



Vishwa Kapoor, M.D., FAAP
General Pediatrics
1745 S Imperial Ave Suite A El Centro, CA 92243
Ph (760) 592-4961 Fx (760) 592-4964



Datos Del Paciente

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: M ___ F ___ Seguro social del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Etnicidad: _____ Idioma: _____ Interprete _____

Direccion: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo Postal: _____ Telefono: _____

Email(s): _____

Nombre de Mama: _____ Telefono: _____

Empleador de Mama: _____ Telefono de trabajo: _____

Nombre de Papa: _____ Telefono: _____

Empleador de Papa: _____ Telefono de trabajo: _____

Contacto de Emergencia: _____ Telefono: _____

(Padres o tutor legal SOLAMENTE)

Contacto secundario: _____ Telefono: _____

Relacion de contacto secundario : _____

Informacion de Aseguradora

Nombre de Aseguradora: _____ # de poliza: _____ #de grupo: _____

Direccion de Aseguradora: _____

Nombre del responsable: _____ Relacion al paciente: _____

Fecha de nacimiento del Responsable.: _____ Seguro Social del Responsable: _____

Direccion del Responsable: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo Postal: _____ # de Telefono: _____



Vishwa Kapoor, M.D., FAAP
General Pediatrics
1745 S Imperial Ave Suite A El Centro, CA 92243
Ph (760) 592-4961 Fx (760) 592-4964



Polizas Importantes de La Oficina

- **Liberacion de Informacion Medica:**

Yo autorizo a Vishwa Kapoor, M.D. de autorizar la liberacion de informacion medica acerca mi hijo/ hija a cualquier doctor, hospital o agencia involucrada en el cuidado de mi hijo/ hija.

- **Asignacion de Beneficios Medicos:**

Yo autorizo a mi aseguradora a asignar cualquier beneficio quirurgico o beneficio medico, si applicable, a Vishwa Kapoor, M.D. Yo tambien autorizo la liberacion de informacion medica necesaria para procesar reclamaciones a aseguradoras.

- **Poliza de Pago:**

Co-Pagos son de ser coleccionados al tiempo que el servicio es recibido. Aceptamos efectivo, cheques, o pagos con tarjetas de credito/ debito. Todo servicio medico es facturado directamente ala aseguradora. Si nuestra Doctora esta contratada con su aseguradora, aceptaremos la tarifa negociada por contrato para cargos facturados. Sin embargo, usted sera responsable por cualquier balance asignado como la responsabilidad del paciente, o cualquier beneficio no cubierto por su aseguradora sera su responsabilidad acuerdo los cargos. Pagos son esperados en completo al recibir el estado de cuanta, para cualquier arreglo tendra que contactar nuestra oficina de contador.

- **Poliza de cancelacion:**

Nuestra oficina requiere que las citas sean canceladas por lo menos 4 horas antes de la cita. Tenemos el derecho a cobrar \$25.00 por citas no canceladas, cobros seran coleccionados antes de su proxima visita.

- **Poliza de referencia:**

Yo entiendo que es mi responsabilidad obtener referencia por medio de mi doctor primario, si mi aseguradora lo requiere. Al no hacerlo, el resultado seran cargos que seran mi responsabilidad.

- **Formas:**

Toda forma o formas que requieran ser llenadas por nuestra oficina seran presentadas al tiempo de mi visita, si no abra un cobro de \$5.00 dolares por cualquier forma presentada. Por favor de permitirnos un dia para llenar las forma(s).

EH LEIDO, Y ENTIENDO, Y ESTOY DE ACUERDO CON LAS POLIZAS ESCRITAS.

FIRMA: _____ FECHA: _____

NOMBRE ESCRITO: _____ RELACION AL PACIENTE: _____



Vishwa Kapoor, M.D., FAAP
General Pediatrics
1745 S Imperial Ave Suite A El Centro, CA 92243
Ph (760) 592-4961 Fx (760) 592-4964



Consentimiento

Eh sido informado de poder revisar La Noticia de Practicas Privada (para una mas complete discripcion de usos de informacion) antes de firmar este consentimiento.

Yo entiendo que esta practica tiene el derecho a cambiar sus polizas privadas y podre obtener noticia en la oficina.

Yo entiendo que tengo el derecho a requerir una restriccion de como poder proteger mi informacion de salud y como se usa. Sin embargo, tambien entiendo que esta practica no tiene que estar de acuerdo con mi peticion. Si la oficina esta de acuerdo a mi peticion, tendran que seguir las restricciones.

Yo tambien entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, al solicitar por escrito, exepo informacion ya utilizada.

Mis derechos:

- Yo entiendo que esta autorizacion es voluntaria. Tratamiento, elegibilidad o beneficios no seran de acuerdo la firma de esta autorizacion exepo si la autorizacion:
 - 1) Obtiene informacion en conexion con elegibilidad o inscripcion de plan de salud
 - 2) Determina la obligacion a una reclamacion de seguro o,
 - 3) Crea informacion de salud para proporcionas a un tercero
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y enviarlo. La revocación surtirá efecto cuando Vishwa Kapoor, MD, FAAP, Inc. lo reciba, exepo en la medida en que Vishwa Kapoor, MD, FAAP, ha confiado en él.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre por escrito: _____ Relacion al paciente: _____



Vishwa Kapoor, M.D., FAAP
 General Pediatrics
 1745 S Imperial Ave Suite A El Centro, CA 92243
 Ph (760) 592-4961 Fx (760) 592-4964



AUTORIZACION PARA REQUERIR EXPEDIENTES MEDICOS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Solicito y doy mi consentimiento para revelar la siguiente información:

- _____ Toda informacion medica
- _____ Resultados de laboratorio De fecha: _____ a: _____
- _____ Radiologia Desde de fecha: _____ a: _____
- _____ Expediente de vacunas

Registros de: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

#Tel _____ #Fax _____

Para: Vishwa Kapoor, M.D., FAAP, Inc.
 1745 S Imperial Ave Suite A
 El Centro, CA 92243
 Phone: (760) 592-4961
 Fax: (760) 592-4964

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre por escrito: _____ Relacion al paciente: _____

Vishwa Kapoor, M.D. F.A.P.
 General Pediatrics
 1745 S Imperial Ave Suite A El Centro CA 92243
 Ph (760) 592-4961 Fx (760) 592-4964

Pediatric Health History / Historia De Salud Pediatrica

Patient Name/Nombre del Paciente: _____ DOB/Fecha de Nacimiento _____

Birth History / Historial De Nacimiento:

Hospital/State where child was born: Hospital/Estado hijo nació.	Delivery Type / Weeks of Gestation Tipo de Parto/ Semanas de Gestacion	Was baby discharged with mother? Fue dado de alta el bebé con la madre? () Yes/Si () No/No
Birth Measurements/Medidas de Nacimiento: lbs. Oz. / Length/Estatura:	Neonatal Problems/Problemas de Neonatales:	Duration of baby's hospital stay/Duración de la estancia hospitalaria del bebé:

Medical History / Historial Medico:

Allergies / Alergias:	Hospitalizations / Hospitalizaciones:	Surgeries / Cirugias:
Significant Illness / Enfermedades significantes:		
Medications / Medicamentos:	Strength / Dosis:	Directions / Instrucciones:

Patient Medical History / Historial Medico del Paciente:

Child	Fam	History/Historial:	Child	Fam	History/Historial	Child	Fam	History/Historial:
		Alcoholism/Alicolismo			Ear infection/Infecciones del Oído			Mumps/Paperas
		Anemia			Eczema			Pneumonia/Neumonía
		Asthma/Asma			Hay Fever/Fiebra del Heno			Seizures/Convulsiones
		Birth Defects/Defectos de Nacimiento			Headaches/Dolores de Cabeza			Sickle Cell Disease /Tait (rasgo)
		Bladder Infection/Infecciones de la Vejiga			Hearing Problems/Problemas de Audicion			Sinus problems/Sinusitis
		Cancer			Heart Disease/ Enfermedad del corazón			Stroke/Infarto
		Chicken Pox/Varicela			Heart Murmur/Soplo en el corazón			Thyroid Problems/ Problemas de Tiroides
		Deafness/Sordera			High Blood Pressure/Presion Alta			Tuberculosis
		Diabetes			Kidney Disease/Enfermedad Renal			Vision Problems/ Problemas de la Vision
		Drug Abuse/ Abuso de Droga			Mental Retardation/Retraso Mental			Weight Problems/Problemas de Peso
		Other/Otro.			Other/Otro.			Other/Otro:

Social History /Historial Familiar:

Mother/Madre:	Age/Edad:	Lives in Home/Miembros del Hogar: () Yes/Si () No/No
Father/Padre:	Age/Edad:	Lives in Home/Miembros del Hogar: () Yes/Si () No/No
Sibling/Familiar:	Age/Edad:	Lives in Home/Miembros del Hogar: () Yes/Si () No/No
Sibling/Familiar:	Age/Edad:	Lives in Home/Miembros del Hogar: () Yes/Si () No/No
Sibling/Familiar:	Age/Edad:	Lives in Home/Miembros del Hogar: () Yes/Si () No/No

Provider Name/Signature: Vishwa M. Kapoor, M.D. Date: _____