



SAN BRUNO PEDIATRICS, INC.
1001 SNEATH LANE, SUITE 104, SAN BRUNO, CA 94066
P (650)-873-4545 F (650)-873-4544
Maria Abunto, MD, FAAP

Informacion de paciente

Apellido:	Nombre:	Inicial Segundo Nombre:
Direccion:	Cuidad:	Codigo postal:
Telefono:	Nombre de seguro medico:	
Masculino/Femenino	Fecha de Nacimiento:	SSN:
Nombre y telefono de persona para llamar en caso de emergencia:		
Quien lo refirio a nuestra oficina:		

Informacion de Padre

Informacion de Guardian

(favor de marcar uno)

Apellido:	Nombre:	Inicial Segundo Nombre:
Direccion:	Cuidad:	Codigo postal:
Telefono:	Cellular:	
Fecha de nacimiento:	SSN:	
Compania de trabajo:	Telefono:	
Direction:		
Su higo/hija esta cubierto bajo su aseguransa de trabajo? Si o No		
Nombre de seguro medico:		

Informacion de Madre

Informacion de Guardian

(favor de marcar uno)

Apellido:	Nombre:	Inicial Segundo Nombre:
Direccion:	Cuidad:	Codigo postal:
Telefono:	Cellular:	
Fecha de nacimiento:	SSN:	
Compania de trabajo:	Telefono:	
Direction:		
Su higo/hija esta cubierto bajo su aseguransa de trabajo? Si o No		
Nombre de seguro medico:		

Yo, _____ certifico que mi dependiente esta cubierto bajo _____ (nombre de aseguransa) y asignado directamente a la Dr Maria Abunto. Yo entiendo que soy responsable de todos los gastos cubiertos o no por la aseguransa. Yo autorizo a San Bruno Pediatrics, Inc. para dar la informacion necesaria para asegurar los costos por servicios medicos. Yo autorizo el uso de mi firma para todos los reclamos de seguro medico.

Firma de persona responsable de seguro medico: _____ Fecha: _____

Relacion a paciente: _____

Reconocimiento de Practicas de Privacidad

Se me ha proporcionado la oportunidad de revisar el aviso de Practicas de Privacidad

Firma _____

Relacion a paciente: _____



SAN BRUNO PEDIATRICS, INC.
1001 SNEATH LANE, SUITE 104, SAN BRUNO, CA 94066
P (650)-873-4545 F (650)-873-4544
Maria Abunto, MD, FAAP

Nombre de el Paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Sexo: Hombre/Mujer Ethnicidad _____ Lugar de Nacimiento: _____

Historia Medica Familiar: Algun miembro de la familia, (madre, padre, hermanos, abuelos, tios) que haya
 sufrido alguna de estas enfermedades

Asma _____ Alergias _____ Diabetes _____ Tuberculosis _____ Alcolismo _____
 Presion Alta _____ Defectos de Nacimiento _____ Problemas de Rinon _____ Cancer _____
 Abuso de Dorgas _____ Fumar _____

Historia Medica Del Paciente

Enfermedades Graves _____ Accidentes Serios _____
 Cirgias (fecha y razon) _____
 _____ Fracturas _____
 Hospitalisaciones _____ Enfermedades cronicas _____
 Alergias _____ Medicamentos que tome diario _____

Historia de Nacimiento Del Nino/Nina

Peso al nacer _____ Estatura al nacer _____ Vaginal _____ Cesaria _____
 Nacio: termino complete/ premature/despues de tiempo
 Complicaciones del parto: _____

 Problemas durante el embarazo: _____

Madre

No. de embarazos _____ Nacimientos vivos _____ Abortos _____ Ninos vivos _____

Historia de Escuela-

En que grado esta su hijo/hija? _____

Tiene algun problema de aprendisaje?

Estan al corriente sus vacunas? Si No
 Ha recibido las vacunas de Hepatitis B? Si No

Comentarios: _____

Firma: _____ Fecha: _____



SAN BRUNO PEDIATRICS, INC.
1001 SNEATH LANE, SUITE 104, SAN BRUNO, CA 94066
P (650)-873-4545 F (650)-873-4544
Maria Abunto, MD, FAAP

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES

Yo autorizo San Bruno Pediatrics, Inc. recibir servicios medicos a:

Nombre Del Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Los servicios incluyen la examination y tratamiento de problemas medicos, la administracion de vacunas, arreglos de la attention hospitalaria, las pruebas y procedimientos de laboratorio que se considere necesario en el cuidado de el paciente.

Este consentimiento sera efectivo a menos que sea revocado por escrito o hasta que el paciente cumpla los dieciocho anos.

Firma

Relacion al paciente

Fecha



SAN BRUNO PEDIATRICS, INC.
1001 SNEATH LANE, SUITE 104, SAN BRUNO, CA 94066
P (650)-873-4545 F (650)-873-4544
Maria Abunto, MD, FAAP

AUTHORIZATION FOR USE AND/OR DISCLOSURE OF PATIENT HEALTH

Autorización de uso y divulgación de la salud del paciente

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Tel: _____

Yo autorizo a la oficina de la Dra. Maria Abunto a usar y divulgar mi información de salud para fines de operaciones de salud, tratamiento y actividades de pago.

Duración: esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente hasta que el paciente cumpla dieciocho años.

Revocación: Esta autorización está sujeta a mi revocación por escrito en cualquier momento. La revocación por escrito será efectiva al momento del recibo, excepto en la medida en que la parte reveladora haya actuado de acuerdo con esta autorización.

Redisclosure: entiendo que el destinatario no puede usar o divulgar legalmente la información de salud a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o a menos que se obtenga de mí otra autorización o a menos que dicho uso o divulgación sea específicamente requerido o permitido por la ley.

Firma: _____ Fecha: _____

Relacion Al Paciente: _____



SAN BRUNO PEDIATRICS, INC.
 1001 SNEATH LANE, SUITE 104, SAN BRUNO, CA 94066
 P (650)-873-4545 F (650)-873-4544
 Maria Abunto, MD, FAAP

AUTHORIZATION FOR TRANSFER OF MEDICAL RECORDS

Autorización para la transferencia de registros médicos.

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

 Address: _____ Tel: _____

I hereby authorize:

_____ (name of previous doctor/office)
 _____ (address and telephone number)

To transfer and disclose my health information (medical records, including immunization records laboratory results, radiology reports, consultations reports) to Dr. Maria Abunto for the purposes of continuity of care.

Duration: This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect for one year.

Revocation: This authorization is subject to written revocation by me at any time. The written revocation will be effective upon receipt, except to the extent that the disclosing party or others have acted in reliance upon this authorization.

Redisclosure: I understand that the recipient may not lawfully further use or disclose the health information unless another authorization is obtained from me unless such use or disclosure is specifically requires or permitted by law.

Date: _____ Signature: _____

If signed by other than patient, indicate relationship: _____

Name of representative: _____



SAN BRUNO PEDIATRICS, INC.
1001 SNEATH LANE, SUITE 104, SAN BRUNO, CA.94066
P (650)-873-4545 F (650)-873-4544
Maria Abunto, MD, FAAP

Aviso de Prácticas de Privacidad

Cada vez que recibe tratamiento en nuestra clínica, se hace un registro. Por lo general, este registro contiene sus síntomas, observaciones de examen, resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y futuros planes de atención/tratamiento. Entender su información de salud y cómo se usa ayuda a asegurar que sea precisa, usada y divulgada apropiadamente, y que usted tome decisiones informadas al autorizar divulgaciones a otros.

Según las directrices de la HIPAA (*Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud*), todas las clínicas deben proporcionar a los pacientes sus prácticas de privacidad. Esto describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada y cómo puede obtener acceso a esta información.

No se dará información sobre su condición a los empleadores, amigos o familiares sin su permiso (excepto si lo requiere un tribunal de justicia). Queremos que entienda completamente su condición y su tratamiento. Si usted no entiende algo, por favor no dude en hacer preguntas. Además, sus sugerencias o quejas son importantes para nosotros porque estamos interesados en formas de mejorar nuestros servicios.

Por mi firma a continuación, reconozco (por favor marque solo uno):

- He sido notificado de la disponibilidad de las *Prácticas de Privacidad*, pero declino una copia en este momento, sabiendo que se me proporcionará si se solicita.
- Me gustaría recibir una copia completa de las *Prácticas de Privacidad*.

Firma del paciente/tutor

Fecha

Además,

Autorizo al médico y/o al personal de la oficina a discutir mi condición de salud con el individuo(s) designado abajo (i.e. guardián, cónyuge, etc.) que puede solicitar/necesitar ser informado sobre mi condición.

- Sí
- No

Nombre(s) de persona(s) permitida: _____



PEDIATRÍA SAN BRUNO, INC.
1001 SNEATH LANE, SUITE 104, SAN BRUNO, CA.94066
P (650)-873-4545 F (650)-873-4544
Maria Abunto, MD, FAAP

Con un nuevo año viene nuevas leyes que cada médico debe ser consciente de. Una de estas leyes [- Proyecto de Ley de la Asamblea \(AB\) 1278 - requiere que los médicos proporcionen un aviso a sus pacientes con respecto a la base de datos de pagos abiertos \(base de datos\)](#), que es administrada por los Centros de EE.UU. para Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS.

Específicamente, esta nueva ley requiere que los médicos hagan lo siguiente a partir del **1 de enero de 2023**:

"La base de datos de pagos abiertos es una herramienta federal utilizada para buscar pagos hechos por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales docentes. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>."

"Solo con fines informativos, se proporciona aquí un enlace a la página web federal de Pagos Abiertos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La Ley Federal de Pagos Médicos por la Luz del Sol requiere que la información detallada sobre el pago y otros pagos de valor por valor de más de diez dólares (\$10) de los fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y biológicos a los médicos y hospitales de enseñanza esté disponible para el público."

En virtud de esta ley, la violación de estos requisitos constituye una conducta poco profesional. Los requisitos creados por esta ley no se aplican a un médico que trabaja en una sala de emergencias del hospital. Para obtener más información, consulte el texto de [AB 1278](#) y visite la página web de [AB 1278 FAQ de la Junta](#), o envíenos un correo electrónico a webmaster@mbc.ca.gov.

Signature: _____

Date: _____
