

**Children's Endocrine & Diabetes Care, INC**  
1447 Medical Park Blvd. Ste 104  
Wellington, FL 33414

**Información del Paciente**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

No. Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino \_\_\_\_\_

No. Telefónico de Casa: \_\_\_\_\_ No. de Celular: \_\_\_\_\_ Medico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Dirección de Paciente: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Edo. Código Postal

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**Padres/Guardián**

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ No. Tel. de Casa: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ No. de Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ No. Tel. de Casa: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ No. de Celular: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Numero Telefónico: \_\_\_\_\_

**Información del Seguro Medico**

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ No. Telefónico: \_\_\_\_\_

No. de Póliza #: \_\_\_\_\_ No. de Grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

**Información del Farmacia**

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ No. Telefónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Autorización de Servicios y Acuerdo de Pago**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

*La firma a continuación sirve como autorización de los servicios de Children's Endocrine & Diabetes Care, Inc., para el niño menor antes mencionado, y la liberación de la información necesaria para presentar un seguro y asignar los beneficios que correspondería pagar al asegurado, el médico, o el grupo indicado en la reclamación.*

*También entiendo que soy financieramente responsable de todos los co-pagos, deducibles o servicios no cubiertos por mi plan de seguro y que es mi responsabilidad de estar informados del coste de tales servicios. Estoy de acuerdo en reembolsar al médico por estos servicios en el momento en que se prestan. (Una copia de la firma es tan válida como el original.)*

Firma: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Imprenta

**Historial médico y familiar**  
**(ESTA PÁGINA DEBE SER COMPLETADA)**

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Historial del paciente al nacer:**

Las complicaciones durante el embarazo (incluyendo los medicamentos que tomó y si alguna complicación): \_\_\_\_\_

Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Medida al nacer: \_\_\_\_\_

Algún antecedente de mortinatos o abortos involuntarios en la familia? \_\_\_\_\_

**Historial Medico del Paciente:**

Enfermedades de la infancia: \_\_\_\_\_

Cirugías: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos que está tomando: \_\_\_\_\_

Trauma: \_\_\_\_\_

**La historia familiar del paciente:**

Cualquier condición médica crónica en la familia y en quien:

Diabetes NO/SI: \_\_\_\_\_ Obesidad: NO/SI: \_\_\_\_\_

Baja estatura NO/SI: \_\_\_\_\_ Colesterol alto: NO/SI: \_\_\_\_\_

Trastornos de la tiroides NO/SI: \_\_\_\_\_ Cáncer NO/SI: \_\_\_\_\_

Pubertad precoz NO/SI: \_\_\_\_\_ Exceso de vello en mujeres NO/SI: \_\_\_\_\_

Trastornos suprarrenales NO/SI: \_\_\_\_\_ Presión alta NO/SI: \_\_\_\_\_

**Solamente Padres Biológicos del Paciente:**

Padre: Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Abuelo Paterno: Estatura \_\_\_\_\_

Madre: Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Abuela Paterna: Estatura \_\_\_\_\_

Hermanos: Edad: \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_

Abuelo Materno: Estatura \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_

Abuela Materna: Estatura \_\_\_\_\_

Hermanas: Edad: \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_

---

Children's Endocrine & Diabetes Care, INC  
1447 Medical Park Blvd. Ste 104  
Wellington, FL 33414

Confirmación de Citas e información

Doy permiso para que la información médica confidencial acerca de mi hijo  
\_\_\_\_\_, se libere para el propósito de confirmar citas, revisar los  
(Nombre del paciente)  
resultados de laboratorio y otros procedimientos relacionados que pertenecen a la asociación  
de mi hijo con esta oficina se comunicarán a las siguientes:

UN CONTESTADOR O CORREO DE VOZ EN EL HOGAR \_\_\_\_\_

UN CONTESTADOR O CORREO DE VOZ EN EL TRABAJO \_\_\_\_\_

O POR FAX A:

HOGAR: \_\_\_\_\_

TRABAJO: \_\_\_\_\_

O A LAS SIGUIENTES PERSONAS: (NOTA RELACION AL PACIENTE)

Soy consciente que sin una orden judicial **Childrens Endocrine & Diabetes Care** no puede legalmente negarse a revelar la información médica protegida de mi hijo/ hija, incluso si se solicita por mí, a el otro padre biológico, adoptivo o legal de mi hijo/hija. Todos los tutores legales deben ser capaces de proporcionar una identificación con foto.

Doy permiso que la información de salud protegida de, \_\_\_\_\_

(nombre de paciente)

sea revelada con el propósito de cuidado médico a:

cualquier especialista medico

La escuela que atiende él/ella

Estoy liberando la oficina, **Children's Endocrine & Diabetes Care** de cualquier responsabilidad relativa a la liberación de cualquiera de esta información con respecto al cuidado médico de mi hijo/a que pueden incluirse en el expediente médico.

Paciente \_\_\_\_\_

Nombre de Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha de Nac. \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Testigo (Firma) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Testigo (Imprenta) \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_ Fax# \_\_\_\_\_



### Consentimiento para fines de Tratamiento, Pago y Operaciones Medicas

Doy mi consentimiento para el uso o revelacion de mi informacion de salud protegida por Children's Endocrine & Diabetes Care, INC con el propósito de diagnosticar o proveer tratamiento a mi hijo, obtener el pago de facturas de atención médica o para llevar a cabo operaciones de atención médica de Children's Endocrine & Diabetes Care, INC. Entiendo que el diagnóstico o tratamiento de mi hijo por Children's Endocrine & Diabetes Care, INC puede ser condicionada por mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento y como se indica a continuación debidamente en el párrafo 7.

La "información médica protegida (IMP) de mi hijo/a, significa información de salud, incluyendo información demográfica, obtenidos de mi hijo y creada o recibida por mi médico, otro médico, un plan de salud, mi empleador o un centro de atención de salud. Esta información protegida de salud se relaciona con el pasado de mi hijo, presente o futura salud física o mental o condición medica e identifica a mi hijo o si existe una base razonable para creer que la información puede identificar a mi hijo.

Entiendo que la información protegida de salud puede servir como

---una base para la planificación de los cuidados y tratamiento

---un medio de comunicación entre profesionales de la salud que contribuyen a la atención de mi hijo

---una fuente de información para efectos de facturación y para que terceros pagadores verifiquen que los servicios fueron proporcionados

---una herramienta para evaluar la calidad y revisar la habilidad de los profesionales de salud

---una herramienta para evaluar la seguridad del tratamiento y los resultados a través de registros farmacéuticos o la FDA

Yo autorizo Children's Endocrine & Diabetes Care, INC para liberar los datos clínicos para fines de investigación relacionados con la eficacia de los medicamentos y / o eventos adversos y para satisfacer requerimientos de la FDA en el entendimiento de que el identificador se limitará a una clasificación numérica o iniciales y fecha de nacimiento.

#### Sus derechos:

1) Entiendo que tengo el derecho de solicitar, por escrito, una restricción en cuanto a cómo la información de mi hijo protegida de salud sea utilizada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de salud de la práctica.

2) Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que Children's Endocrine & Diabetes Care, INC ha tomado acciones de seguridad en este consentimiento.

3) Entiendo que al negarse a firmar este consentimiento, por escrito, Children's Endocrine & Diabetes Care, INC puede negarse a tratar a mi hijo lo permitido por la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Yo entiendo y se me proporcionó un Aviso de Prácticas de Privacidad para Children's Endocrine & Diabetes Care, INC antes de firmar este documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información protegida de salud que se producirán en mi tratamiento, el pago de mis facturas o en el desempeño de la operación de atención de salud de Children's Endocrine & Diabetes Care, INC. El Aviso de Prácticas de Privacidad para Children's Endocrine & Diabetes Care, INC también se encuentra en la sala de espera. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe también mis derechos y los deberes de Children's Endocrine & Diabetes Care, INC con respecto a la información medica protegida.

Además, entiendo que Children's Endocrine & Diabetes Care, INC se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad de conformidad con la Sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales. En caso de que Children's Endocrine & Diabetes Care, INC cambiara su aviso se me dará una copia del aviso revisado de prácticas de privacidad para mi revisión y aceptación en el momento de mi siguiente cita.

Entiendo plenamente y acepto/ rechazo los términos de este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Imprima nombre de paciente o representante

X \_\_\_\_\_  
Firma de paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente

\_\_\_\_\_  
Relación del representante con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Sólo para uso oficial

[ ] El consentimiento recibido por \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_

[ ] El consentimiento se negó por el tutor / paciente y el tratamiento se negó como permitido.

[ ] Consentimiento añadido al registro médico del paciente en \_\_\_\_\_

Children's Endocrine & Diabetes Care, INC  
1447 Medical Park Blvd. Ste 104  
Wellington, FL 33414

*Estimadas Familias:*

**BIENVENIDOS A NUESTRA PRÁCTICA!** Haremos nuestro mejor esfuerzo para satisfacer sus expectativas médicas. Por favor, tenga en cuenta las siguientes políticas de la oficina:

- 1) Llamadas después del horario normal de la oficina: Llamadas telefónicas hechas al médico después del horario normal de la oficina deben ser solo para emergencias. Por favor no llame para conseguir reabastecimientos de medicina en las noches, fines de semana o días festivos. Por favor notifique a nuestra oficina una semana antes de que sus recetas expiren los reabastecimientos. Las emergencias incluyen: vómitos, convulsiones, cetonas moderadas o grandes o si el azúcar en la sangre esta bajo y no responde al tratamiento. Las llamadas no-emergente hechas después del horario normal de la oficina tendrán un costo de \$ 30.00.
- 2) Niveles de azúcares en la sangre pueden ser enviadas por fax entre las visitas al 561-792-1521.
- 3) **Un cargo de \$ 25.00 será cargado a su cuenta para cualquier cita cancelada el mismo día o perdida sin por lo menos 24 horas de anticipación.**
- 4) Las cartas escritas por el médico deben ser solicitadas por escrito y tendrán un costo de \$ 50.00.
- 5) Solicitud de expedientes médicos debe ser por escrito. De acuerdo con la Regla de la Florida-59r 10.003 hay un cargo de \$ 1.00 por página que debe ser recibida antes de copiar el expediente médico.
- 6) Todas las referencias, los co-pagos y deducibles se recaudaran en el momento de recepción.
- 7) El padre o tutor con el paciente en el momento de la visita es financieramente responsable del pago. Si usted no puede firmar los formularios de declaración financiera, la cita será reprogramada.
- 8) Un cargo de \$ 20.00 por cada cheque devuelto se incurrirá según la ley de la Florida.

Yo reconozco que he leído las políticas antes mencionadas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
**Guardián / Nombre del padre y firma**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
**Información de Paciente: (Por favor conteste todas las preguntas)**

**Children's Endocrine & Diabetes Care, Inc.**

1447 Medical Park Blvd. Suite 104

Wellington, FL 33414

Off: 561-792-1525

Fax: 561-792-1521

**\*\*Request to Release, Copy, or Inspect Protected Health Information\*\***

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Patient Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

**For Record Release or Copy:** By signing this authorization, I authorize the party listed below to use and/ or disclose certain protected health information (PHI) about me/my child.

This authorization permits:

to use or disclose to

\_\_\_\_\_  
Provider's Name

\_\_\_\_\_  
Provider's Name

\_\_\_\_\_  
Street Address

\_\_\_\_\_  
Street Address

\_\_\_\_\_  
City, State ZIP

\_\_\_\_\_  
City, State ZIP

\_\_\_\_\_  
Phone #

\_\_\_\_\_  
Phone #

\_\_\_\_\_  
Fax #

\_\_\_\_\_  
Fax #

**Information to be Released/Copied:** ( ) All pertinent medical records ( ) Progress Notes ( ) Lab Results  
( ) Bone age ( ) History & Physical ( ) MRI results ( ) Ultrasound results ( ) CT results  
( ) Other \_\_\_\_\_

**Information to be excluded:** ( ) Mental Health Records ( ) Drug/Alcohol Treatment ( ) HIV testing  
( ) Sexual Assault/ Victimization Records

**Reason for Record Release or Copy:** ( ) Personal Copy {See Below/ Charges Apply} ( ) Over age 21  
( ) Insurance Change ( ) Moving/ Changing Providers ( ) Referral to Specialist  
( ) Unhappy with Practice (please state why): \_\_\_\_\_  
( ) Other \_\_\_\_\_

**For Patient or Guardian Inspection/ Copy Requests:** ( ) Check Here

I understand and agree that I am financially responsible for the following fees associated with my request: copying charges, including the cost of supplies and labor, and postage related to the production of my information. I understand that the charge for this service is: \$1.00 per page for the first 25 pages, then \$.25 for each page thereafter.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Date\*

\_\_\_\_\_  
Print Name of Patient or Legal Guardian

\*Inspection requests are valid on the date of signature only  
\*Release /Copy requests expire 30days from signature date



## **Informed Consent for Telemedicine Services by Children's Endocrine and Diabetes Care**

Telemedicine involves the use of electronic communications to enable healthcare providers at different locations to share individual patient medical information for the purpose of improving patient care. Providers may include primary care practitioners, specialists, and/or subspecialists. The information may be used for diagnosis, therapy, follow-up and/or education, and may include any of the following:

- Patient medical records
- Medical images
- Live two-way audio and video
- Output data from medical devices and sound and video files

Electronic systems used will incorporate network and software security protocols to protect the confidentiality of patient identification and imaging data and will include measures to safeguard the data and to ensure its integrity against intentional or unintentional corruption.

### **Expected Benefits:**

- Improved access to medical care by enabling a patient to remain in his/her local healthcare site (i.e. home) while the physician consults and obtains test results at distant/other sites.
- More efficient medical evaluation and management.
- Obtaining expertise of a specialist.

### **Possible Risks:**

As with any medical procedure, there are potential risks associated with the use of telemedicine. These risks include, but may not be limited to:

- In rare cases, the consultant may determine that the transmitted information is of inadequate quality, thus necessitating a face-to-face meeting with the patient, or at least a rescheduled video consult;
- Delays in medical evaluation and treatment could occur due to deficiencies or failures of the equipment;
- In very rare instances, security protocols could fail, causing a breach of privacy of personal medical information;
- In rare cases, a lack of access to complete medical records may result in adverse drug interactions or allergic reactions or other judgment errors;

By signing this form You acknowledge that you understand and agree with the following:

1. I understand that the laws that protect privacy and the confidentiality of medical information also apply to telemedicine, and that no information obtained in the use of telemedicine, which identifies me, will be disclosed to researchers or other entities without my written consent.
2. I understand that I have the right to withhold or withdraw my consent to the use of telemedicine in the course of my care at any time, without affecting my right to future care or treatment.
3. I understand that telemedicine may involve electronic communication of my personal medical information to other medical practitioners who may be located in other areas, including out of state.
4. I understand that I may expect the anticipated benefits from the use of telemedicine in my care, but that no results can be guaranteed or assured.
5. I understand that my healthcare information may be shared with other individuals for scheduling and billing purposes.
6. I understand that I have the right to inspect all information obtained and/or recorded in the course of a telemedicine interaction, and may receive copies of this information for a reasonable fee.

**Patient Consent To The Use of Telemedicine**

I have read and understand the information provided above regarding telemedicine, have discussed it with my physician or such assistants as may be designated, and all of my questions have been answered to my satisfaction.

I have read this document carefully, and understand the risks and benefits of the teleconferencing consultation and have had my questions regarding the procedure explained and I hereby give my informed consent to participate in a telemedicine visit under the terms described herein.

By checking the Box containing "INFORMED CONSENT FOR TELEMEDICINE SERVICES" I hereby state that I have read, understood, and agree to the terms of this document.

Signature of Patient  
(or person authorized  
to sign for patient): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

If authorized signer,  
relationship to patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



*Children's Endocrine & Diabetes Care, Inc.*  
1447 Medical Park Blvd, Ste 104  
Wellington, FL 33414

*From the desk of: Middey Damian, M.D., FAAP*

*Off: 561-792-1525  
Fax: 561-792-1521*

INFORMED CONSENT PURSUANT TO FLORIDA STATUTES SECTION 465.51

Examination and palpation of the external genitalia is a part of the complete physical exam performed by a pediatric endocrinologist to document appropriate growth and development. Florida has passed a new law that requires a health care practitioner that is examining or treating a patient's pelvic region will need to obtain written consent.

CONSENT FOR EXAMINATION OF EXTERNAL GENITALIA

By signing below, the patient or the patient's legal representative has voluntarily agreed to the external genitalia examination by a health care practitioner. This would include examination of the external genitalia including penis, scrotum, vagina, labia, perineal area, perianal area, rectum. Risks to the examination include discomfort, and not signing the consent would lead to delay of diagnosis of a medical condition. I acknowledge that this consent was given freely and voluntarily. By signing below, I confirm that I consent to Children's Endocrine and Diabetes Care conducting a pelvic examination.

Date \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature of Parent, Guardian Legally Authorized Representative of minor  
or Patient over age 18