

Valentine Medical Clinic [PEDIATRIC/SPANISH]

16070 Tuscola Rd Suite 101

Apple Valley, CA 92307

Phone (760)267-9931 - Fax (760)267-9933

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido	Primer Nombre	Inicial de Segundo Nombre		
Fecha de Nacimiento	No. de Seguro Social	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero		
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Copañero de Vida <input type="checkbox"/> Separado/a
Raza	Idioma:	Correo Electronico:		
Dirección	No. de Apt #	Ciudad	Estado	Código Postal
Telefono de Casa	Telefono Celular	Otro Telefono <input type="checkbox"/> Trabajo		
Situación Laboral	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Niño/Menor de Edad <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Militar en servicio activo <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Otro			

INFORMACIÓN DE PADRE/MADRE)

Relación con el Paciente	<input type="checkbox"/> Yo mismo (si es él mismo, pase a Emergencia / Pariente más cercano) <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro			
Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre		
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social			
Dirección	No. de Apt #	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa	Telefono Celular	Otro Teléfono <input type="checkbox"/> Trabajo		
Empleador	Teléfono del Empleador			
Situación Laboral	<input type="checkbox"/> Militar en servicio activo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Niño/menor de edad <input type="checkbox"/> Empleado a Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Trabajador por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Otro			

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA/INFORMACION DE PADRE/MADRE SOLAMENTE

Apellido	Primer Nombre	Relación con el Paciente		
Dirección	No. de Apt #	Ciudad	Estado	Código Postal
Telefono de Casa	Telefono Celular	Otro Telefono <input type="checkbox"/> Trabajo		

INDIQUE CUALQUIER ALERGIA / NOMBRE DE FARMACIA / NÚMERO DE TELÉFONO / MEDICAMENTOS

Alergias:

Farmacia Preferida:	Número de Teléfono	Calles Principales
Medicamentos:		

• LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA A MI MEJOR CONOCIMIENTO. AUTORIZO QUE MIS BENEFICIOS DE SEGURO SE PAGAN DIRECTAMENTE AL MEDICO. ENTENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE CUALQUIER SALDO. TAMBIÉN AUTORIZO A VALENTINE OTUECHERE, M.D, MPH O COMPAÑIA DE SEGUROS PARA DIVULGAR CUALQUIER INFORMACIÓN REQUERIDA PARA PROCESAR MI RECLAMO.
• TAMBIÉN AUTORIZO AL MÉDICO PARA VER EL HISTORIAL DE RECETAS.
• AUTORIZO QUE MI FOTO SE TOMARÁ DE MI VIDA

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/GUARDIAN _____

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? SI NO

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

HISTORIAL MEDICO DEL NIÑO: M F ¿Fue adoptado este niño? SI NO Peso al nacer: _____ lbs. _____ oz. La medida: _____ pulgadas

¿Ha tenido alguna vez:

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

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

¿Alguien en la casa fuma o usa drogas o bebidas alcohólicas? SI NO

¿Qué idioma se habla en casa? _____

¿Vives en Casa Apartamento Refugio Casa Remolque Sin casa ni hogar

Identificación del Paciente:

Firma: _____ Fecha: _____

Parentesco con el niño: _____

Firma Del Examinador: _____ Fecha: _____

What do you eat?

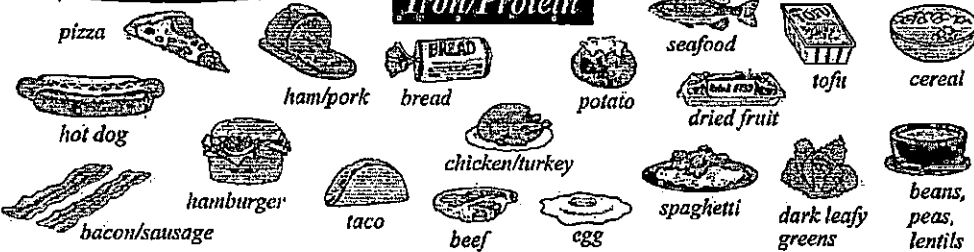
What did you eat yesterday? List everything you ate and drank. How much? What time?

Time	Amount	Food or Drink
10:00 a.m.	1/2 cup	Carrots

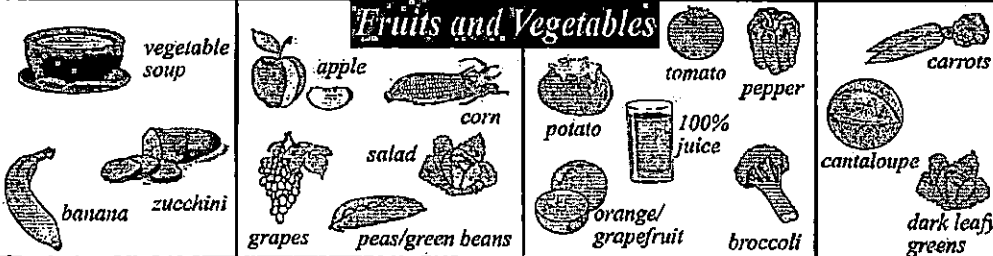
Was yesterday a typical day? Yes No

Circle the foods you eat often.

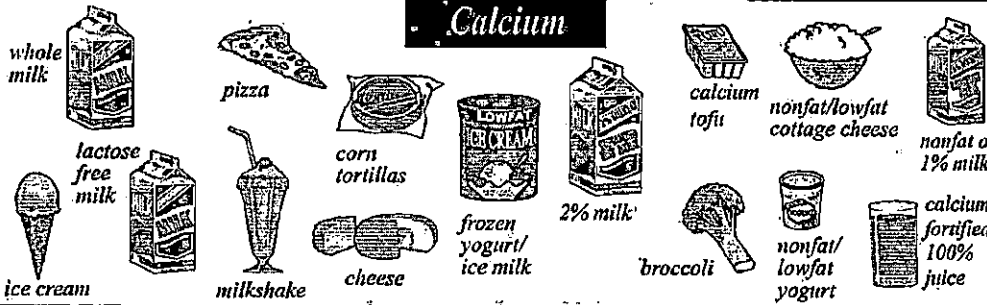
Iron/Protein



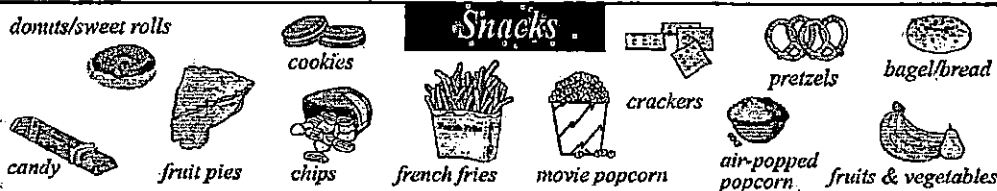
Fruits and Vegetables



Calcium



Snacks



Drinks



For office use only

(Check (✓) topics discussed)

- Continue eating healthy
- Regular meals/snacks
- Encourage breakfast
- Inadequate food supply
- Encourage lower fat
- Encourage lower sugar
- Weight management
- Disordered eating
- Other

Iron/Protein

- 2-3 servings daily
- High iron foods
- Alternate protein sources for vegetarian diets
- Beans, lentils, peas
- Limit high fat meats

Fruits and Vegetables

- 2-4 Fruits daily or more
- 3-5 Vegetables daily or more
- Vitamin C source
- Vitamin A sources

Calcium

- 3-4 servings daily
- Encourage nonfat or lowfat milk
- Encourage choices
- Low lactose alternatives
- Calcium fortified foods

Snacks

- High sugar snacks
- High fat snacks
- Fruit/vegetable snacks
- Fast food

Drinks

- Limit alcohol 1/day (2 for men)
- Drink 100% juice
- Drink 8-12 glasses water/day (at least each)
- Discourage fruit drinks
- Discourage soda/caffeine
- Discourage alcohol

Name _____ Age _____ Date of Birth _____ Date _____

Youth Nutrition and Activity Assessment

(Ages 8-21)

Provide additional information on your food, activity and health habits.

Health professionals: Complete assessment in the shaded boxes below using all information provided

Eating Habits:

Do you eat or drink:	Yes	No	Examples/Comments:
▶ breakfast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
▶ morning snack?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
▶ lunch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
▶ afternoon snack?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
▶ dinner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
▶ evening snack?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
▶ milk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
▶ soda, coffee, tea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
▶ beer, wine or other alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Eating Habits:

Yes No

Is the overall diet adequate? Does it include:

- 3 meals/2 snacks
- high iron foods
- calcium foods
- 5 or more fruits and vegetables
- adequate fluids

Is hgb/hct within normal limits?

Has there ever been a lead test?

Counseling given (topics): _____

Further counseling needed (topics): _____

Referral made to: _____

Exercise/Physical Activity:

▶ How many hours per day do you:

- ▶ watch TV? _____ hours per day
- ▶ play video/computer games? _____ hours per day
- ▶ surf the internet/chat rooms? _____ hours per day

▶ (Circle all that apply) Do you walk, run, bicycle, rollerblade or dance? Do you play basketball, softball, soccer, volleyball, other team sports?

▶ Do you participate in physical education classes at school?
 Yes No

▶ Other activities: _____

▶ How often are you physically active?
 _____ times per week _____ minutes each time

Yes No

Limit use of TV/computer/video/internet (1-2 hours/day or less) Goals set? _____

Encourage activity (60 minutes/day or more) Goal set? _____

Referral made to: _____

Weight/Body Image:

▶ Are you trying to:
 lose weight gain weight stay the same?

▶ Do you eat less to control your weight? Yes No
 Explain: _____

▶ Have you ever made yourself vomit? Yes No
 If yes, how often? _____ When was the last time? _____

▶ Do you ever "binge" eat? Yes No
 If yes, how often? _____ When was the last time? _____

▶ Are you currently using diet pills, laxatives, supplements, steroids, protein powders? Yes No

▶ Other products used: _____

BMI: _____ Date: _____

- Acceptable Range BMI between 5th and 85th percentile
- At risk of overweight BMI for age > 85th percentile < 95th percentile
- Overweight BMI for age > 95th percentile
- Underweight BMI for age < 5th percentile

Yes No

General signs of an eating disorder?

Understands healthy eating?

Counseling given? _____

Topics: _____

Referral made to: _____

Completed by Name/Title: _____ **Date:** _____

¿Qué Come Su Niño?

Ponga un círculo en las comidas que su niño *come* cada día o al menos 3 veces a la semana:

Bebés

Verduras Carne

Leche de pecho Fórmulas con hierro Cereal con hierro Frutas Feijoles Jugo Huevos Miel Almíbar (Karo) Tofu Galletas

Ponga un círculo en el dibujo que muestra como se siente su bebé o niño a la hora de comer:

Tortillas, Panes, Granos y Cereales

Arroz Sopa de macaron Tortillas Cereal con hierro Galletas Pan/Bagel Pretzels Pan dulce

Frutas y Verduras (Ricas en Vitaminas A, C, Ácido Fólico y Fibra)

100% Jugo Fresas Melón Duraznos Sandía Piña Manzana Uvas Naranja Tomate Coliflor Verduras verdes oscuras Zanahorias Calabacita Plátano Pasas Broccoli Chiles Repollo Ensalada Papa/Camote Ejotes/Chicharos Maíz

Alimentos Ricos en Calcio

Batido Leche Regular 1% Leche/leche desnatada Requesón bajo en grasa/sin grasa Queso 100% Jugo fortificado con calcio Helado Tofu fortificado con calcio Yogur bajo en grasa/sin grasa

Alimentos Ricos en Proteína y Hierro

Pollo/Pavo Carnes de res Pescado/atún enlatado Taco Jamón/Carne de puerco Huevos Cacahuates Espagueti con albóndigas Tofu Frijoles/Lentejas

Otras Comidas

Salchicha Hamburguesa Papas Fritas Chocolate Dulces Pizza Pollo Frito Aguas Frescas Galletas

Ponga un círculo si su bebé o niño usa:

Vitaminas

Ponga un círculo si su bebé o niño recibe comida de:

Food Stamps School Lunch Head Start WIC

Ponga un círculo en las actividades que su bebé o niño hace diario:

Toma agua:

Child's name: _____ Record #: _____
Age: ____ yrs. ____ mos. Wt: ____ lbs. Ht: ____ in. Date: ____/____/____

Office Use Only
Feeding milestones to check/visit

Baby: Birth to 24 months

Yes / No

- Breast-fed 8–12 times/24 hours during early weeks of lactation OR every 3–4 hrs./day for older infants?
- Formula-fed w/iron no less than 20 ounce/day? Correct dilution?
- No honey/Karo Syrup until 1 year?
- 4–6 months: Start on baby cereal with iron?
- 5–7 months: Start on pureed vegetables and fruits?
- 6–7 months: Drink from a cup?
- 6–8 months: Start on pureed or ground meat, i.e., poultry, beef, pork, fish, egg yolk, beans, tofu?
- 7–9 months: Eats finger foods and mashed/chopped foods, NO grapes, nuts, popcorn, hotdogs, hard candy?
- 1 year: Drinks regular milk no less than 16 ounces/day?
- 9–12 months: Feeds self, joins family meal and snack times?
- 12–24 mos.: Eats variety of foods: small portions, i.e., 1–2 Tbsp., 1/2 c juice, 1/2 slice of bread.

Child: 2 to 8 years

Yes / No

- Eats recommended variety and amounts of foods daily for age from the food guide pyramid?

Mealtime/Others:

Yes / No

- Set meal and snack times?
- Brush teeth by himself at 5 years?
- Good food supply?
- Takes vitamins, iron, or fluoride?
- Growing normally according to his/her growth patterns?
- Does child play with or eat dirt, plaster, clay, and paint chips?
- Any food intolerances or allergies? _____
- Referral for identified nutrition problem? Where? _____

Activity:

- Actively plays everyday i.e., running, biking, sports, 1 hour/day?
- TV viewing: 2 hours or less/day?



Childhood Lead Poisoning Prevention Program (CLPPP)

LEAD RISK ASSESSMENT QUESTIONNAIRE
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS DEL PLOMO

For children NOT PARTICIPATING in federally funded program. Para niños que NO PARTICIPAN en programas Federales

The following questions are to be answered by the parents/guardians of children at 12 and 24 months of age, or between 25 and 72 months, if no previous assessment or test has been done. Las siguientes preguntas son para ser contestadas por los padres o tutores de niños de 12 meses y 24 meses de edad, o dentro de 25 y 72 meses de edad, si no se les han hecho estas preguntas anteriormente.

1. Does your child live in, or spend a lot of time in, a place built before 1978 that has peeling or chipped paint or that has been recently renovated?
¿Vive su niño (a) ó pasó mucho tiempo en alguna casa o edificio que fue construida antes de 1978 en donde se esté descascarando la pintura o ha sido remodelada recientemente?
 Yes/Si No Don't Know/No se
2. Do you use imported or home-made dishes or containers to serve, prepare, or store food or drinks? (Clay pots, lead-soldered pots, ceramic ware, leaded glass)
¿Usa usted ollas, trastes o vasos importados de otros países o hechos a mano para preparar, servir, o guardar comida, o bebidas? (jarros o cazuelas de barro, ollas soldadas con plomo, vasos de vidrio que contengan plomo).
 Yes/Si No Don't Know/No se
3. Does your child live with someone whose job or hobby involves lead? (Paint removal, furniture refinishing, welding, soldering, automobile assembly, battery manufacturing or recycling, radiator repair, gardening, or making pottery)
¿Vive su niño(a) con alguien que está expuesto al plomo en su trabajo, o en algún pasatiempo? (Pintando, soldando, fabricando o reciclando baterías de autos, reparando carros, o hacienda cerámica)
 Yes/Si No Don't Know/No se
4. Does your child put non-food items in his/her mouth (dirt, soil, paint chips, lead bullets, batteries, keys etc.)? *¿Su niño(a) se lleva a la boca objetos no comestibles? (tierra, pintura descascarada, balas hechas de plomo, baterías, llaves, etc.)*
 Yes/Si No Don't Know/No se
5. Does your family use home remedies such as Greta, Azarcon, or Estomaquil?
¿Usa su familia remedios caseros como Greta, Azarcon, o Estomaquil?
 Yes/Si No Don't Know/No se
6. Does your child eat imported candies such as Pelon Rico, Chaca Chaca, or Lucas Acidito?
¿Come su hijo(a) Dulces importados como Pelon Rico, Chaca Chaca, o Lucas Acidito?
 Yes/Si No Don't Know/No se

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Para cumplir con las nuevas leyes Federales (HIPAA), esta oficina ha establecido procedimientos para hacer que su identidad y su historia medica esten mas seguros. El unico uso que le damos a su información es para propósitos de cobrar sus costos medicos y el adecuado tratamiento medico. Debemos tener en su historial medico una declaración de que usted a leído sus derechos y responsabilidades y que usted ha entendido perfectamente. Por favor llámé a nuestra oficina si tiene alguna pregunta.

DERECHOS DE LOS PACIENTES

- Recibir atención medica dentro de un tiempo razonable.
- Recibir servicios medicos necesarios.
- Ser tratado con respeto y cortesía.
- Recibir toda la información necesaria respecto a su cuidado medico, tratamiento, incluyendo los riesgos y opciones.
- Tener información acerca de su cobertura medica
- Tratar su historial medico y personal de manera confidencial.
- Tener derecho a participar en las decisiones de su tratamiento medico.
- Tener derecho a reusar el tratamiento
- Recibir acceso imparcial al tratamiento
- Recibir una segunda opinion segun el plan de tratamiento
- Revisar o recibir copias de su historia medica sujeto a las restricciones legales y razonables costo por las copias.
- Pedir revision de su historial medico por el medico y pedir correcciones si es necesario
- Recibir información sobre como presentar una queja
- Formular un «advance directive» en el caso de estar con una enfermedad grave o lesion severa
- A que se le provea o a que traiga con usted un interprete en su propio idioma.

RESPONSABILIDADES

- Tener apropiada identificación, su tarjeta de seguro medico (aseguranza), cobertura del plan etc. al momento de su cita medica.
- Cumplir su cita medica o llamar a la oficina con tiempo suficiente para cancelar su cita.
- Pagar sus obligaciones financieras al momento en que se le presta el servicio, como el costo del deducible o el co-pago.
- Proveer información completa y verdadera.
- Cumplir con el plan de tratamiento que usted acepto y que le fue ordenado por su medico.
- Ser considerado con las demas personas
- Proveer información de los documentos legales si usted es el guardian de un menor que esta siendo tratado.
- Proveer una lista de personas que deben recibir información medica acerca suyo on en su nombre en caso de una emergencia.

Por favor lea y firme esta forma y entregala en la recepción de la oficina

NOMBRE DE PACIENTE

FECHA

AUTHORIZATION TO TREAT A MINOR

I hereby consent to and authorize the administration of all diagnostic and therapeutic treatments that may be considered advisable or necessary in the judgment of the attending physician for the treatment/diagnosis of

Minor's Name

Minor's Birthdate

I hereby authorize the physician to release any information acquired in the course of the minor's examination or treatment.

Signature of Parent/Guardian

Date

AUTORIZACIÓN DE UNA TERCERA PERSONA PARA DAR TRATAMIENTO MEDICO A UN MENOR DE EDAD

(Yo) (Nosotros), padre(s), madre, del suscrito(a) y con la custodia/tutela legal de _____, menor de edad, por medio de ésta autorizo

Nombre del Menor

(amos) a Val. Oluéchere, MD, MPH como agente(s) del suscrito(a) y doy

(damós) nuestro consentimiento para que le tomen radiografías, le hagan pruebas de diagnóstico (incluyendo análisis de sangre, orina, pruebas en la piel, inmunizaciones) y tratamiento médico externo (no incluyendo cirugía). Que se considere prudente y que se efectúe bajo la supervisión general o especial de un Doctor en Medicina, con autorización para practicar de acuerdo a lo previsto en el Acta de Práctica Médica (Medical Practice Act), ya sea que dichos tratamientos or diagnósticos se efectúen en

VALENTINE MEDICAL CLINIC (nombre de la Clínica).

Padre/Madre/ Tutor Legal

Fecha

COMMUNICATION CONSENT AGREEMENT

I UNDERSTANT THAT UNDER FEDERAL LAW (HIPAA), THIS MEDICAL OFFICE MAY NOT RELEASE ANY MEDICAL INFORMATION TO ANY INDIVIDUAL, WITHOUT MY EXPRESS WRITTEN PERMISSION. LAW ENFORCEMENT AND COURT ORDER ARE TWO EXCEPTIONS TO THIS REQUIREMENT. I, THEREFORE, GIVE PERMISSION TO THIS OFFICE TO RELEASE MEDICAL INFORMATION ON MY BEHALF, TO THE FOLLOWING PERSON(S):

Name: _____ Relationship: _____

Address: _____

Phone #: _____ Age: _____ Birthday: _____

Drivers License #: _____ Social Security #: _____

Other Forms of Identification: _____

Name: _____ Relationship: _____

Address: _____

Phone #: _____ Age: _____ Birthday: _____

Drivers License #: _____ Social Security #: _____

Other Forms of Identification: _____

Authorized Methods of Communication (check all that apply)			
<input type="checkbox"/> Home Telephone Number	<input type="checkbox"/> Work Telephone Number	<input type="checkbox"/> Written Correspondence Mail/Delivery Service	<input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Leave call back number only: Do not leave message	<input type="checkbox"/> Leave call back number only: Do not leave message	<input type="checkbox"/> Fax #	
<input type="checkbox"/> Okay to leave detailed message with person	<input type="checkbox"/> Okay to leave detailed message with person		
<input type="checkbox"/> Okay to leave detailed message on answering machine	<input type="checkbox"/> Okay to leave detailed message on personal voice mail		

Patient Signature: _____ Date: _____

VALENTINE MEDICAL CLINIC

16070 Tuscola Rd Suite 101

Apple Valley, CA 92307

Phone (760)267-9931 - Fax (760)267-9933

PATIENT AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

PATIENT'S NAME: _____ DATE OF BIRTH _____

(IN COMPLIANCE WITH THE FEDERAL "HIPPA" GUIDELINES)

How we may use and disclose your health information.

Your protect health information will be used by our office or disclosed to other for the purpose of treatment, obtaining payment, or supporting the day-to-day health care operations of the practice.

The notice of privacy practices.

Our office is required to provide to you a noticed that describes how information about you may be used and diclosed. Additionally, we must provide you information on how you may get access to information. These policies and practices are defined in the "Notice of Privacy Practices of this office" paper provided to you. Please review it carefully.

You may placed restrictions on the use or disclosure of your health information.

You may request a restriction on the use or disclosure of our protected information. However, our office may or may not agree to your request to restrict the use to activate this request. please consult with a practice representative or the Privacy official if you like additional information or clarification. It is a violation of the federal privacy standards if our office agrees and fails to comply with your request. The restrictions requested will not affect use and disclosure of your information prior to the date of your request. If you still have questions after reviewing the Notice of Privacy, please consult with a Practice Representative or the Privacy Official at the location and contact information listed on the back of the papper.

You May revoke this consent at anytime.

You may revoke this consent at anytime; however our office requires that you must revoke this consent in writing. If you choose to revoke this consent, the revocation will not affect the use and disclosuure prior to the date of your request.

Changes to privacy practices.

Our office reserves the right to change or modified the privacy practictices outlined in the noticed of Privacy paper. You will be notified of any change of privacy practices at your next appointment.

Signature.

I have reviewed this consent form, received the paper entitled "Notice Of Privacy Practices of this Office" and give my permission to Valentine Medical Clinic and Associates to use and disclose my health information in accordance with this consent and the notice provided.

NOTICE TO CONSUMERS Medical doctor is licensed and regulated by the Medical Board of California (800)633-2322 www.mbc.ca.gov

Patient's Name _____
PLEASE PRINT

Signature: _____ Date: _____

Patient's Represenative _____
PLEASE PRINT

Relationship to Patient: _____

Signature: _____ Date: _____

Tuberculosis Evaluation Questionnaire
Cuestionario Evaluatorio Sobre Tuberculosis

**You (your child) may be at increased risk for TB if you answer YES to any of the following questions.
Sus hijos pueden tener un riesgo muy alto de poder contraer "TB" si contestó en informa afirmativa a cualquiera de las siguientes preguntas:

Name: _____ Medical Record#: _____

Age: _____ DOB: _____ DOS: _____

1. Have you (has your child) ever had a positive tuberculosis (TB) skin test? If so, what date?
¿Acaso usted (o su hijo/a) recibido a un resultado positivo del examen de tuberculosis?
YES / SI Date/Fecha: _____ NO

2. Do you have a family member or close contact with a history of confirmed or suspected TB?
¿Existe algun contacto cercano o algun miembro de la familia que haya sido declarado enfermo de TB o que se sospeche tener esta enfermedad?
YES / SI NO

3. Were you (was your child) born in or travel to high TB prevalence countries? (Africa, Asia, or Latin America)
¿Nacio usted (o su hijo/a) fuera de los Estados Unidos o visita lugares donde hay tuberculosis? (Africa, Asia, o Latino America)
YES / SI NO

4. Do you have any family members or frequent visitors who are from Africa, Asia, or Latin America?
¿Tiene usted familiares provenientes de Africa, Asia, o Latino America Viviendo en su hogar?
YES / SI NO

5. Do you (does your child) have a history of confirmed or suspected HIV infection or other problems with their immune system?
¿Acaso usted (o su hijo/a) haya sido diagnosticado(a) con algun tipo de infeccion como el sida o con problemas con su sistema inmuno?
YES / SI NO

6. Do you (does your child) live with any individual who is HIV positive?
¿Acaso usted (o su hijo/a) haya sido declarado positivo con el examen del sida?
YES / SI NO

7. Do you (does your child) live in an "out of home" placement facility?
¿Acaso usted (o su hijo/a) se encuentra viviendo temporalmente en un hogar o local sostenido por el gobierno o asistencia social?
YES / SI NO

8. Have you been, or do you (does your child) live with any individual who has been incarcerated in the last 5 years?
¿Acaso usted (o su hijo/a) vive con adultos que hayan estado presos or cualquier motivo en los ultimos 5 anos?
YES / SI NO

9. Do you (does your child) live among, or are you (is he/she) frequently exposed to individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs, or residents in a nursing home?

¿Acaso usted (o su hijo/a) vive o se asocia frecuentemente con personas que viven en las calles, que sean trabajadores temporales del campo, utilicen drogas ilegales inyectables o que residan en asilos o en hospitales de convalecencia?

YES / SI

NO

10. Do you (does your child) consume alcoholic beverages?

¿Usted (su hijo/a) consume alcohol?

YES / SI how much / cuanto _____ NO

** A person who is at increased risk for TB should have a yearly TB test.*

(All children are tested routinely for TB at 4-5 years, 13-16 years, regardless of risk)

**Cualquier persona que tiene un alto riesgo de contraer TB debe hacerse el examen de la tuberculosis cada año. (se les examina a los 4 y 5 años y de los 13 a 16 años)*



Valentine Medical Clinic

16070 Tuscola Rd Suite 101

Apple Valley, CA 92307

Phone (760)267-9931 - Fax (760)267-9933

Family Practice / Pediatrics

STAT

ROUTINE

AUTHORIZATION TO RECEIVE OR RELEASE MEDICAL INFORMATION

THIS AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF MEDICAL INFORMATION IS BEING REQUESTED OF YOU TO COMPLY WITH THE TERMS OF THE CONFIDENTIALITY OF MEDICAL INFORMATION ACT 1981, SECTION 58 SEQ. OF THE CALIFORNIA CIVIL CODE

Patient's Last Name (Please Print)	First	Date of Birth	
Patient Address	City	State	Zip Code
Give Other Name Patient Received Treatment Under	Phone No.	Message Phone No.	
S.S.N	Entity/Group	CHB	Medical Record Number

FROM

Name of Physician/Health Care Provider/Other	
Address	City/State/Zip Code
Fax Number	Phone Number

TO

Name of Physician/Health Care Provider/Other	
VALENTINE MEDICAL CLINIC	
Address	City/State/Zip Code
16070 Tuscola Rd Suite 101 Apple Valley, CA 92307	
Fax Number	Phone Number
(760)267-9933	(760)267-9931

- All Available Records
- Only Information listed below/Following Dates:

under some circumstances information in a record that mentions HIV, Drug Use, Alcohol use or Mental conditions, will require an additional authorization

- Primary Care Physician/Medical Care
- Billing
- Outside Medical Review
- Other

Duration

This authorization shall become effective immediately for 90 days

Restrictions

I understand that the requester may not further use disclose the medical information unless another authorization is obtained from me or unless such use or disclosure is specifically required or permitted by law. I also understand that pertaining parties have the right to receive a copy of this authorization.

PATIENT/GUARDIAN/AUTHORIZED REPRESENTATIVE

DATE

WITNESS

VALENTINE MEDICAL CLINIC

16070 Tuscola Rd Suite 101

Apple Valley, CA 92307

Phone (760)267-9931 - Fax (760)267-9933

NOTICE OF PRIVACY PRACTICE OF THIS OFFICE June 1, 2010

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

The Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 ("HIPAA") is a federal program that requires that all medical records and other individually identifiable health information used or disclosed by us in any form, whether electronically, on paper, or orally, are kept properly confidential. This Act gives you, the patient, significant new rights to understand and control how your health information is used. "HIPAA" provides penalties for covered entities that misuse personal health information.

As required by "HIPAA", we have prepared this explanation of how we are required to maintain the privacy of your health information and how we may use and disclose your health information.

We may use and disclose your medical records only for each of the following purposes: treatment, payment and health care operations.

- **Treatment** means providing, coordinating, or managing health care and related services by one or more health care providers. An example of this would include a physical examination.
- **Payment** means such activities as obtaining reimbursement for services, confirming coverage, billing or collection activities, and utilization review. An example of this would be sending a bill for your visit to your insurance company for payment.
- **Health care operations** include the business aspects of running our practice, such as conducting quality assessment and improvement activities, auditing functions, cost-management analysis, and customer service. An example would be an internal quality assessment review.

We may also create and distribute de-identified health information by removing all references to individually identifiable information.

We may contact you to provide appointment reminders or information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you.

Any other uses and disclosures will be made only with your written authorization. You may revoke such authorization in writing and we are required to honor and abide by that written request, except to the extent that we have already taken actions relying on your authorization.

You have the following rights with respect to your protected health information, which you can exercise by presenting a written request to the Privacy Officer:

- The right to request restrictions on certain uses and disclosures of protected health information, including those related to disclosures to family members, other relatives, close personal friends, or any other person identified by you. We are, however, not required to agree to a requested restriction. If we do agree to a restriction, we must abide by it unless you agree in writing to remove it.
- The right to reasonable requests to receive confidential communications of protected health information from us by alternative means or at alternative locations.
- The right to inspect and copy your protected health information.
- The right to amend your protected health information.
- The right to receive an accounting of disclosures of protected health information.
- The right to obtain a paper copy of this notice from us upon request.

We are required by law to maintain the privacy of your protected health information and to provide you with notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information.

This notice is effective as of _____, 20____ and we are required to abide by the terms of the Notice of Privacy Practices currently in effect. We reserve the right to change the terms of our Notice of Privacy Practices and to make the new notice provisions effective for all protected health information that we maintain. We will post and you may request a written copy of a revised Notice of Privacy Practices from this office.

You have recourse if you feel that your privacy protections have been violated. You have the right to file written complaint with our office, or with the Department of Health & Human Services, Office of Civil Rights, about violations of the provisions of this notice or the policies and procedures of our office. We will not retaliate against you for filing a complaint.

Please contact us for more information:

For more information about HIPAA
or to file a complaint:

The U.S. Department of Health & Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
(202) 619-0257
Toll Free: 1-877-696-6775

Valentine Medical Clinic
Polizas de baja de pacientes, cancelación tardía e inasistencia

Poliza de baja de Pacientes

Propósito: Definir las situaciones en las que un proveedor o esta clínica puede o no optar por despedir a un paciente de recibir atención en la clínica.

Valentine Medical Clinic está compuesta por: Medicos, Médicos Practicantes, Proveedores Auxiliares, todo el personal correspondiente, incluyendo, entre otros, Estudiantes en practica/entrenamiento, Personal de apoyo y Visitantes.

Definiciones:

Incomparecencia: Se considerará incomparecencia la ausencia a una cita sin notificar al departamento con anticipación, o la llegada con más de 15 minutos de retraso y la imposibilidad de ser atendido ese día.

Paciente establecido: Se considera incomparecencia a un paciente que ha recibido servicios profesionales de un médico/profesional de la salud calificado u otro médico/profesional de la salud calificado de la misma especialidad y subespecialidad, perteneciente al mismo grupo de práctica, en los últimos tres años.

Paciente establecido con incomparecencia crónica: Se considerará incomparecencia crónica a un paciente que haya registrado tres o más incomparecencias en un período consecutivo de 12 meses, a partir de la primera incomparecencia. Las inasistencias no tienen por qué ser consecutivas.

Paciente nuevo: Un paciente nuevo es aquel que no ha recibido servicios profesionales de un médico/profesional de la salud calificado, ni de otro médico/profesional de la salud calificado de la misma especialidad o subespecialidad que pertenezca al mismo grupo de práctica, en los últimos tres años.

Paciente nuevo con inasistencia crónica: Se considerará paciente nuevo con inasistencia crónica si ha registrado dos o más inasistencias en la clínica, independientemente del período de tiempo.

Paciente violento: Se considerará violento si exhibe cualquier acción hostil de naturaleza dañina o cualquier acción que muestre la intención de dañar físicamente a cualquier empleado o empleado contratado, o a otro paciente de la clínica.

Acoso: El acoso es cualquier conducta verbal o física que muestre hostilidad hacia una persona por su raza, color, religión, género, orientación sexual, identidad de género, estado civil, edad, discapacidad física o mental, o cualquier otra condición protegida por las leyes federales, estatales o locales.

Poliza:

Valentine Medical Clinic tiene como poliza que sus profesionales no están obligados a continuar atendiendo a un paciente que no coopere, sea violento o que acose al personal de la Clínica. Se puede considerar la baja del departamento por presentar cualquiera de los siguientes comportamientos:

-**Falta crónica de citas** (consulte la Política de inasistencia y cancelación tardía de citas de VMC para obtener más detalles);

-**Negarse a cooperar con el médico**, el profesional de la salud o cualquier empleado de la clínica. Dado que los pacientes poseen autonomía y autodeterminación, lo que incluye el derecho a aceptar o rechazar un tratamiento médico, tienen derecho a decidir si desean o no continuar con un tratamiento específico. Sin embargo, si el paciente presenta incumplimientos reiterados o el profesional considera que la relación entre ambos se ha dañado irrevocablemente debido a su negativa a cooperar, el profesional tiene derecho a terminar dicha relación.

-**Amenazar** o presentar demandas contra personas o la clínica.

-**Mostrar una actitud**, comportamiento o acción amenazante u hostil que haga que cualquier miembro del personal o paciente se sienta inseguro o perjudicado. Demostrar un comportamiento violento o abusivo.

-**Incumplir** el Acuerdo sobre Sustancias Controladas.

-**Pérdida** de la relación terapéutica/profesional entre el proveedor y el paciente, incluyendo, entre otros, el tratamiento, el seguimiento de la falta de adherencia, el incumplimiento, el comportamiento poco ético, deshonesto o fraudulento y la difamación verbal, social o en medios impresos.

Además del despido de la clínica, los pacientes/clientes violentos o abusivos, o los pacientes/clientes que participen en cualquier tipo de acoso, serán tratados como corresponde, incluyendo la presentación de cargos ante las autoridades competentes.

El regreso del paciente a los servicios en la clínica quedará a discreción del proveedor/clínica.

El paciente tendrá 30 días a partir de la fecha de impresión de la carta para transferirse a un nuevo proveedor. Durante ese tiempo, podrá recibir atención aguda y resurtidos de medicamentos discrecionales.

No se podrá considerar la baja de los pacientes por ninguna de las siguientes razones:

Motivos económicos, como la incapacidad de pagar los servicios prestados;

Raza, etnia, orientación sexual, identidad de género, sexo, ciudadanía, embarazo, discapacidad, servicio militar, religión;

La edad del paciente podría requerir la transferencia de la atención a un proveedor adecuado.

Propósito: Definir la política de cancelaciones tardías e inasistencias a citas de pacientes en la Clínica Médica Valentine.

Definiciones:

Valentine Medical Clinic está compuesta por: Médicos en ejercicio, Auxiliares de enfermería, todo el personal correspondiente, incluyendo, entre otros, Estudiantes en ejercicio, Personal de apoyo y Visitantes.

Cancelación tardía: Una cita cancelada dentro de las 24 horas previas a la hora de inicio.

Inasistencia: Una cita perdida sin notificar a la clínica con anticipación, o pacientes que llegan con más de 15 minutos de retraso al registro y no pueden ser atendidos ese día, se considerará inasistencia.

Paciente Establecido: Un paciente establecido es aquel que ha recibido servicios profesionales de un médico/profesional de la salud calificado u otro médico/profesional de la salud calificado de la misma especialidad y subespecialidad, perteneciente al mismo grupo de práctica, en los últimos tres años.

Paciente Establecido con Inasistencia Crónica: Se considerará que un paciente ha inasistido crónicamente si ha registrado tres o más inasistencias en un período consecutivo de 12 meses, a partir de la primera. No es necesario que las inasistencias sean consecutivas.

Paciente nuevo: Se considera paciente nuevo a aquel que no ha recibido servicios profesionales de un médico/profesional de la salud calificado, ni de otro médico/profesional de la salud calificado de la misma especialidad o subespecialidad que pertenezca al mismo grupo de práctica, en los últimos tres años.

Paciente nuevo con inasistencia crónica: Se considerará paciente nuevo con inasistencia crónica si ha registrado dos o más inasistencias en esa práctica, independientemente del período de tiempo.

Política:

Inasistencia

Toda cita que se considere inasistencia según la definición anterior se marcará manualmente o por el sistema como inasistencia en el estado final de la cita del sistema de programación.

Las inasistencias de pacientes registrados se registrarán durante un período consecutivo de 12 meses, comenzando con la primera inasistencia.

Las inasistencias de pacientes nuevos también se registrarán.

Los pacientes que no se presentan regularmente pueden ser dados de baja por la clínica.

Consulte la Política de Bajas de Valentine Medical Clinic para conocer los procedimientos y la pertinencia de la misma. Queda a discreción del proveedor/personal administrativo aceptar o no a pacientes que hayan sido dados de baja por otras clínicas similares como nuevos pacientes.

Consulte la Política de Bajas de Valentine Medical Clinic para conocer los procedimientos y la pertinencia de la misma.

Cancelación tardía

Cualquier cita cancelada dentro de las 24 horas previas a la hora de inicio se considerará una cancelación tardía y se marcará como "Cancelada" en el estado final de la cita del sistema de programación.

El personal de la oficina marcará manualmente la cita como cancelada y podrá agregar un motivo de cancelación.

Los pacientes que cancelen sus citas a través de HEALOW deberán seguir las definiciones de cancelación tardía e inasistencia descritas en esta política.

Al firmar a continuación, ingresar a las instalaciones o recibir tratamiento en la Clínica Médica Valentine, se entiende, reconoce y cumple con lo anterior.

Fecha

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Nombre del guardian/(p)(m)adre/responsable del paciente

Firma del guardian/(p)(m)adre/responsable del paciente