

**Pelican Pediatrics, LLC**  
**(843)795-3344**

FECHA: \_\_\_\_\_

<b>NOMBRE DE EL PACIENTE</b>		<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>SEXO</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>DIRECCIÓN</b>		<b>CIUDAD/ESTADO</b>		<b>CÓDIGO POSTAL</b>
<b>NUMERO DE TELEPHONO</b>	<b>NUMERO DE CELLULAR</b>	<b>CONTACTO DE EMERGENCIA</b>	<b>TELEPHONO DE EMERGENCIA</b>	
<b>DIRECCIÓN EMAIL</b>		<b>FARMACIA PREFERIDA</b>		

**ALERGIAS:** \_\_\_\_\_ **SEGURO:** \_\_\_\_\_

**(DÉ POR FAVOR LA TARJETA DE EL SEGURO A LA RECEPTIONISTA PARA HACER UNA COPIA.)**

<b>MADRE/ GUARDIÁN</b>	<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
<b>LUGAR Y TELEPHONO DE TRABAJO</b>		<b>SEGURO PARA EL NIÑO</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
<b>PADRE/ GUARDIÁN</b>	<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
<b>LUGAR Y TELEPHONO DE TRABAJO</b>		<b>SEGURO PARA NIÑO</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
<b>LOS PADRES SON:</b> CASADO ____ SOLO ____ SEPARADO ____ DIVORCIADO ____		

NOMBRES DE HERMANOS	DOB	EDAD

**PERSONAS AUTORIZADA PARA TRAER EL PACIENTE PARA CITAS:**  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

¿COMO ESCUCHO DE NOSOTROS? \_\_\_\_\_

**Pelican Pediatrics, LLC**

**(843)795-3344**

**Consentimiento Para El Acceso De La Información Salud Privado Para Los Propósitos Del Tratamiento, Del Pago, y Del Negocio Salud**

**Consiento al uso o al acceso de la información salud privado de mi niño cerca Dra. Eliza Varadi, MD con el fin de diagnosticar o proporcionando el tratamiento a mi niño, obteniendo el pago para mis cuentas del cuidado médico o para conducir negocio salud de Pelican Pediatrics, LLC.** También, consiento el uso de mi email si con tal que de ser utilizado adentro correspondencia con la Dra. Eliza Varadi en el cuidado de mi niño. Entiendo esa diagnosis o tratamiento de mi niño cerca Dra. Eliza Varadi puede ser condicionado sobre mi consentimiento según lo evidenciado por mi firma en este documento.

Entiendo que **tengo el derecho pedir para una restricción** en cuanto a cómo se utiliza la información protegida de la salud de mi niño o divulgado para realizar operaciones del tratamiento, del pago o del negocio salud de Pelican Pediatrics, LLC. Pelican Pediatrics, LLC no se requiere para convenir restricciones que puedo solicitar. Sin embargo, si Pelican Pediatrics, LLC conviene a la restricción que solicito, la restricción está atando encendido Pelican Pediatrics, LLC y Dra. Eliza Varadi

**Tengo el derecho revocar este consentimiento**, adentro el escribir, en cualquier momento, excepto hasta el punto de Dra. Eliza Varadi o Pelican Pediatrics ha tomado la acción en confianza en este consentimiento para el tratamiento.

La información salud privado de mi niño contiene la información salud, incluyendo la información demográfica, la información recogida de mí y creado o recibido por mi médico, otro abastecedor del cuidado médico, una salud planee, mi patrón o una cámara de compensación del cuidado médico. Esta información salud privado se relaciona con mi salud física o mental última, actual o futura o condicione e identifica a mi niño o a mismo, o hay una base razonable a crea que la información puede identificar a mi niño.

Entiendo que **tengo el derecho repasar** de la Notificación Sobre Normativas De Privacidad de Pelican Pediatrics, LLC antes de firmar este documento. **La Notificación Sobre Normativas De Privacidad se ha sido dado a mí.** El Notificación Sobre Normativas De Privacidad describe los tipos de aplicaciones y de accesos de mi información salud privado que ocurrirá en mi tratamiento, pago de mis cuentas de la salud del niño o en el funcionamiento del negocio salud de Pelican Pediatrics, LLC. La Notificación Sobre Normativas De Privacidad para Pelican Pediatrics, LLC se es en el área de la recepción de la oficina. Este Notificación Sobre Normativas De Privacidad también describe mis derechos y las obligaciones de Pelican Pediatrics, LLC con respecto a la información salud privado de mi niño.

Pelican Pediatrics, LLC reserva la derecha cambiar las prácticas de la privacidad que se describen en la Notificación Sobre Normativas De Privacidad. Puedo pedir para un aviso revisado sobre normativas de privacidad si el aviso se cambia.

---

Firma del padre o del garante

---

Fecha

---

Imprime el nombre arriba

# Pelican Pediatrics, LLC

(843)795-3344

## LA HISTORIA DEL PACIENTE

MEDICO ANTES \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL MEDICO ANTES: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE NACIMIENTO

DURACION DE EMBARAZO \_\_\_\_\_ ¿QUE ERA EL PESO DEL NACIMIENTO DE BEBE? \_\_\_\_\_

¿EL TIPO DE EL NACIMIENTO? \_\_\_ VAGINAL \_\_\_ CESAREA \_\_\_ INDUCIDO

¿ERA SU BEBÉ PREMATURO? \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

¿SU BEBE TIENE PROBLEMAS IN LA NURSERIO? \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

### FAMILIA HISTORIA

CONDICIÓN	SÍ	NO	QUIÉN LO TIENE?	ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG	SÍ	NO	QUIÉN LO TIENE?
DIABETES				FIBROSIS ENQUISTADA			
ENFERMEDAD CARDÍACA				ASIMIENOS			
TENSIÓN ARTERIAL ALTA				ENFERMEDAD DEL RIÑÓN			
COLESTEROL ALTO				STENOSIS PILÓRICO			
CÁNCER				OBSTRUCCIÓN DEL INTESTINO			
DESORDEN DE LA SANGRE				INFLAMATORIA DEL INTESTINO			
RASGO DE LA CÉLULA DE LA HOZ				ATRESIA BILIAR			
ENFERMEDAD ALÉRGICA				FÍSTULA DE GARGANTA			
ASMA				DEFIDECIA DE IMMUNO			
TUBERCULOSIS				ENFERMEDAD VENÉREA			
USO DE MEDICINA MAL							

ANIMALES DOMÉSTICOS EN SU CASA (TIPO y #) \_\_\_\_\_

FUMADORES EN SU CASA: \_\_\_ YES \_\_\_ NO

### HISTORIA DE LA ESCUELA

NOMBRE DE LA ESCUELA \_\_\_\_\_

GRADO \_\_\_\_\_

¿SU NIÑO REPITIO UN GRADO? \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

### VACUNAS

¿SU NIÑO TIENE TODO LAS VACUNAS? \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

**Pelican Pediatrics, LLC**  
**(843)795-3344**

**HISTORIA DE MEDICO**

	SÍ	NO	COMMENTS
CIRUGÍAS			
HOSPITALIZACIONES			
ACCIDENTES			
¿SI EL PACIENTE ES UNA SEÑORITA, TIENE ELLA EL COMIENZO DE LA MENSTRUACION?			SI MUCHACHA, LA FECHA DEL PERÍOO ULTIMÓ EDAD CUANDO COMENZO LA MENSTRUACION:

**MEDICACIONES**

<b>NOMBRE DE LA MEDICINA:</b>	<b>CUÁNTO</b>	<b>VECES A DIA</b>

**PROBLEMAS MÉDICOS**

DOLOR DE CABEZA	HIPERACTIVO	ALIMENTACIÓN DEL APURO	
VÉRTIGOS	IMPULSIVO	VOMITOS	
PROBLEMAS DE LA VISIÓN	DESATENTO	ESTREÑIMIENTO	
PROBLEMAS DE LA AUDIENCIA	COMPORTAMIENTO AGRESIVO	PÉRDIDA DE CONTROL DEL INTESTINO	
PÉRDIDA DE LA MEMORIA	OBLIGATORIO O RUTINA ORIENTADA	GAS EXCESIVO	
DIFICULTAD DEL DISCURSO	INFECCIÓN DE LA ZONA URINARIA	ERUPCIÓN	
SYNCOPE	ASIMIENTOS	MARCAS DEL NACIMIENTO	
PIEL DE AMARILLO	INFECCIONES	CRECIMIENTO ABNORMAL DE LA PIEL	
INTOLERANCIA DEL CALOR	RUIDO CON RESPIRA	FIEBRES INEXPLICADAS	
INTOLERANCIA FRÍA	ASMA	PÉRDIDA DEL PESO	
SED EXCESIVA	DIFICULTAD DE RESPIRACIÓN	AUMENTO DEL PESO	
COLICO	EL AZUL DELETREA	DOLOR CRÓNICO	
PROBLEMAS DE LA SANGRÍA	CONDICIONES DEL CORAZÓN	MOVILIDAD DETERIORADA	
DEPRESIÓN	DOLOR DE PECHO	OTRO:	



**Pelican Pediatrics, LLC**  
**(843)795-3344**

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**

I hereby authorize information to be released from: (Name of Previous Physician)

---

I request and authorize the facility or provider named above to release health care information for the below listed child to Pelican Pediatrics, LLC at the below indicated address.

---

CHILD'S NAME

DOB

The type of information to be used or disclosed is as follows:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary             | <input type="checkbox"/> Immunization Records  |
| <input type="checkbox"/> Lab Results                   | <input type="checkbox"/> Consultation Reports  |
| <input type="checkbox"/> X-Ray, and/or Imaging reports | <input type="checkbox"/> Entire Medical Record |
| <input type="checkbox"/> Other, Please specify: _____  |  |

This protected health information is being used for the following purpose:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> My Personal Records          | <input type="checkbox"/> Health Care Provider |
| <input type="checkbox"/> Other, Please specify: _____ |   |

This authorization shall be in force and be **in effect for 1 year from date below**, unless otherwise specified (Optional) \_\_\_\_\_ at which time this authorization to use or disclose this protected health information expires.

I understand that the information in my child's health records may include information relating to sexually transmitted diseases, acquired immunodeficiency Syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may include information about behavioral or mental health services and the treatment for alcohol and drug abuse.

I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time by sending such written notification to Pelican Pediatrics, LLC at 354 Folly Rd. Suite #5, Charleston, SC 29412. I understand that a revocation is not effective to the extent that Pelican Pediatrics, LLC has relied on the use or disclosure of the protected health information. I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or South Carolina law.

Pelican Pediatrics, LLC will not condition my treatment, payment, enrollment (if applicable) in a health plan or eligibility for benefits on whether I provide authorization for the requested use or disclosure.

I understand that I do not have to sign this authorization in order to obtain Healthcare treatment.

---

Signature of parent/guardian

Date

---

Print Name

Relationship to Child

**PELICAN PEDIATRICS, LLC**  
**354 FOLLY RD. SUITE #5**  
**CHARLESTON, SC 29412**  
O: 843-795-3344 F: 843-795-3143

# Pelican Pediatrics, LLC

(843)795-3344

## NOTIFICACIÓN SOBRE NORMATIVAS DE PRIVACIDAD

**ESTA NOTIFICACIÓN EXPLICA CÓMO PUEDE UTILIZARSE O DIVULGARSE SU HISTORIAL MÉDICO Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

### **LAS DERECHAS DE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Como su médico, mantendremos un registro de su visita que contiene sus síntomas, informes de exámenes y la prueba de resultados, diagnóstico, tratamientos, correspondencia con otros médicos y planes para el cuidado o el tratamiento futuro.

### **LAS SUS DERECHAS DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD**

Su registro de salud es la propiedad física de este practicante, sin embargo, la información que el registro contiene, que pertenece a usted. Usted tiene las siguientes derechos y nosotros solicitamos que usted notifique Dra. Varadi o la recepcionista de sus peticiones para cualesquiera de estas acciones:

1. **Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene un derecho a solicitar una restricción o límite del uso de su información.
2. **Derecho a recibir una copia en papel de esta notificación:** Usted tiene un derecho a tener una copia en papel de esta notificación.
3. **Derecho a examinarlo y a copiarlo:** Usted tiene una derecha para examinar y recibir una copia de su información de la salud. Si usted solicita una copia de la información médica de su niño, usted puede ser cargado un honorario razonable para fotocopia, recuperación, trabajo, franqueo y fuentes usadas.
4. **Derecho de rectificación:** Usted tiene la derecha de solicitar que enmendemos su información de la salud de su niño.
5. **Derecho a una verificación de divulgaciones:** Usted tiene la derecha de solicitar una contabilidad de seguro de accesos de la información que se han hecho sobre usted. Este listado incluye esos accesos de su información con excepción del tratamiento, pago o los propósitos del healthcare y son dentro de un período especificado de hasta seis años. El primer listado de accesos se proporciona como servicio elogioso a usted, pero usted puede ser cargado un honorario razonable para las peticiones adicionales hechas dentro de un período de doce meses.
6. **Derecho a solicitar que la comunicación sea confidencial:** Usted tiene la derecha de solicitar que usted recibe comunicaciones con respecto a su información de cierta manera o en un seguro de localización.
7. **Derecho a revocar su autorización para el acceso:** Usted tiene la derecha de revocar una autorización para el acceso de la información que fue dada previamente.

### **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

Nuestro se requiere la práctica:

1. **Mantenga su información confidencial:** Mantenga la privacidad de su información de salud.
2. **Proporcione una copia de esta notificación:** Nosotros proveerá de usted una copia de esta notificación de nuestros deberes legales y aislamiento de prácticas con respecto a la información que recogemos y que mantenemos sobre usted.
3. **Siga los términos de esta notificación.**
4. **Incapaz restringir:** Notificaremos usted si no podemos convenir una restricción solicitada de su información.
5. **Proporcione los medios alternativos o localizaciones alternativas:** Acomodaremos peticiones razonables que usted puede tuvo que comunique la información de la salud por medios alternativos o en el alternativa localizaciones.

Nosotros reserve la derecha de cambiar nuestras prácticas de la privacidad y de hacer nuevas provisiones eficaces para toda la información protegida de la salud que guardamos. Si nuestra información las prácticas cambian, nosotros le notificaremos de estos cambios cuando usted vuelve a nuestra oficina.

Nosotros no utilizará ni divulgará su información de la salud sin su autorización, excepto según lo descrito en este aviso.

### **PARA MÁS INFORMACIÓN**

- Si usted tiene una pregunta o como la información adicional, usted puede entrar en contacto con Dra. Varadi o la recepcionista.
- Si usted tiene una preocupación por aislamiento de su información, usted puede entrar en contacto con Dra. Varadi o la recepcionista. Sus preocupaciones serán respondidas por a nuestra práctica, pero usted puede también archivar a queja con la secretaria de los servicios de salud y humanos en el U.S. Oficina de Las Derechas Civiles. Instrucciones en cómo archivar una queja a la oficina de civil las derechas se proporcionan en la dirección siguiente de la tela: [HTTP://www.hhs.gov/ocr/privacy/howtofile.htm](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/howtofile.htm) o pidiendo una copia de la forma de la queja de la recepcionista.

### **EJEMPLOS DE ACCESOS DE INFORMACIÓN**

### **1. Tratamiento:**

a. Utilizaremos su información de la salud para los propósitos del tratamiento. Como ejemplo, información dada a registrarán en su expediente de la salud y serán utilizada a una enfermera o a un médico a determine el mejor tratamiento para usted. Los miembros del equipo del healthcare documente sus metas del tratamiento, las acciones tomadas y las observaciones clínicas.

b. Proporcionaremos su otro abastecedores del healthcare con las copias de los varios informes a los cuales les ayudará trátele para cualquier condición subsecuente que pueda presentarse.

2. **Pago:** Una cuenta se puede enviar usted o a un pagador de tercera persona. La información encendido o acompañando la cuenta puede incluir la información que identifica le, sus diagnóstico, los tratamientos y las fuentes usadas.

3. **Operaciones De Healthcare:** Los médicos y los miembros de su equipo del healthcare puede utilizar la información para evaluar la calidad del cuidado que usted recibió así como el cuidado recibido por otros similares a usted. Esta información será utilizada a mejorar la eficacia de las operaciones y de los servicios del healthcare que proporcionamos.

4. **Socios:** Hay algunos servicios proporcionados a través de contratos con los socios. Como ejemplo, contraemos con una compañía que proporciona los servicios informativos para el sistema informático que funcionamos. Cuando éstos se contraen los servicios, nosotros pueden divulgar su información de la salud a este socio de modo que puedan realizar el trabajo requerimos. Para proteger su información de la salud, el socio debe salvaguardar apropiadamente su información.

5. **Notificación:** Podemos divulgar la información para notificar o para asistir adentro notificando al miembro de la familia, al representante personal o a la otra persona responsables para su cuidado, información sobre su condición general.

6. **Comunicación con la familia:** Nosotros utilizará el buen juicio en divulgar a un miembro de la familia o a cualquier otra persona usted identifique la información de la salud relevante a la implicación de esa persona en su cuidado o el pago se relacionó con su cuidado.

7. **Investigación:** Divulgaremos solamente la información limitada a los investigadores aprobados que participan en la investigación aprobada por nuestro institucional comité examinador. Obtendremos una autorización escrita de usted de divulgar información para otros propósitos de la investigación.

8. **Donación Del Órgano:** Si usted es un donante del órgano, podemos divulgar su información a las organizaciones que ayudan a procurar, depositar o transportar los órganos para propósitos de la donación y del trasplante del tejido fino.

9. **Administración del alimento y de la droga:** Podemos divulgar a la información de la salud del FDA concerniente a acontecimientos adversos con respecto al alimento, a suplementos, a producto y defectos de producto o información de la vigilancia de la poste-comercialización para permitir el producto memorias, reparaciones o reemplazo.

10. **Salud Pública:** Bajo ley de Carolina del Sur, podemos divulgar su salud información al departamento de la salud para prevenir o controlar enfermedad, lesión o inhabilidad.

11. **Aplicación de ley:** Podemos divulgar la información de la salud para la ley propósitos de aplicación según los requisitos de la ley o en respuesta a una citación válida.

12. **Investigación de la salud:** Las leyes federales y del estado hacen provisiones para su información de la salud de ser lanzado para apropiarse de salud autoridades a condición de que un miembro de nuestro personal o socio cree en buena fe que hemos contratado a conducta ilegal o tenemos de otra manera puso en peligro a unos o más pacientes, a los trabajadores o a público.

13. **Otros accesos:** El resto de aplicaciones y de los accesos de su información hágase solamente con su autorización escrita. Si usted nos ha autorizado a utilizar o divulgue la información sobre usted, usted puede revocar esta autorización en cualesquiera tiempo.

**Pelican Pediatrics, LLC**  
**(843)795-3344**

354 Folly Rd Ste 5, James Island, SC 29412

**SERVICIOS**

Ofrecemos el espectro completo del cuidado pediátrico. Algunos de estos servicios incluyen:

1. Examinaciones de Salud
  - a. Infante
  - b. Niño
  - c. Adolescente
2. Vacunas (Para niños sin seguro, vacunas son gratis)
3. Visitas para niños enfermos el mismo día.
4. Examinaciones Para Campamento y deporte
5. Evaluaciones del comportamiento
6. Evaluaciones de desarrollo
7. Cuidado de problemas con atención
8. Conferencias para Padres

**LOS SEGUROS ACEPTADO**

Medicaid, Molina, First Choice by Select Health, United Health, Blue Cross Blue Shield, Blue Choice y mas.

**PARA NIÑOS SIN EL SEGURO**

Podemos hacer un plan de pago.

**HORAS DE CLÍNICA**

***¡UNA CITA NO ES NECESARIA!***

**Lunes, martes, y miércoles, viernes**

**8:30 A.M. - 5 P.M.**

**Jueves estamos cerrados**

**9 A.M - Mediodía solo para recoger papeles**

**(LAS HORAS PUEDEN CAMBIAR. LLAME LA OFICINA POR HORAS ACTUALES)**