

**Arturo Quintanilla M.D. FAAP**

35-900 BOB HOPE DR. STE 140

RANCHO MIRAGE, CA 92270

760-770-0000

760-770-2727

**HOJA INFORMATIVA DEL PACIENTE**

FECHA \_\_\_\_\_ PACIENTE NUEVO \_\_\_\_\_ ACTUALIZACION \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ # TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_ NINO \_\_\_\_\_ NINA \_\_\_\_\_

DOMICILLO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_ # NUMERO DE CELULAR \_\_\_\_\_

EMPLEADO POR \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

# TELEFONO DE TRABAJO \_\_\_\_\_ LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_ # NUMERO DE CELULAR \_\_\_\_\_

EMPLEADO POR \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

# TELEFONO DE TRABAJO \_\_\_\_\_ LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, PERSONA PARA CONTACTAR** \_\_\_\_\_

# TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_ # DE TRABAJO \_\_\_\_\_

RELACION \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE ASEGURANZA** \_\_\_\_\_

EL ASEGURADO \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE ASEGURANZA \_\_\_\_\_ COPAGO \_\_\_\_\_

NUMERO DEL GRUPO \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE \_\_\_\_\_

Por este medio, yo asigno todos los beneficios medicos o quirúrgicos que mi aseguranza determine para Arturo Quintanilla, MD por servicios medicos prestados por su persona. Yo comprendo que soy responsable financieramente por todos los costos medicos, ya sea que esten cubiertos o no por mi aseguranza. Tambien autorizo al asignado para utilizar toda la informacion mía necesaria para obtener sus pagos. Si se vuelve necesaria una acción de "Collections" para colectar al saldo pendiente, yo me responsabilizo por los costos de coleccion y/o gastos de abogado.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# HISTORIAL MEDICO DEL NIÑO

## HISTORIAL MEDICO DE SU EMBARAZO CON ESTE NIÑO:

¿En qué mes de su embarazo visitó usted por primera vez al doctor? \_\_\_\_\_ mes      ¿Dónde nació su bebé? \_\_\_\_\_

¿De cuántos meses fue su embarazo? \_\_\_\_\_ Si nació el bebé en casa, ¿le hicieron análisis de sangre de detección básica para un recién nacido?  Sí  No

¿Tuvo usted alguna enfermedad o problemas? (Esto incluye enfermedades transmitidas sexualmente o enfermedades contagiosas)	Sí	No	¿Usó usted alguna droga? (Tabaco, bebidas alcohólicas, drogas de la calle, remedios caseros o de la farmacia)	Sí	No
¿Tomó usted alguna medicina recetada por su doctor?	Sí	No	¿Le dieron de alto a su bebé juntamente con usted?	Sí	No
¿Tuvo un parto difícil/anormal/cesárea?	Sí	No	¿Le nació a usted más de un bebé?	Sí	No
¿Tuvo el bebé algún problema durante la primera semana de vida?	Sí	No	¿Se le puso al bebé alguna vacuna para la Hepatitis B?	Sí	No

**HISTORIAL MEDICO DEL NIÑO:**  M  F ¿Fué adoptado este niño?  Sí  No      Peso al nacer: \_\_\_\_\_ lbs. \_\_\_\_\_ oz.      La medida: \_\_\_\_\_ pulgadas

### ¿Ha tenido alguna vez:

Sarampión, varicela, paperas, sarampión atemán	Sí	No	Vómitos después de comer, se rehúsa a comer	Sí	No
Tuberculosis o una prueba positiva de tuberculosis	Sí	No	Problemas de los músculos, articulaciones o huesos	Sí	No
Amigdalitis/Dolor de garganta	Sí	No	Problemas de la piel	Sí	No
Problemas con los ojos o con la vista	Sí	No	Dolores de cabeza o mareos	Sí	No
Problemas con los oídos o para oír	Sí	No	Convulsiones, ataques, epilepsia	Sí	No
Dificultad al respirar/roncar en la noche	Sí	No	Diabetes	Sí	No
Problemas del corazón	Sí	No	Problemas con la tiroides	Sí	No
Asma, bronquitis o pulmonía	Sí	No	Alergias	Sí	No
Anemia, problemas de hemorragia, transfusiones de sangre	Sí	No	Problemas con el desarrollo o con el desempeño escolar	Sí	No
Dolores de estómago	Sí	No	Enfermedades o accidentes graves	Sí	No
Diarrea, manchándose con el excremento	Sí	No	Cirugía o hospitalización	Sí	No
Problemas con la vejiga o riñones, orinarse en la cama o ropa interior	Sí	No	(Niñas) ¿ Ha comenzado con su menstruación?	Sí	No
Estreñimiento/constipación	Sí	No	(Niñas) ¿ Hay problemas con su menstruación?	Sí	No

**HISTORIAL MEDICO DE LA FAMILIA:** Tiene alguien de la familia: madre (M), padre (P), hermano (HO), hermana (HA), tío (TO), tía (TA), abuela (AA), abuelo (AO)

¿Cual miembro familiar?

¿Cual miembro familia

Sí	No	Diabetes	Sí	No	Alta presión de sangre	
Sí	No	Epilepsia o convulsiones	Sí	No	Trastornos sanguíneos	
Sí	No	Retraso mental	Sí	No	Tuberculosis	
Sí	No	Cáncer	Sí	No	Alergias	
Sí	No	Enfermedad de los riñones o urinaria	Sí	No	Problemas de los pulmones o con la respiración	
Sí	No	Problemas con los huesos o las articulaciones	Sí	No	Anormalidad funcional de los ojos	
Sí	No	Enfermedad del corazón	Sí	No	Anormalidad funcional de los oídos	

### INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES:

Madre: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_

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

Estatura: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DOMICILIARIA: ¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_

¿Viven ambos padres en la casa?  Sí  No

¿Alguien en la casa fuma o usa drogas o bebidas alcohólicas?  Sí  No

¿Qué idioma se habla en casa? \_\_\_\_\_

¿Vive usted en una  Casa  Apartamento  Refugio  Casa Remolque  Sin casa ni hogar

Identificación del Paciente: \_\_\_\_\_

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

Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

Firma Del Examinador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

QUINTANILLA MD DE ARTURO  
Impulsión de 35900 Bob Hope Suite140  
Espejismo del rancho, CA 92270  
Teléfono: (760) 770-0000  
Fax: (760) 770-2727

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y SER DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE CONSEGUIR EL ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISIÓN CUIDADOSAMENTE.

Entender su expediente /información de la salud

Cada vez que usted visita al hospital, al médico, o al otro abastecedor del healthcare, su visita se anota. Típicamente, este expediente contiene sus síntomas, resultados de la examinación y de la prueba, diagnosis, tratamiento, y plan para el cuidado o el tratamiento futuro.

Esta información, designada a menudo su salud o expediente médico, sirve como a:

- Base para planear su cuidado y tratamiento
- Medios de la comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a su cuidado
- Documentación legal que describe el cuidado que usted recibió
- Medios por los cuales usted o un pagador de los terceros puede verificar que los servicios mandados la cuenta fueran proporcionados realmente
- Una fuente de la información para los funcionarios de la salud pública cargó con mejorar la salud de la nación
- Una herramienta con la cual poder determinar y trabajo mejorar continuamente el cuidado rendimos y los resultados que alcanzamos

Entendiendo cuál está en su expediente y cómo su información de la salud es ayudada usada usted:

- Asegure su exactitud
- Mejor entienda quién, qué, cuando, donde, y porqué otros pueden tener acceso a su Información de la salud
- Tome decisiones más informadas al autorizar divulgue a otros

Las sus derechos de la información de la salud

Aunque su expediente de la salud es la característica física del médico o de la facilidad del healthcare que se conformaron él, la información pertenece a usted. Usted tiene la derecha:

- Solicite una restricción en ciertos aplicaciones y accesos de su información como Proporcionado por 45 CFR 164.522
- Obtenga una copia de papel del aviso de las prácticas de la información a petición
- Examine y obtenga una copia de papel de su expediente de la salud en la manera prevista para adentro 45 CFR 164.524
- Enmiende su expediente de la salud según lo proporcionado en 45 CFR 164.528
- Obtenga una contabilidad de accesos de su información de la salud en la manera prevista en 45 CFR 164.528
- Comunicación de la petición de su información de la salud por medios del alternativa o en las localizaciones alternativas
- Revoque su autorización de utilizar o de divulgar la información de la salud a menos que hasta el punto de la acción se haya tomado ya

Responsabilidades del abastecedor:

Se requiere esta oficina:

- Mantenga la aislamiento de su información de la salud
- Provea de usted un aviso en cuanto a nuestros deberes legales y prácticas de la aislamiento con respecto a la información que recogemos y manténgalo sobre usted
- Siga los términos de este aviso
- Notifíquese si no podemos convenir una restricción solicitada
- Acomode las peticiones razonables que usted puede tener que para comunicar la información de la salud por medios alternativos o en las localizaciones alternativas
- No utilizaremos ni divulgaremos su información de la salud sin nuestra autorización, excepto según lo descrito en este aviso

Esta oficina reserva la derecha de cambiar nuestras prácticas y de hacer las nuevas provisiones eficaces para toda la información protegida de la salud que mantenemos. Si nuestras prácticas de la información cambian, fijaremos esos cambios en esta oficina.

PÁGINA 2 DE 2

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD

Ejemplos del acceso para las operaciones del tratamiento, del pago y de la salud

Utilizaremos su información de la salud para el tratamiento.

Por ejemplo: Información obtenida por la enfermera, P.A.C., médico de la enfermera. O el otro miembro de su equipo del healthcare estará en su expediente y utilizado determinar el curso del tratamiento que debe trabajar lo más mejor posible para usted. Su médico documentará en su expediente sus expectativas. Su médico puede solicitar servicios del cuidado del anciano o de la especialidad. Esos abastecedores registrarán sus servicios del cuidado. Esos abastecedores registrarán su cuidado en sus expedientes y copiarán a su médico en sus observaciones. De esa manera, el médico sabrá usted está respondiendo el tratamiento.

Esta oficina utilizará su información de la salud para los datos del pago/del encuentro.

Por ejemplo: una cuenta se puede enviar usted o un pagador de los terceros o un HMO. La información encendido o acompañando la cuenta puede incluir la información que le identifica, así como su diagnóstico.

Procedimientos, y fuentes usadas.

Esta oficina utilizará su información de la salud para las operaciones regulares de la salud.

Por ejemplo: Los miembros de las utilidades repasan a comité o el consejo de la mejora de calidad puede utilizar la información en expediente de la salud para determinar el cuidado y los resultados en su caso. Esta información entonces será aplicaciones en un esfuerzo de mejorar continuamente la calidad y la eficacia de los servicios del healthcare que proporcionamos.

Investigación: Esta oficina puede divulgar la información a los investigadores cuando un comité examinador institucional que ha repasado la oferta de la investigación y los protocolos establecidos para asegurar la aislamiento de su información de la salud ha aprobado su investigación.

Directores fúnebres: Esta oficina puede divulgar la información de la salud a los directores fúnebres constantes con ley aplicable para realizar sus deberes.

Educación paciente: Esta oficina puede darle nombre, número de teléfono, y diagnóstico al departamento de la educación de salud que le entrará en contacto con para proporcionar los alternativas del tratamiento del combate del recordatorio o de la información de la cita u otras ventajas y servicios relativos a la salud que pueden estar de interés a usted.

Trabajadores Compensation/TPL: Esta oficina puede divulgar la información de la salud al grado autorizada por y al grado necesario para conformarse con leyes referente la remuneración de los trabajadores o a los terceros u otros programas similares establecidos por la ley.

Salud pública: Según los requisitos de ley, esta oficina puede divulgar su información de la salud a la salud pública o las autoridades legales cargadas con enfermedad, lesión, o inhabilidad de prevención o que controla.

IEITS- sistema que sigue de la inmunización interior del imperio: Esta oficina puede divulgar la información de la inmunización que se incluirá en la base de datos estatal alcanzada solamente por los abastecedores del healthcare, los encargados de base de datos, y los funcionarios.

Institución correccional: Si usted es un interno de una institución correccional, esta oficina puede divulgar al instituto o a la información de la salud de los agentes de eso necesaria para usted salud y la seguridad de la salud del otro individuo.

Aplicación de ley: Esta oficina puede divulgar la información de la salud para los propósitos de aplicación de ley según los requisitos de ley o en respuesta a una citación válida.

La ley federal y del estado hace las provisiones para su información de la salud de ser lanzado a una agencia apropiada del descuido de la salud, a una autoridad sanitaria pública o a un abogado para evaluar estándares profesionales o clínicos.

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o responsable del partido

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Arturo Quintanilla, MD, FAAP**  
**Diplomate of the American Board of Pediatrics**  
**Fellow of the American Academy of Pediatrics**

35-900 Bob Hope Drive, Suite 140, Rancho Mirage, CA 92270  
Tel (760) 770-0000 / Fax (760) 770-2727

---

**MINOR/ CHILD CONSENT FORM**

I am the parent, guardian, or personal representative of \_\_\_\_\_,  
(Please print name of minor/ child)

and there are no court orders now in effect that prohibit me from signing this consent. I do hereby request and authorize the doctor and practice staff to perform necessary services for the child named above, including but not limited to x-rays, and treatment, which are deemed advisable by the doctor, whether or not I am present when the treatment is rendered and regardless of where that treatment is provided. This authorization is made under family code 6910.

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

Print Name: \_\_\_\_\_

Please specify relationship to minor:

- Parent with legal custody
- Guardian or Representative with legal custody

**AUTHORIZATION FOR AGENT TO CONSENT FOR MEDICAL CARE OF A MINOR**

I hereby authorize Mr./ Mrs. \_\_\_\_\_,  
( an adult into whose care the minor(s) has been entrusted)

to consent to any x-ray examination, anesthetic medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care of \_\_\_\_\_,

( name and address of minor(s) )

which are deemed advisable by licensed physician and surgeon and provided by that physician or under that physician's supervision, regardless of where the treatment is provided. This authorization is made under family code 6910.

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

Print Name: \_\_\_\_\_

Please specify relationship to minor:

- Parent with legal custody
- Guardian or Representative with legal custody

**ARTURO QUINTANILLA, MD, FAAP**  
35-900 BOB HOPE DR. STE. 140  
RANCHO MIRAGE, CA 92270  
760-770-0000

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

DOB: \_\_\_\_\_

Welcome to our practice. We intend to provide you with the care and service that you expect and deserve. Achieving you **best possible health** requires a “partnership” between you and your doctor. As our “partner in health”, we ask you to help us in the following ways:

**Schedule Visits with My Doctor for Routine Physical Exams and Other Recommended Health Screening**

I understand that my doctor will explain to me which regular health screenings are appropriate for my age, gender and personal and family history. I understand I will need to complete these recommended health screenings (immunizations etc). **These health screenings are tests that can help detect life-threatening diseases and conditions.** If I visit my doctor only for treatment for immediate problems and forget to arrange for regular health screenings, I put myself at risk of letting serious health problems go undetected. I will schedule regular visits with my doctor to complete my physical exam and to discuss these health screenings.

**Keep Follow-up Appointments and Reschedule Missed Appointments**

I understand that my doctor will want to know how my condition progresses after I leave the office. Returning to my doctor on time gives him or her chance to check my condition and my response to treatment. During a follow-up appointment, my doctor might order tests, refer me to a specialist, prescribe medication, or even discover and treat a serious health condition. If I miss an appointment and don't reschedule, I run the risk that my physician will not be able to detect and treat serious health condition. I will make every effort to reschedule missed appointments as soon as possible.

**Call the Office When You Do Not Hear the Results of Labs and Other Tests**

I understand that my physician's goal is to report my lab and test results to me as soon as possible. However, if I do not hear from my physicians' office within the time specified, I will call the office for my test results.

**Inform My Doctor if I Decide Not to Follow His or Her Recommended Treatment Plan**

I understand that after examining me, my doctor may make certain recommendations based on what he or she feels is best for my health. This might include prescribing medication, referring me to a specialist, ordering labs tests, or even asking me to return to the office within certain period of time. I understand that not following my treatment plans can have serious negative effects on my health. I will let my doctor know whenever I decide not to follow his or her recommendations so that he or she may fully inform me of any risks associated with my decision to delay or refuse treatment.

Thank you for your partnership. As our patients, you have the right to be informed about your health care. We invite you, **at any time**, to ask questions, report symptoms, or discuss any concerns you may have. If you need more information about your health or condition, please ask.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature Or Representative

\_\_\_\_\_  
Date

  
\_\_\_\_\_  
Physicians Signature