su compañía de seguros por este procedimiento 30 días después. Si su compañía de seguros nos reembolsa, le emitiremos un cheque o pondremos el pago del procedimiento como crédito en su cuenta. No facturamos a Medicaid por este procedimiento.)

PROCEDIMIENTO DE FRENOTOMÍA (corbata de lengua)

PACIENTE ESTABLECIDO DE SUNSHINE PEDIATRICS: \$240.00

(Este procedimiento debe realizarse por separado y no se puede combinar con la visita de bienestar)

Este procedimiento se puede facturar a un seguro privado o Medicaid.



PÓLIZAS DE SEGURO PARA RECIÉN NACIDO

El pago se realizará en el **hora del servicio** para todas las visitas de recién nacidos hasta que podamos verificar la elegibilidad del paciente en su plan de seguro.

- Aceptamos todos los planes comerciales, por favor seleccione al Dr. Richard G Rodriguez como su PCP.
- Para el mercado y Medicaid: verifique con su seguro que el Dr. Richard G Rodriguez está en la red con su seguro, ya que no somos responsables de conocer todos los planes de seguro disponibles y fuera de contacto También, verifique que el Dr. Richard G. Rodriguez sea su médico de cabecera seleccionado antes de TODAS sus citas.
- Las HMO de Medicaid con las que trabajamos son Humana y Sunshine Health. Una vez verificada la cobertura, el departamento de facturación facturará todas las reclamaciones al seguro y se le reembolsará los pagos realizados.

NOTA: A los reembolsos se les descontarán los montos correspondientes a copagos, coaseguros y deducibles. Si el seguro no está dentro de la red o no podemos facturar, no se emitirá ningún reembolso.

Sunshine Pediatrics únicamente factura **una póliza de seguro**. Si agregamos a su bebé a dos pólizas, solo facturamos el seguro principal (que se rige por la regla de cumpleaños: quien cumple años primero en el año se considera el garante del seguro principal).

Las circuncisiones son un procedimiento **electivo**. Por lo tanto, requerimos el pago de este procedimiento al momento del servicio. Posteriormente, se enviará a su seguro una vez que el bebé esté activo. Si recibimos el pago de la compañía de seguros, se le reembolsará de inmediato.

Por la presente, **conceder permiso** Autorizo a Sunshine Pediatrics of Central Florida a divulgar cualquier información pertinente a mi compañía de seguros si así lo solicita, y autorizó el pago directo a Sunshine Pediatrics of Central Florida. Una fotocopia estática de esta autorización tendrá la misma validez y eficacia que el original.

Firma del padre/tutor/garante:

Letra impresa del padre/tutor/garante:

Fecha:



SUNSHINE PEDIATRICS OF CENTRAL FLORIDA

Dr. RICHARD RODRIGUEZ

210 LOOKOUT PL, MAITLAND, FL 32751

TELÉFONO 407-215-0400 FAX 407-215-0402

POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITAS MÉDICAS / NO PRESENTACIÓN

Gracias por confiar su atención médica a Sunshine Pediatrics. Al programar una cita con nosotros, reservamos el tiempo suficiente para brindarle una atención de la más alta calidad. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible, a más tardar 24 horas antes de su cita programada. Esto nos da tiempo para programar citas para otros pacientes que puedan estar esperando.

Consulte nuestra política de cancelación de citas / no presentación a continuación:

1. A **\$35.00** Se aplicará un cargo por no presentarse a cualquier visita por enfermedad Cita perdida no cancelada con 24 horas de aviso.
Visitas de bienestar/Controles médicos/Visitas de comportamiento Necesita un aviso de cancelación de 48 horas o **\$50.00** Se aplicará un cargo por no presentarse o cancelar el mismo día.
2. A las 2 Si no se presenta, recibirá una llamada o un correo electrónico del gerente de la oficina para recordarle sobre un 3 Política de despido por no presentarse.
3. A las 3 En caso de no presentarse, el paciente recibirá una carta de despido con un formulario de registros médicos para encontrar una nueva práctica pediátrica.

Como cortesía, cuando el tiempo lo permite, enviamos recordatorios para sus citas. Si no recibe un recordatorio, la política anterior seguirá vigente. Entendemos que, en ocasiones, puede ocurrir una emergencia imprevista que le impida asistir a su cita programada. Si se encuentra en alguna de estas circunstancias, por favor, comuníquese con nuestro gerente de oficina.

Puede comunicarse con Sunshine Pediatrics de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al número indicado anteriormente. (Si llama durante el fin de semana para cancelar una cita el lunes, deje un mensaje de voz y no le cobraremos nada. Si se deja un mensaje de voz el lunes por la mañana, la política se mantiene).

He leído y comprendido la POLÍTICA DE CANCELACIÓN/NO PRESENTACIÓN DE CITAS MÉDICAS y acepto sus términos.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente: _____



SUNSHINE PEDIATRICS OF CENTRAL FLORIDA

Dr. RICHARD RODRIGUEZ

210 LOOKOUT PL, MAITLAND, FL 3251

TELÉFONO 407-215-0400 FAX 407-215-0400

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CONFORMIDAD CON LA SECCIÓN 456.51 DE LOS ESTATUTOS DE FLORIDA REQUISITOS DE CONSENTIMIENTO/EXPLICACIÓN DEL ALCANCE DE LA ATENCIÓN

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda que todos los niños y adolescentes se sometan a una visita anual de control, donde se realizan evaluaciones y un examen físico completo. Un componente de un examen físico completo es la inspección y palpación de los genitales externos para asegurar un desarrollo normal, apropiado para la edad, y documentar la ausencia de anomalías. Le informaremos verbalmente a usted/al paciente antes de realizar esta parte del examen, ya que sabemos que es un tema delicado, pero necesitamos asegurarnos de que cada paciente haya sido evaluado adecuadamente. Además, si un niño o adolescente presenta molestias que podrían atribuirse al área genital o al recto, es posible que debamos examinar los genitales o realizar un tacto rectal para garantizar un diagnóstico preciso. Florida ha aprobado una nueva ley que exige que cualquier profesional de la salud que examine o trate la región pélvica de un paciente obtenga un consentimiento por escrito. **Aunque NO realizamos exámenes de ovarios, útero ni trompas de Falopio en nuestras consultas, dada la amplia definición de "examen pélvico" en la legislación recientemente aprobada en Florida, por precaución, optamos por obtener el consentimiento de cada paciente o de su representante legal para el examen de los genitales externos. Este consentimiento se aplica independientemente del género.** Nuestro examen, procedimientos y forma de práctica *no tiene y no lo hará Cambio* independientemente de la nueva ley. Continuaremos realizando nuestros exámenes físicos como siempre, pero cumpliendo con el nuevo requisito de consentimiento.

CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN DE LOS GENITALES EXTERNOS

Al firmar a continuación, el paciente (o su representante legal) reconoce que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el examen de genitales externos antes de firmar el Consentimiento Informado y que ha aceptado voluntariamente que un profesional de la salud le realice dicho examen. Si el paciente no puede firmar este consentimiento informado, este formulario será firmado por la persona autorizada para otorgar el consentimiento en su nombre.

Según la ley de Florida, antes de realizar un examen pélvico, se debe obtener el consentimiento. Si bien no realizamos exámenes pélvicos internos en nuestro consultorio, los siguientes componentes están incluidos en la ley de Florida y pueden realizarse durante este examen:

- Examen de los genitales externos, incluidos el pene, el escroto, la vagina y/o los labios.
- Examen del área perineal o del recto
- Toma de temperatura rectal en un bebé
- Evaluación de adherencias labiales o adherencias del prepucio del pene

Los RIESGOS del examen incluyen (pero no se limitan a): molestias.

Los RIESGOS asociados con no someterse o negarse a someterse a los elementos del examen anteriores incluyen: la incapacidad de obtener un diagnóstico y/o demora en el diagnóstico de una condición médica, la incapacidad del proveedor de atención médica de tener información precisa y completa necesaria para tratar adecuadamente al paciente y la posibilidad de infección en situaciones en las que el proveedor no puede tomar la temperatura rectal.

Las ALTERNATIVAS **RAZONABLES** Incluir una negativa a la evaluación de la intervención. En tal caso, la toma de decisiones compartida entre el paciente y su profesional sanitario es vital para garantizar la salud y el bienestar.

El **BENEFICIOS** incluye la capacidad de obtener un diagnóstico de una condición médica y la capacidad de los proveedores de atención médica de tener información precisa y completa necesaria para tratar adecuadamente al paciente.

Este consentimiento está en regla y no caduca hasta que se revoque y se firme y se archive una negativa. Si tiene alguna pregunta, consulte con su profesional de la salud de Sunshine Pediatrics.

Reconozco que este consentimiento se otorgó de forma voluntaria. Al firmar a continuación, confirmo que he leído, comprendido completamente y doy mi consentimiento para que Sunshine Pediatrics of Central Florida realice un examen pélvico. También reconozco que entiendo la información de este formulario, incluyendo el propósito, los riesgos y los beneficios del examen pélvico, y que he respondido a mis preguntas.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor/representante legalmente autorizado o paciente mayor de 18 años: _____

Nota: Los menores que soliciten examen y tratamiento para enfermedades de transmisión sexual pueden dar su consentimiento para dicho tratamiento de acuerdo con la Ley de Florida.



Sunshine Pediatrics Vaccination Policy

Los profesionales de la salud de este consultorio recomiendan el calendario de vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, que también es avalado por la Academia Estadounidense de Pediatría. No hay evidencia de que este calendario de vacunación no sea lo mejor para la mayoría de los bebés. Sin embargo, comprendemos la preocupación de los padres por la administración de tantas vacunas. Como profesionales de la salud, enfatizamos la importancia de que los padres estén informados sobre la salud basada en la evidencia y la seguridad de sus hijos. Es nuestro trabajo informar a los padres sobre la protección disponible para sus hijos contra enfermedades prevenibles. Una vez que hayamos hecho todo lo posible por informar a los padres, es su responsabilidad tomar decisiones sobre la atención médica preventiva de sus hijos. Entendemos las preocupaciones de los padres y, si se sienten más cómodos siguiendo un calendario de vacunación alternativo, estamos dispuestos a colaborar con ellos. Creemos en la elección informada, la responsabilidad personal y el respeto a la decisión de los padres.

DICHO ESTO, tenga en cuenta que no podemos falsificar ni violar la LEY DE FLORIDA:

- Si decide no vacunarse o seguir un programa retrasado, debe firmar el formulario de “Rechazo a vacunar” de la Academia Estadounidense de Pediatría en todas y cada una de las visitas de control del niño.
- No podemos entregarle un formulario FL 680 a menos que su hijo esté completamente actualizado según el calendario de vacunación de los CDC/AAP.
- No emitimos ni podemos emitir una exención médica de las vacunas a menos que tengamos documentación científica clara de la necesidad de una exención médica.
- No otorgamos ni podemos otorgar exenciones religiosas. Debe acudir al departamento de salud de su condado para obtener una exención religiosa.
- Por favor, no nos pida que violemos o falsifiquen la LEY DE FLORIDA. Presionarnos para que violemos o falsifiquen la ley de Florida puede resultar en que su(s) hijo(s) sea(n)...descargado de nuestro cuidado.

Si está siguiendo un calendario de vacunación diferido o alternativo al recomendado por los CDC/AAP, podemos proporcionarle un formulario 687, que básicamente es un registro de las vacunas que ha recibido su hijo. Este formulario es solo un registro; no es el formulario FL 680 que certifica que el niño está al día con sus vacunas según las recomendaciones de los CDC/AAP y las regulaciones del estado de Florida.

Para aclarar la diferencia entre el formulario FL 680 y el FL 687: el FL 680 es un certificado emitido por el proveedor de atención médica que acredita que el niño está al día con las regulaciones del Estado de Florida (calendario recomendado por los CDC/AAP), mientras que el FL 687 es simplemente un registro de las vacunas que ha recibido. La mayoría de las guarderías, preescolares y escuelas públicas y privadas, sujetas a las regulaciones del Estado de Florida, requieren el FL 680 y no aceptan el FL 687.

Entiendo que el sistema de registro médico electrónico de Sunshine Pediatrics carga automáticamente el registro de vacunación de su hijo al sistema Florida SHOTS.

Si los padres deciden rechazar o retrasar las vacunas del calendario de los CDC/AAP, deben firmar el Formulario de Rechazo de Vacunación de la Academia Americana de Pediatría (disponible en nuestro sitio web) cada vez que rechacen una vacuna programada. Además, entiendo que esta política no es negociable y que el incumplimiento resultará en una sanción inmediata descargar del paciente de la práctica.

También entiendo que hay una copia de esta política en el sitio web de Sunshine Pediatrics www.mysunshinepediatrics.com junto con otra información sobre las regulaciones del estado de Florida, el programa de vacunación recomendado por los CDC/AAP y otra información útil sobre las vacunas.

Reconozco que he leído esta política y acepto plenamente cumplirla.

Nombre del niño (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIA DEL NACIMIENTO

¿ADOPTADO?	Y / N	¿CONCEPCIÓN ASISTIDA?	Y / N
¿PARTO MÚLTIPLE?	Y / N	¿DIABETES GESTACIONAL?	Y / N
NOMBRE DEL HOSPITAL: _____		¿EMBARAZO DE ALTO RIESGO?	Y / N
PLAZO (SEMANAS): _____		¿INDUCCIÓN DEL PARTO?	Y / N
PESO AL NACER: _____		¿USO MATERNO DE ALCOHOL?	Y / N
LONGITUD AL NACIMIENTO: _____		¿USO MATERNO DE DROGAS?	Y / N
CONDICIÓN DE NACIMIENTO (¿SALUDABLE?): Y / N		¿USO MATERNO DE TABACO?	Y / N
POR FAVOR EXPLIQUE SI NO: _____		¿CIRUGÍAS EN EL BEBÉ?	Y / N
ENTREGA: _____	CESÁREA / VAGINAL	¿CIRCUNCISIÓN? (SOLO NIÑOS)	Y / N
LECHE MATERNA/FÓRMULA (TIPO): _____		¿ICTERICIA?	Y / N
¿SE HA DADO HEPATITIS B?	Y / N	¿ESTADO DE SGB?	+/-
¿SE ADMINISTRA VITAMINA K?	Y / N	¿SE ADMINISTRA ERITROMICINA?	Y / N

HISTORIA FAMILIAR

MADRE BIOLÓGICA:	PADRE BIOLÓGICO:		
ALERGIAS: _____	ALERGIAS: _____		
MEDICAMENTOS: _____	MEDICAMENTOS: _____		
PREOCUPACIONES DE SALUD: _____	PREOCUPACIONES DE SALUD: _____		
CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL: _____	CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL: _____		
¿FUMADOR?	Y / N	¿FUMADOR?	Y / N
ALERGIAS: _____		ALERGIAS: _____	
RETRASO EN EL DESARROLLO: _____		RETRASO EN EL DESARROLLO: _____	
¿ASMA?	Y / N	¿ASMA?	Y / N
¿ANEMIA?	Y / N	¿ANEMIA?	Y / N
OTRO: _____		OTRO: _____	

HISTORIA FAMILIAR EXTENDIDA

POR FAVOR, ENUMERE a todos los miembros de la familia con estos problemas de salud en relación con el paciente
(MGM=ABUELA MATERNA, MGF=ABUELO MATERNA, PGM=ABUELA PATERNA, PGF=ABUELO PATERNA, MA=TÍA MATERNA, PA=TÍA PATERNA, MU=TÍO MATERNA, PU=TÍO PATERNA, ETC...)

ENFERMEDAD RENAL/HÍGADA: _____	COLESTEROL ALTO: _____
ATAQUE: _____	HIPERTENSIÓN: _____
CÁNCER: _____	PROBLEMAS DEL CORAZÓN: _____
ASMA: _____	DIABETES: _____
ALERGIAS: _____	HIPO/HIPERTIROIDES: _____
MUERTE SÚBITA: _____	ENFERMEDAD MENTAL: _____
DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO: _____	REFLUJO: _____
CONVULSIONES: _____	ANEMIA: _____
OTRO: _____	

HISTORIA SOCIAL

QUIÉN VIVE EN CASA: _____ MASCOTAS EN CASA: _____
¿FUMADORES EN CASA? _____ Y / N



POLÍTICA DE VISITA DE BIENESTAR

Fecha: _____

Paciente: _____

La política de esta oficina es que su hijo/a debe estar al día con todas las visitas de control obligatorias, independientemente de su estado de vacunación, según el calendario de la AAP. El incumplimiento de cualquiera de las visitas de control de rutina será motivo de baja. SIN EXCEPCIONES.

El horario se le entregará o podrá acceder a él en el sitio web de AAP.

Consulte el calendario de visitas de bienestar y el calendario de vacunación de los CDC adjuntos. También puede acceder a ellos en los sitios web de los CDC y la AAP para obtener más información.

Apreciamos su cooperación con nuestras políticas mientras nos esforzamos por brindar la mejor atención posible para su hijo.

Al firmar a continuación, declaro que he leído y comprendido este aviso.

Gracias,

Administración/Sunshine Pediatrics

Firma _____ Nombre impreso _____

Sunshine Pediatrics of Central Florida, PL

Dr. Richard Rodriguez

210 Lookout Place

Maitland, Florida 32751

Teléfono: 407.215.0400 Fax: 407.215.0402



GUARDE ESTO PARA SUS REGISTROS

HORARIO DE VISITA DE POZO

NACIMIENTO - VISITA AL RECIÉN NACIDO (1-5 DÍAS)

2 SEMANAS

2 MESES

4 MESES

6 MESES

9 MESES

12 MESES

15 MESES

18 MESES

2 AÑOS

30 MESES

3 AÑOS

4 AÑOS

ANUALMENTE HASTA LOS 18 AÑOS

La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y esta oficina recomiendan estas visitas para evaluaciones de rutina, prevención de enfermedades y bienestar.