



Patient Demographic Information

Patient Name: _____ Soc. Sec. No.: _____ Gender: M F
 First Middle Last
Date of Birth: _____ Marital Status: _____ Recent name change or AKA (also known as): _____
Address: _____
Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Email: _____ City State Zip Code
Primary Care Provider: _____ Phone No.: _____

Preferred Appointment Communication --- (Please circle one)

Home Phone Cell Phone Text message Email: _____

Patient Guarantor Information: Person responsible for payment of any outstanding balances **Relationship to Patient _____

Guarantor's Name: _____ Soc. Sec. #: _____ Date of Birth: _____
 First Middle Last
Address: _____ Phone: _____
 City State Zip Code

Patient Employment Information

Employer: _____ Address: _____
Zip Code: _____ City, State: _____ Phone: _____ Ext.: _____

List Additional Emergency Contacts (Other Parent/Guardian)

Contact #1:
 First Middle Last
Home Phone No.: _____ Work Phone No.: _____ Relationship to patient: _____

Contact #2:
 First Middle Last
Home Phone No.: _____ Work Phone No.: _____ Relationship to patient: _____

Insurance Information Primary and Secondary

1st Insurance Co. Name: _____ Policy No.: _____ Group No.: _____
Policy Holder Name: _____ Date of Birth: _____ Sex: _____
Policy Holder Employer: _____ Relationship to patient: _____
2nd Insurance Co. Name: _____ Policy No.: _____ Group No.: _____
Policy Holder Name: _____ Date of Birth: _____ Sex: _____
Policy Holder Employer: _____ Relationship to patient: _____

Statement of Financial Responsibility and Assignment of Benefits
I understand that I am financially responsible for all services rendered to me by the physician(s) of the OU Health Physicians Group and his/her staff, unless a contract exists between the physician(s) and my insurance that overrides all or part of my financial obligation. I hereby authorize payment of insurance benefits directly to physicians of the OU Health Physicians Group.

Date: _____ Patient/Guardian Signature: _____
Revised 11.15.21 OUP-121 New Patient Information Sheet [Group] Page 1 of 1

INFORMACIÓN DE PADRES DE FAMILIA E HIJOS

Complete esta forma antes de ver al doctor

Nombre del Paciente: _____

Nombre de los Padres: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Zona Postal: _____ Teléfono de la casa: _____

Celular: _____

Nombre del lugar en donde trabaja o nombre del patrón: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

TUBERCULOSIS ¿Su niño(a) ha tenido una prueba de tuberculosis? Si lo ha tenido, por favor de anotar la fecha(s) de los resultados.

ALERGIAS ¿Su niño(a) tiene alergias ó reacciones a medicinas, inyecciones, comidas o abejas? Favor de anotar las alergias que tenga.

Historia Familiar

Nombre	Edad	Fecha de Nacimiento	Estado de Salud	¿Vive con el niño(a)?
Padre				
Madre				
Hermanos				
Hermanas				

¿Hay alguien más que vive en la casa? _____

Sí, contesto si, ¿Quién? _____

MARQUE LAS SIGUIENTES CONDICIONES QUE HAYAN TENIDO PADRES, HERMANOS, ABUELOS, TIOS Y PRIMOS DEL NIÑO(A)

<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	Alta Presión	<input type="checkbox"/>	Otras (en el hogar)
<input type="checkbox"/>	Alergias(fiebre heno, asma, eczema)	<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	Fumador
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/>	Problemas de Droga
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Segadera	<input type="checkbox"/>	Retraso Mental	<input type="checkbox"/>	Problemas de Alcohol
<input type="checkbox"/>	Defectos de Nacimiento	<input type="checkbox"/>	Nervios	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Cáncer o Tumores	<input type="checkbox"/>	Sobrepeso	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Sordera	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Muerte de un bebe (niño o niña)	<input type="checkbox"/>	Problemas del Lenguaje	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazón (antes de 50 años)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Su Embarazo y Parto

¿En qué hospital nació su bebe? _____

¿Cuánto pesó su niño(a) al nacer? _____

Marque si tuvo uno de estos al nacer:

ictericia(amarillo)

Dificultad al comer

Otro: _____

El Desarrollo y Comportamiento De Su Niño

¿Su niño(a) hizo las siguientes cosas a que edad?

	Edad		Edad
Sentarse solo(a)			Usar frases cortas
Decir palabras más que "mama y papa"			Caminar
Pararse solo(a)			Ir al baño de día
			Ir al baño de noche

Comparado a otros niños que conoces su hijo ha sido : (por favor de marcar)

En aprendizaje

En crianza

Despacio

Difícil de criar

Promedio (normal)

Promedio (normal)

Rápido

Más fácil

La Historia Médica De Su Niño

¿Cómo se llama la clínica que cuida a su niño(a)? _____

Aproximadamente cuando fue la última vez que un doctor examinó a su niño(a)

¿Ha sido su niño hospitalizado o ha tenido alguna operación? ¿Cuándo, donde y porque?

¿Ha tenido su niño(a) accidentes, enfermedades graves, ó heridas? Si ha tenido, por favor describa.

Por favor marque si su niño ha tenido las siguientes enfermedades. Si las ha tenido por favor describa.

Sarampión Rubéola Paperas Varicela Tos ferina

¿Qué otro doctor ve a su niño(a)? Si este es el caso, por favor escriba su nombre y dirección.

Firma de los Padres

Fecha

Consentimiento general de tratamiento y aceptación

Consentimiento para recibir atención

Consentimiento general: Doy mi consentimiento para que el Paciente, definido como mi hijo o un niño bajo mi responsabilidad legal, acceda a una evaluación médica para atención y tratamientos como paciente ambulatorio. La atención y el tratamiento pueden ser proporcionados por médicos, enfermeros y otros proveedores y empleados de atención de la salud. La atención y el tratamiento pueden incluir evaluaciones y cuidados médicos, de enfermería y otros cuidados, terapias y procedimientos de rutina. Acepto que se tomen fotos o se hagan videos en relación con dicho tratamiento y con fines operativos, de mejora de la calidad, de investigación y de educación. Entiendo que OU Health es una institución de enseñanza y acepto que los académicos, residentes, practicantes, estudiantes y otras personas aprobadas observen y participen en la atención y el tratamiento del Paciente, bajo la debida supervisión. Entiendo que tengo derecho a denegar o retirar mi consentimiento para el uso de practicantes o acompañantes durante mi atención médica en cualquier momento, sin que ello afecte a mi derecho a recibir tratamiento más adelante y sin correr el riesgo de perder o de que me quiten cualquier beneficio del programa al que tendría derecho.

Doy mi consentimiento voluntario para recibir tratamiento mediante el uso de comunicaciones electrónicas (“Telesalud”) para que proveedores de la salud en diferentes lugares puedan compartir la información médica individual del paciente con fines de diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación. Doy mi consentimiento para enviar mi información a terceros según sea necesario para recibir servicios de Telesalud y entiendo que rigen garantías de confidencialidad existentes. Reconozco que, si bien la Telesalud se puede usar para un mejor acceso a la atención, al igual que con cualquier otro procedimiento médico, existen posibles riesgos y no se pueden asegurar ni garantizar los resultados. Estos riesgos incluyen, entre otros: problemas técnicos con la transmisión de la información o fallas de los equipos que podrían causar la pérdida de la información o demoras en el tratamiento. Entiendo que tengo derecho a denegar o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina durante mi atención médica en cualquier momento, sin que ello afecte a mi derecho a recibir tratamiento más adelante y sin correr el riesgo de perder o de que me quiten cualquier beneficio del programa al que tendría derecho.

Médicos / dentistas / proveedores independientes: Los médicos tratantes no son empleados del Distrito. También puede haber enfermeros con práctica médica, asistentes médicos y otros profesionales de la salud para el tratamiento de los Pacientes.

Telemedicina / atención mediante consulta virtual: Acepto que la atención puede incluir la evaluación, el diagnóstico, la consulta y el tratamiento de la afección médica o de salud del Paciente mediante el uso de tecnología de telecomunicaciones (los “Servicios de telesalud”; también definidos como “Atención mediante consulta virtual”). Entiendo que los Servicios de telesalud incluyen interacción por audio y video u otros medios electrónicos, y que el tratamiento mediante telesalud implica tanto riesgos como beneficios. Los proveedores de telesalud (i) podrían estar en un lugar diferente al lugar donde que se encuentra el Paciente; (ii) examinarán al Paciente cara a cara de manera remota, pero no realizarán un examen físico “en persona”; y (iii) dependerán de la información suministrada por el Paciente y por cualquier proveedor de la salud que se encuentre en el lugar. El proveedor que se encuentre en el lugar no es un empleado de OUH, sino un empleado del sistema escolar. OUH no asume ninguna responsabilidad por sus acciones ni por el desempeño del proveedor que se encuentre en el lugar asistiendo con la evaluación de telesalud. Los Servicios de telesalud pueden estar limitados o no disponibles debido a fallas tecnológicas o de los equipos, datos incompletos o imprecisos, o distorsiones de las imágenes u otra información de las transmisiones electrónicas.

Consentimiento general de tratamiento y aceptación

Acepto lo anterior y que los proveedores de telesalud no serán responsables de los consejos, las recomendaciones y/o las decisiones basadas en aspectos ajenos a su control, como los datos incompletos o imprecisos suministrados por el Paciente u otros, o las distorsiones de las imágenes de diagnóstico o de las muestras como consecuencia de la transmisión electrónica.

Si los proveedores de telesalud determinan que los Servicios de telesalud no pueden abordar de manera adecuada las necesidades médicas del Paciente, el Paciente será derivado para una evaluación médica in situ. Si el Paciente tiene una afección que requiere atención de urgencia/emergencia, o si se interrumpe la sesión de telesalud por una falla tecnológica o de los equipos, acepto que el Paciente reciba atención de seguimiento y tratamiento, si así se recomienda y según sea necesario.

Entiendo que se toman medidas para proteger la confidencialidad de la información médica del Paciente para evitar su divulgación no autorizada; no obstante, entiendo y reconozco que no se puede garantizar la seguridad de la transmisión electrónica de datos, de imágenes de video e información de audio, y que la confidencialidad puede verse comprometida por una manipulación ilegal o indebida. La plataforma de telesalud que se utiliza, es una plataforma de video que cumple con la ley HIPAA.

Los servicios de telesalud a suministrar incluyen, entre otros, diagnóstico, atención y tratamiento de: asma, gripe, dolores de cabeza, dolor de garganta, alergias, dolores de oído, conjuntivitis, tos, fiebre, sarpullidos, resfriados, pediculosis e irritaciones de la piel.

Medicamentos / tratamientos: El Médico tratante puede recomendar y recetar determinados medicamentos y tratamientos para el Paciente con el fin de tratar la afección médica evaluada. Es responsabilidad del Paciente obtener la medicación recomendada. OUH no suministrará medicamentos a los Pacientes.

Medicamentos recetados: Doy mi consentimiento para que OUH tenga acceso a las bases de datos de medicamentos recetados para revisar mis antecedentes farmacológicos previos y en curso. Puedo retirar este consentimiento notificando por escrito a OUH. Si no doy mi consentimiento o si retiro este consentimiento, mi relación como paciente de OUH finalizará.

Ninguna garantía: Reconozco que no se ha ofrecido ninguna garantía en relación con el tratamiento o los servicios suministrados.

Derechos del paciente: Si el Paciente está recibiendo atención de un proveedor de OUH, habré recibido o se me habrá ofrecido información con respecto a los Derechos y responsabilidades del Paciente. La presente información me indica cómo presentar una queja o reclamo al proveedor en relación con la atención del Paciente.

Uso de mi número de teléfono: Al suministrar un número de teléfono a OUH, doy mi consentimiento para que OUH y sus contratistas, agentes, agencias de cobro y servicios de facturación (en adelante, las "Entidades Autorizadas") llamen o envíen mensajes de texto, mensajes SMS, mensajes de voz automatizados y pregrabados o comunicaciones de cualquier otro tipo a este número o mediante sistemas de localización en este número o en un dispositivo conectado o asociado a este número, incluidas llamadas, mensajes de texto, mensajes SMS, mensajes de voz automatizados y pregrabados, u otras comunicaciones con un sistema de marcación telefónica automático, un marcador automático o marcador predictivo. Reconozco que no tengo obligación de dar mi consentimiento y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Consentimiento general de tratamiento y aceptación

Uso de mi dirección de correo electrónico: Al suministrar mi dirección de correo electrónico, autorizo a las Entidades Autorizadas a enviar comunicaciones a dicha dirección de correo electrónico. No suministraré una dirección de correo electrónico que sea compartida, proporcionada por un empleador o a la cual tengan acceso otros terceros. Asimismo, afirmo que veré las comunicaciones electrónicas de las Entidades Autorizadas únicamente en mi estado de residencia actual. Entiendo que suministrar un número de teléfono y/o una dirección de correo electrónico no es una condición para recibir servicios de atención médica. Asimismo, entiendo las limitaciones inherentes a las comunicaciones electrónicas que inicie o reciba, incluida la posible violación de la privacidad o confidencialidad, la dificultad para validar la identidad de las partes y las posibles demoras en la respuesta.

Recordatorios de citas/surtidos de recetas: OUH quiere asegurarse de mantener una adecuada comunicación con sus pacientes. Me han informado que las clínicas de OUHP y OUH pueden enviar recordatorios sobre las citas y el surtido de recetas por correo postal, correo electrónico seguro o a través del portal para pacientes, mensajes de texto y mensajes telefónicos automatizados o personales. Entiendo que los mensajes de texto podrían no estar cifrados, por lo tanto, personas no autorizadas podrían verlos.

Educación, comentarios, eventos, comunicaciones: OUH y OUHP pueden enviarme materiales educativos sobre la salud; encuestas sobre la experiencia del paciente; solicitudes para completar mi información médica, social y familiar para facilitar la atención; notificaciones sobre eventos especiales para pacientes y miembros de la familia como campamentos y clases; y reconocimientos de acontecimientos especiales. Entiendo que este tipo de comunicación puede ser por teléfono, correo electrónico seguro, correo postal y mensajes de texto. Los mensajes de texto podrían no estar cifrados, por lo tanto, personas no autorizadas podrían verlos.

Dejar mensajes: Entiendo que, en ocasiones, puede que OU Health no logre contactarme. OUH podrá dejar un mensaje con información sobre mi salud.

Duración del consentimiento: Entiendo y acepto que este Consentimiento de atención y tratamiento tiene validez para los servicios proporcionados en la presente consulta y en consultas futuras durante un año, excepto que retire mi consentimiento con anterioridad.

He leído y entiendo la información en este formulario de Consentimiento general de tratamiento y aceptación.

Firma del paciente / representante legal autorizado

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente / representante legal autorizado

Relación con el paciente

Firma del testigo / intérprete

Fecha