Fecha:________________

Nombre:____ Fecha de Nacimiento: ________________ Edad:_________ M{ } F{ }

SS# del nino:__________________ Escuela:_______________ Referido por:________________ Telefono (casa):(___)_____________

Direccion:___________________________________ Ciudad/Estado:______________________________Codigo Postal:__________

Padre Nombre:___________________ Ocupacion/ Patron:_________________ Trabajo Telefono:(___)_____________ Fecha de Nacimiento:______ SS#:_____________

Madre Nombre:___________________ Ocupacion/ Patron:_________________ Trabajo Telefono:(___)_____________ Fecha de Nacimiento:______ SS#:_____________

Guardian(*si no es* / *el Padre*):___________________ Ocupacion/ Patrono:_________________ Trabajo Telefono:(___)_____________ Fecha de Nacimiento:______ SS#:_____________

Persona a notificar en caso de emergencia (*Ademas de los Padres*):______________________ Direccion:________________________________ Telefono:(___)________________

Familiar mas cercano (*que no resida con usted*):_____________________ Direccion:________________________________Telefono:(___)________________

Seguro Medico e Informacion de Cobro

Persona Responsable:__________________________ Direccion:____

Fecha de efectividad:_______________ Direccion de cobro:____

Pago sera requerido al momento del servicio – Al menos que arreglos posteriores se hayan hecho

1) Compania de Seguro Medico:_________________ Direccion:__________________________________Fecha de efectividad:______

Nombre del asegurado:____________________________ #I.D.:_________________________ #Grupo:________________________

2) Compania de Seguro Medico:_________________ Direccion:__________________________________Fecha de efectividad:______

Nombre del asegurado:____________________________ #I.D:__________________________ #Grupo:________________________

Senalamiento de los Beneficios del Seguro Medico

Por este medio yo authorize pagos directos por cirurgicos/medicos a Dr. Eehab A. Kenawy M.D. por servicios rendidos por el en persona o bajo supervision. Yo comprendo que yo soy el resonsable de pagar cualquier balance que no haya sido cubierto por la aseguradora.

Autorizacion de divulgacion de Informacion

Por este medio yo autorizo al Dr. Eehab A. Kenawy M.D. a divulger cualquier informacion casual o medica que pueda ser necesitada en caso de cuidado medico o para procesamiento de aplicacionses para beneficio financiero.

Medicaid

Yo certifico que toda dada por mi para la aplicacion de pagos es correcta. Yo autorizo la divulgacion de todo expediente a peticion. Yo pido que todo pago por beneficios autorizados se hagan a mi nombre.

Las fotocopias de estos senalamientos tienen igual validez que la original.

Paciente (en letra de molde):____ Fecha:________________________

Padre o encargado (en letra de molde):____ Firma:_______________________________

Nombre del Paciente:___________________________ Fecha de Nacimiento:________ Razon de la visitia:________________________

Por favor Marque {S} Si o {N} No, Explique cuando se requiera.

Embarazo/Parto: Edad de la madre durante el embarazo:_______ Alguna enfermedad durante el embarazo? {S} {N}

Medicamentos administrados durante el embarazo? {S} {N}

Comsumo de cigarrilos/alcohol/drogas de la calle durante el embarazo? {S} {N} El bebe fue prematuro/ a termino/ tarde? ________

Alguna Complicacion?____________

Tipo de Parto?______________ Peso al nacer:______ Longitud:______ Problemas despues del parto? En cuido o casa:___________

Historial Medico: Reacciones alergicas{S} {N} Comida{S} {N} Animales{S} {N} Picadas de insectos{S} {N} Explique:________________

Medicamentos tomados regularmente?(*excluya vitaminas*)______________ Vacunas al dia:{S} {N} Usted tiene el expediente?{S} {N}

Hospitalizaciones? *(donde, cuando,porque*):____

Lesiones serias? (*cuando, porque*):____

Sarampion	{S} {N}	Paperas	{S} {N}	Sarampion aleman	{S} {N}
Varicela	{S} {N}	Tosferina	{S} {N}}	Fiebre reumatica	{S} {N}
Fiebre escarlatina	{S} {N}	Infeccion de oidos	{S} {N}}	Infeccion de garganta	{S} {N}}
Asma/Resuello	{S} {N}	Piel reseca o urticaria	{S} {N}	Ataques o sizuras	{S} {N}
Anemia	{S} {N}	Problemas en las articulaciones	{S} {N}	**Problemas con:**	{S} {N}}
Tendencia a sangrar	{S} {N}	Infecciones en la orina	{S} {N}}	Audicion	{S} {N}}
Transfusiones de sangre	{S} {N}}	ADHD/ADD	{S} {N}	Vision	{S} {N}}

Alimentacion &Nutricion: Alergias a comidas:____ etito usualmente bueno? {S} {N}

Colico o problemas de alimentacion durante los primeros 3 meses? {S} {N} Lacta? {S} {N} Numero de meses?__________

Formula? {S} {N} Marca actual:___________ Vitaminas? {S} {N} Cual marca?_________ Dieta especial? {S} {N} Fluoruro? {S} {N}

Perfil Familiar: Padres? Casados? { } Separados? { } Divorciados? { }

Edad del padre:_________ Nivel de educacion?_____________________ Salud?____

Edad del madre:_________ Nivel de educacion?_____________________ Salud?____

Liste hermanos, hermanas del paciente y sus edades:____

Historial Familiar Medico: Liste todo los parientes de sangre de su nino que tengan los siguientes problemas-use abrev.: {P} padre, {M} madre, {HO} hermano, {HA} hermana, {MM} madre de la madre. {MP} madre del padre, {PM} padre del madre, {PP} padre el padre, {T} tia, {TO} tio, {PO} primo

Anemia/enfermedad de la sangre:________
Problemas de drogas:__________________
Sida:___________________________________
Tuberculosis:___________________________
Emfermedades del Corazon:_____________
Migrana:________________________________
Sordera temprana:______________________
Asma:_________________________________
Alcoholismo:____________________________
Fibrosis Cistatica:________________________
Arthritis:_______________________________
Presion alta de la sangre:_________________
Muerte de infante repentina:_____________
Diabetes:_______________________________
Retrazo Mental:_________________________
Cancer:_________________________________
Distrofia muscular:_______________________
Epilepsia o ataques:______________________
Problemas de colesterol:__________________
Deformidades de nacimiento:_____________

Desarrollo y Conducta: Edad en la cual su nino: Se sento sin ayuda:_________ Camino:_________ uso de oraciones:_________ uso del bano:________ Pedalear:________ Grado en la escuela:________ Problemas en la escuela:____

Problemas de aprendizaje? {S} {N} Tolerancia con otros ninos? {S} {N} Problemas de conducta? {S} {N} Malos Habitos? {S} {N} Moja La cama? {S} {N} Se muerde o come los unas? {S} {N} Pasatiempos? {S} {N} Deportes? {S} {N} uso de drogas inlegales o de la calle? {S} {N}

Firma del Padre:____ Fecha:____________________________

Reglas de la Clinica Pediatrica

Por favor lea estas reglas cuidadosamente ya que seran puestas en vigor en nuestra practica: Si tiene alguna pregunta, por favor, refierase con nuestro personal.

1. No se permitira presentarse en la oficina sin cita previa. Si su nino necesita ser atendido por un problema serio o enfermedad, por favor llame a nuestras oficinas para programar una cita. Si la oficina esta cerrada o si su nino esta experimentando una emergencia, vaya a Ia sala de emergencia mas cercana.

2. Citas perdidas/retrasos en la cita. Despues de tres citas perdidas o retrasos de una hora, usted sera dado de baja de nuestra practica. Los pacientes retrasados mas de 15 minutos a su cita tendran que programar una cita nueva.

3. Banos Para su conveniencia los banos estan localizados al final del pasillo de nuestra oficina. Los banos mas cercanoa son reservados para los pacientes y para Ia recieccion de especimen.

4. No se permite comidas ni bebidas en nuestra oficina.

5. Debido a espacio limitado, no mas de dos adultos deben acompanar al paciente. Si usted tiene mas de un nino a ser atendido en nuestra oficina, la regla sera Ia misma, de solo dos adultos por visita.

6. Nosotros entendemos que la espera puede ser dificil para los ninos; Sin embargo, pedimos que sea cortez hacia los demas padres controlando a sus ninos. Tambien pedimos que cuando visite nuestras oficinas se asegure que su nino este limpio y bien arreglado.

7. Poliza de cheques rechazados. Se le hara un cargo de $25.00 por cada cheque devuelto por su banco por insuftciencia de fondos o por cuentas canceladas. Una vez notificado, se esperara que usted haga su pago en un periodo de 10 dias. Ofensas repetidas resultara en pagos unicamente en efectivo.

8. Pagos y otros cargos. Cargos y otras cuentas seran pagadas al momento del servlcio.

9. Enfermeras/llamadas. Por favor recuerde que nuestras enfermeras estan ocupadas atendiendo otros pacientes con citas previas. Todos nuestros esfuerzos seran orientados a contestar sus llamadas lo antes posible. Si usted siente que su preocupacion no puede esperar por favor haga una cita para ser atendido con su doctor. Si su situacion es urgente vaya ala sala de emergencia mas cercana.

10. Repeticion de medicamentos. Si usted desea repetir un medicamento, por favor permita un espacio de 72 horas. Para cerciorarse que no se le acabe su medicamento, por favor revise su sumistro cuidadosamente. Para algunos medicamentos, como aquellos para tratar deficit de atencion o ADHD y asma, su nino tendra que ser visto por el doctor antes de autorizar el medicamento.

11. Certiticados de vacunas y Examines Fisicas. Nuestras oficinas observa un periodo de 72 horas para todo pedido de certificados de vacunas y Examenes Fisicos. Por favor mantega esto en mente al momento de pedir estos certificados. No acostumbramos a enviar estos documentos por fax. Usted tendra que pedirilos en nuestras oficinas.

12. Expedientes medicos. Para copias de expedientes dada a los padres/paciente habra un costa de $1.00/ por pagina. No habra costo por expedientes enviados.a otros doctores desde Ia oficina. Por favor permita un espacio de 7 dias para estas copias.

13. Citas hechas el mismo dia. Deberan esperar un periodo de 45-60 minutos.

Yo he lido y entendido las pelizas a continuacion . Yo entiendo q ue una copia de esta carta sera afiadida en e l expediente de mi hijo a.

______________________	______________________	__________
Firma del Padre o Guardian	Nombre del padre o Guardian	Fecha

Nombre del Paciente(s):____

Esto es para certificar que yo,_______________________________________, he recibido una copia del

Acta de Practica Privada.

Firma:____ Fecha:_________________

Yo,____(nombre en letra do molde) authorizo a

las siguientes personas

____(nombre de la persona y relacion con el paciente) y

____(nombre de la persona y relacion con el paciente) a

traer a mi hijo ____(nombre del nino en

letra de molde), al Dr, Kenawy para cuidado medico y tratamiento durante mi ausencia.

Firma:____ Fecha:_____________________

Relacion con el paciente:_____________________________

Presenciado por:

Nombre en letra de molde:____

Firma:____ Fecha:_____________________

Notice of HIPAA Policies

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOUR CHILD MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU GET ACCESS TO THIS INFORMATION

PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. .

Pursuant to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HiPAA), you have a right to adequate notice of the uses and disclosures of your protected health information ("PHI")(i.e. information that discloses your child's identity or leads to disclosure of their identity) that may be made by this medical practice. You are also entitled to a notice of your rights and the policy of this practice with respect to your child's PHI.

Our office is committed to treating and using PHI about your child responsibly. This Notice of Health Information Practices describes the personal information we collect, and how and when we use or disclose that information. It also describes your rights as they relate to your child's PHI. This Notice is effective April14, 2003, and applies to all PHI as defined by federal regulations.

REQUIRED BY LAW

Our practice has the following duties with respect to your child's PHI:

1. We are required by law to maintain the privacy of your child's PHI.
2. We must provide you with notice of our legal duties and privacy practices with respect to your child's PHI.
3. We must abide by the terms of the Notice of Privacy Practices that is currently in effect.

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE YOUR CHILD'S INFORMATION

The following describes how our practice is permitted by law to share your child's PHI with others in order to provide your child with medical care. This notice does not describe every use or disclosure our practice makes; it is intended as a general overview.

1. Medical treatment. We may need to share information about your child in order to provide medical care to them. For example, we may share with other physicians, nurses or healthcare professionals entering information into your child's medical records relating to their medical care and treatment. We may share information about your child including x-rays, prescriptions and requests for lab work. We may share information about your child to a laboratory, hospital, or center we refer them to for tests. We may also provide a subsequent or current healthcare provider with copies of various records that should assist him or her in treating your child. We may share information about your child to a pharmacist who is responsible for filling your child's prescriptions.

2. Payment. We may need to disclose information about the treatment, procedures or care our practice provided to your child in order to bill and receive payment for services we provided. We may share this information with you, an insurance company or any third party responsible for payment. We may also need to disclose PHI about your child with your health plan and/or referring physician in order to obtain prior authorization for treatment, to determine whether payment for the treatment is covered by your plan or to facilitate payment of a referring physician.

3. Healthcare operations. In order to help us run our practice more efficiently and provide better patient care, we may use and disclose your child's PHI to Business Associates who need to use or disclose your child's information to provide a service for our medical practice, such as our software vendors who provide assistance with data management on our behalf. Examples include the use of a copy service when making copies of your child's PHI or a service to shred protected records. To protect your child's PHI, however, we require the Business Associate to appropriately safeguard your child's PHI and to sign a business agreement stating they agree to the safeguards.

4. Required by law. We will disclose medical information related to your child if required to do so by state, federal or local law.

5. Public health activities risks. Your child's PHI may be disclosed to a public health authority that is authorized by law to collect or receive such information for public health activities. Certain disclosures may be made for public health activities in the following circumstances:
   a) to prevent or control disease, injury or disability;
   b) to report births or deaths;
   c) to report child abuse or neglect;

Parent’s Initials ________

d) to report reactions indications or product defects;
e) to notify individuals of product recalls;
f) to notify a person who may have been exposed to a communicable disease or are at risk of contracting or spreading a disease or condition;
g) if our practice reasonably believes a person is the victim of abuse, neglect or domestic violence, we may disclose PHI to the appropriate authority. We will only make this disclosure if you agree to the disclosure or we are required or authorized to do so by law without your permission.

6. Appointment reminders or treatment alternatives. Our practice may use and disclose medical information about your child to provide you with reminders that your child is due for care or has an upcoming appointment. We may also wish to provide you with information on treatment alternatives or other health related benefits that may be of interest to you. We may contact you by phone, fax or e-mail. We will make every effort to protect your child's privacy when leaving a message for you and try to reveal as little confidential information as possible (i.e., when leaving a message on your answering machine that may be heard by others).

7. Research. Under certain circumstances, our practice may use or disclose your child's PHI for research purposes. Our practice cannot use or disclose information about your child without your written authorization, but we may if the authorization requirement has been waived by a Review Board who has assessed the effect of the research protocol on your privacy rights and interests and certified that there are adequate controls in place to protect your child's PHI from improper use and disclosure. Our practice may also disclose information about your child in preparing to conduct research (i.e., to help-them find patients who may be qualified to participate in a particular study), but your child's PHI will not leave our practice. We will make all attempts to make your child's PHI non-identifiable, but we may not always be able to guarantee this. If, however, the researcher will have access to information that will identify your child, we will seek to obtain your permission (though we cannot guarantee this). We will always obtain your specific authorization if required by law.

8. To avert serious threat to health or safety. If our practice believes, in good faith, that a use or disclosure of your child's PHI is necessary to prevent or lessen a serious or imminent threat to the health or safety of a person or the public, we may disclose their PHI.

9. Health oversight activities. Your child's PHI may be disclosed to federal, state or local authorities as part of an investigation or government activity authorized by law. This may include audits, civil, administrative or criminal investigations, inspections, licensure or disciplinary actions or other activities necessary for the oversight of the healthcare system, government benefit programs and compliance with government regulatory programs or civil rights laws.

10. Law enforcement. We may disclose your child's PHI to law enforcement individuals if we are required to do so by law. We may also disclose PHI about your child in compliance with a court order, warrant or subpoena issued by the court. We may also use such information to defend ourselves in actions or threatened actions that may be brought against our practice.

11. Coroners, medical examiners and funeral directors. We may release PHI to a coroner or medical examiner for the purposes of identification, determining cause of death or other duties as authorized by law. We may also release PHI to funeral directors as necessary to carry out their duties with respect to the deceased.

12. Organ, eye, tissue donation. If your child is an organ donor, we may disclose their PHI organ procurement organizations, or other entities that facilitate tissue donation or transplantation.

13. Inmates. If your child is an inmate of a correctional institution or within the custody of law enforcement officials, we may disclose PHI about your child to allow the institution to provide your child with medical care, to protect the health and safety of your child and others or for the safety and security of the correctional institution. Other uses and disclosures will be made only with your written authorization and you may revoke your authorization at any time.

I have read and understand the above polices. I understand a copy of this letter will be placed in my child’s record.

______________________________	______________________________	__________
Parent or Guardian Signature	Parent or Guardian Printed Name	Date