



## BIENVENIDO A UNIQUE PEDIATRICS

Estimados Padres,

Como su pediatra de familia le pido su paciencia y cooperacion parar dar a su nino(a) atencion apropiada. Favor de discutir sus sugerencias o preguntas por el bien de su nino(a). Estoy disponible para el cuidado de mis pacientes.

### 1-Por Citas o preguntas de Rutina o Urgencia :

(760) 776-5620 (incluye horas despues de cerrar) / FAX: (760) 776-5626

HORARIO: Lunes a Jueves 9:00 AM-4:30 PM

Cerrado durante Lonche (11:30 AM-1:30 PM)

Viernes 9:00-3:00 PM

Despues de Cerrar: Oprima "0" para hablar con el Pediatra en Guardia del Hospital Eisenhower  
Para dehar mensaje a la ofocina, oprima "3" o espere el tono.

**Lame 911 por Emergencias!** Mensajes despues de cerrar seran evualados para citas de ese mismo dia. Si necesita servicio urgentemente sera recomendado el salon de urgencia o emergencia mas cercano al nino(a). Solicita una evaulacion urgentemente si uno tiene dolor excediendo 2 horas o segun nuestro informe para cuidar de enfermedades.

### 2-Direccion de la Clinica:

39000 BOB HOPE DRIVE-KIEWIT BLDG, SUITE 211.

RANCHO MIRAGE, CA 92270

#### **ERNESTO REYES MILLAN M.D MEDICAL DIRECTOR**

Dr. Millan se graduo de Indio High School en 1979. Atendio University of California, Irvine por su estudios in Biologia. Completo su entrenamiento de Medicina en Boston University School of Medicine en 1988. En 1984, Dr. Millan entro el servicio military en la Marina para completar Pediatria. Se educo en Portsmouth Naval Hospital y Children's Hospital of the King's Doughters, Norfolk, Virginia.

Dr. Millan de 1991-94 fue Director de Pediatria en, Newport Naval Hospital, Newpor, Rhode Island. Regreso con su falia al Valle de Coachella en Julio 1994 y esta asociando con Eisenhower Memorial Hospital.

Dr. Millan es asociando con "American Academy of Pediatrics" y esta certificado por el "American Board of Pediatrics".

CONTINUA

Favor de revisar el informe del "Cuidado de Enfermedades". Note cual es el grupo medico de su nino(a). Notifica nuestra oficina si ocupa cita de revision despues de ser despachado del salon de urgencia o emergencia.

Pediatra De Guardia en Eisenhower Hospital contesta preguntas y llamadas de urgencia en fines de semana.

Si su llamada no es regresada dentro de 15-30 minutos, llame de regreso o ve directamente al salon de urgencia / emergencia si cre que es necesario por padre / madre.

Si entra a la clinica sin una cita y necesita cuidado medico, una cita sera ofrecido cuando esta disponible po el mismo dia o sera recomendado a ir al salon de urgencia.

Si est tarde a su cita por 15 minutos, sera dado el siguite disponible cita del dia si es urgente, recomendado a ir al salon de urgencia, o dado una nueva cita por otro dia.

**TRABAJAMOS POR CITA SOLAMENTE, NO EXCEPCION**

**Calendario de Visitas Fisicos y de Vacunas:**

2 semanas	No hay Vaccuna					
2 meses	DTap1	HIB1	IPV1	Prevnar1	HepB1	RotaTeq1
4 meses	DTaP2	HIB2	IPV2	Prevnar2	HepB2	RotaTeq2
6 meses	DTaP3	HIB3	IPV3	Prevnar3		RotaTeq3
9 meses					HepB3	
12 meses				MMR1-VARIVAX1		HepA1
18 meses	DTaP4	HIB4		Prevnar4		
24 meses						HepA2
36 meses	No Vaccination					
4-6 anos	DtaP5		IPV4		MMR2-VARIVAX2	
11-14 anos	Tetanus Booster (Tdap)			Menactra		HPV series

Adolescentes de 10-18 anos solo offrecemos la vacuna HPV con la segunda dosis 2meses despues de la primera y tercera dosis 4 meses despues de la segunda.

**Chequeo fisico se necesita anualmente comenzando de los 2 anos de edad.**  
**Favor de hacer citas para chequeo fisicos en el mes de cumpleaños.**

DTaP (Difterias, Tetano, Pertussis)  
 Hep A (Hepatitis A)  
 Hep B (Hepatitis B)  
 HIB (H. Influenza)  
 HPV (Virus del Papiloma Humano)  
 Tdap (Tetanus, Pertusis)

IPV (Polio)  
 MMR (Sarampion, Paperas, Rubela)  
 Prevnar (Streptococo Pneumonia)  
 RotaTeq (Rotavirus)  
 Varivax (Varicela)

Gracias,

ERNESTO R. MILLAN, M.D.

(revisado Octubre 2012)

**Unique Pediatrics**  
**39000 Bob Hope Dr.-Kiewit Suite 211-Rancho Mirage, CA 92270**  
**Ernesto R. Millan MD-Tel: (760) 776-5620-Fax: (760) 776-5626-After Hours Urgent: (760) 776-5622**  
**COVID-19 testing Hotline: (760) 837-8988**

**FIEBRE (Temp >100.4):**

No tenga miedo a la fiebre, porque es una defensa contra enfermedades. Muchas enfermedades tienen fiebre de 2-4 días. Para temperaturas por la axila agregue 1.0 grado para comprar a temperaturas oral, rectal, y de la oreja. Use temperaturas axilar para revisar fiebre y confirme con temperatura oral, rectal o de oreja. Normalmente temperatura oral, rectal y de la oreja miden 97.6-100.3 F. Comienza medicina para fiebre >102.0 F. Considere cambiar medicina para fiebre si no es efectivo dentro 8-12 horas.  
**Acetaminophen** (Tylenol-Panadol) approx. 8mg/lb cada 4-6 horas. Maximo dosis es 500-650 mg para adolescentes..  
**Ibuprofen** (Motrin-Advil) approx 8mg/lb cada 6-8 horas\*Ninos >6meses de edad\*Maximodosis es 200-400 mg. para adolecentes.  
**Llame a la oficina:** Ninos de <3 meses de edad con cualquier fiebre es urgente!  
Ninos de >3 meses de edad es urgente por fiebre >104.0 F por mas de 3-4 horas yha usado acetaminophem, ibuprofen y un baño en agua tibia por 15 minutos. Haga una cita por fiebre de 100.4-103.9 F que exceder 3-4 días osi la fiebre >102.0 F por mas de 12 horas con acetaminophen or ibuprofen.

**TOZ, RESFRIO, GRIPE:**

Típicamente se resuelve dentro de 7-14 días. Los primeros 3-4 días son los mas problematicos.  
**Ninos <2 años de edad**-Para congestión use el humidificador o la jeringa para remover descarga nasal. (no mas de 2-3 veces por día) Considere gotas de sal (1/4 cucharadita de sal con 8oz de agua) para aflojer descarga nasal. Acuerdese una nostra a la vez. Para la toz use líquidos tibios como leche materna, fórmula o agua para pacificar la irritación de la garganta. No recomiendo medicina, por ser estimulantes, para esta edad por motivo de malas reacciones.  
**Ninos >2 años de edad**.-Para congestión y toz use las medidas ya mencionadas y pseudoephedrine (Dimetapp, Sudafed, etc.) y dextromethorphan (Robitussin DM, Triaminic DM, etc.) Acuerden que tabletas para la toz pueden ahogar ninos <5 años de edad. Compre el jarabe para ninos por ser mas barato.  
**Llama la oficina:** Haga una cita por descarga nasal > 7-10 días/fiebre>4 días/toz que repete cada 3-15 minutos por horas. Es urgente si nota respiración agitado, molesta, restringido o doloroso/discoloración azul.

**VOMITOS:**

No cambia la dieta hasta que nota uno vomitando repetidamente por horas. Por ejemplo vomitando cada 1/2 hora en 4 horas. La mayoría de enfermedades con vomitos se resuelven dentro de 2 días. No recomiendo medicina para no daltar cuidado urgente por emergencias asociado con repetida vomito.  
**Si no necesita:** Detenga toda los líquidos y sólidos por la primera hora. Reintroducir líquidos claros (agua, pedialyte, Gatorade, soda sin gas, gelatin) en porciones de 1oz y observando por 15 minutos. Despues de 1 hora puede avanzar a 2oz. Si no vomita por una hora Avanza a porciones de 3oz. Despues de 1 hora puede introducir los sólidos con platanos, arroz, tea, pan, lo blanco del huevo cocido, leche or fórmula de soya, cereal, fruta ovegetables cocidos. Ofresca porciones de 4-8 mordidas cada 15 minutos. Resume una dieta regular si no vomita por 24 horas.  
**Llama a la oficina:** Haga una cita de urgencia si nota intenso dolor abdominal >2 horas/vomiyo verde/no puede tolerar la dieta recomienda por 2-3 horas/dehidracin notado por ojos sunidos, no lagrimas, no urina dentro de 12 horas/letargia-extrema dificultad en sostener alerta/vomitos >2 días de duración.

**DIARRHEA:**

Es normal que infant ensucie cada 2-3 horas. Ninos mas grandes pueden ensuciar 1-2 veces por día. Diarrhea (suelto, aguado\_ puede durar hasta 2 semanas. Diarrhea comienza con ensuciar cada 2-3 horas luego cada tercer día la frecuencia disminue por la mitad hasta que se resuelve. Diarrhea con frecuencia de cada 2-3 horas meritan el mismo plan como para lo que tienen exceso vomitos. Resume o continua una dieta regular cuando nota que ensucie por lo menos de 4-6 horas aparte. No recomiendo medicina para la diarrhea, un cambio de la dieta regular debe ser suficiente. Si no entonces merita una cita.  
**Llama a la oficina:** Por mismas instrucciones de vomitos/diarrhea con sangre/diarrhea por mas de 2 semanas de duración..

**CUALQUIER NINO CON DOLOR INTENSO POR 2 HORAS CITA URGENTE!!!**

**CUALQUIER NINO CON DOLOR LEVE POR MAS DE 4 HORAS MERITA UNA CITA DENTRO DE 1 DIA!!!**

(revisado Marzo 2020)

**Tylenol Dosing Chart:**

Weight	Age	Children's Liquid 160mg In 5mL (1tsp)	Children's Tylenol 80mg In each Tab	Jr Tylenol 160 mg in Each Tablet
6-11 lbs	0-3 mos	¼ tsp / 40 mg	-----	-----
12-17 lbs	4-11 mos	½ tsp / 80 mg	-----	-----
18-23 lbs	12-23 mos	1 tsp / 160 mg	-----	-----
24-35 lbs	2-3 years	1 ½ tsp or 200 mg	2 tablets	-----
36-47 lbs	4-5 years	1 ½ tsp or 7.25 mL	3 tablets	-----
48-59 lbs	6-8 years	2 tsp or 10 mL	4 tablets	2 tablets
60-71 lbs	9-10 years	2 ½ tsp or 12.5 mL	5 tablets	2 ½ tablets
72-95 lbs	11 years	3tsp or 15 mL	6 tablets	3 tablets
96 lbs & over	12 years	-----	-----	4 tablets

**Children's Tylenol Cold, Flu & Allergy Dosing Chart:**

Weight	Age	Plu Multi Symptom Cold	Plus Flu	Plus Cold	Plus Cold & Allergy	Plus Cough & Runny Nose	Plus Cough & Sore Throat
6-11 lbs	0-3 mos	-----	-----	-----	-----	-----	-----
12-17 lbs	4-11 mos	-----	-----	-----	-----	-----	-----
18-23 lbs	12-23 mos	-----	-----	-----	-----	-----	-----
24-35 lbs	2-3 yrs	1 tsp or 5 mL	1 tsp or 5 mL	1 tsp or 5 mL	1tsp or 5 mL	1 tsp or 5 mL	1 tsp or 5 mL
36-47 lbs	4-5 yrs	1 tsp or 5 mL	1 tsp or 5 mL	1 tsp or 5 mL	1 tsp or 5 mL	1 tsp or 5 mL	1 tsp or 5 mL
48-59 lbs	6-8 yrs	2 tsp or 10 mL	2 tsp or 10 mL	2 tsp or 10 mL	2 tsp or 10 mL	2 tsp or 10 mL	2 tsp or 10 mL
60-71 lbs	9-10 yrs	2 tsp or 10 mL	2 tsp or 10 mL	2 tsp or 10 mL	2 tsp or 10 mL	2 tsp or 10 mL	2 tsp or 10 mL
72-95 lbs	11 yrs	2 tsp or 10 mL	2 tsp or 10 mL	2 tsp or 10 mL	2 tsp or 10 mL	2 tsp or 10 mL	2 tsp or 10 mL
96 lbs & over	12 yrs	-----	-----	-----	-----	-----	-----

**Motrin Dosing Chart:**

Weight	Age	Infant Drops	Children's Suspension	Junior Strength Caplets	Junior Strength Chewables	Children's Cold Suspension
6-11 lbs	0-3 mos	-----	-----	-----	-----	-----
12-17 lbs	4-11 mos	1.25 mL	-----	-----	-----	-----
18-23 lbs	12-23 mos	1.875 mL	-----	-----	-----	-----
24-35 lbs	2-3 yrs	-----	1 tsp or 5 mL	-----	-----	1 tsp or 5 mL
36-47 lbs	4-5 yrs	-----	1 ½ tsp or 7.5 mL	-----	-----	1 tsp or 5 mL
48-59 lbs	6-8 yrs	-----	2 tsp or 10 mL	2 caplets	2 tablets	2 tsp or 10 mL
60-71 lbs	9-10 yrs	-----	2 ½ tsp or 12.5 mL	2 ½ caplets	2 ½ tablets	2 tsp or 10 mL
72-95 lbs	11 yrs	-----	3 tsp or 15 mL	3 caplets	3 tablets	2 tsp or 10 mL
96 lbs & over	12 yrs	-----	-----	-----	-----	-----

Ernesto R. Millan, M.D.  
39000 Bon Hope Dr Suite K-211, Rancho Mirage, CA 92270  
Telefono (760) 776-5620 Fax (760) 776-5626

## La NOTA DE PRACTICAS de INTIMIDAD

**ESTA NOTA DESCRIBE INFORMACION CUAN MEDICA ACERCA DE USTED mayo ES UTILIZADO Y ES REVELADO Y COMO USTED PUEDE CONSEGUIR el ACCESO A ESTA INFORMACION. REVISELO POR FAVOR CON CUIDADO.**

La Transportabilidad del Seguro de enfermedad & el Acto de la Responsabilidad de 1996 (HIPAA) es un programa federal que requiere informacion individualmente identificable de salud utilizado o revelada por nosotros, si electronicamente, en el papel, u oralmente, es mantenido confidencial. HIPAA da los nuevos derechos significativos pacientes a entender y controlar como informacion de salud es utilizada. Proporciona tambien penas para cubtio las entidades que maltratan informacion personal de salud.

Podemos utilizar y poder revela sus historiales medicos solo para los propositos siguientes:

- **Tratamiento.** Proporcionar, coordinar, o manejar asistencia medica y servicios relacionados por uno o mas proveedores del cuidado de la salud.
- **Pago.** El reembolso que obtiene para servicios, confirmando el alcance, facturando o las actividades de la coleccion, y la revision de la utilizacion.
- **Operaciones de Asistencia Medica.** Realizar la calidad la evaluacion y las actividades de la mejora, auditar, el analisis de la cuenta-administracion, y proporcionar el servicio de atencion al cliente.

Podemos crear tambien y para poder distribuir informacion de-identificado de salud quitando toda informacion individualmente identificable.

Nosotros le podemos contactar para proporcionar la cita los recordatorios, la informacion acerca de alternativas de tratamiento, o acerca de otros beneficios y los servicios salud-relacionados, que quizas sean del interes a usted.

Cualquier otros usos y las revelaciones pueden ser hechos solo con autorizacion escrita. Usted puede revocar tal autorizacion en la escritura y nosotros somos requeridos a honrar y respetar ese pedido, menos a la extension que nosotros ya hemos tomada medidas dependiendo de su autorizacion.

Usted tiene los derechos siguientes, que puede ejercitar presentando un pedido escrito a nuestra oficina.

- Para solicitar las restricciones en ciertos usos y revelaciones de información protegida de salud. Esto incluye las revelaciones a miembros de la familia, a otros parientes, a amigos personales, o a otras personas identificados por usted. Nosotros no somos requeridos a concordar a restricciones solicitadas. Sin embargo, si concordamos a una restricción, nosotros somos obligados a respetarlo a menos que usted concuerde en la escritura en quitarlo.
- A un pedido razonable recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- Para inspeccionar y copiar su información protegida de la salud.
- Para enmendar su información protegida de la salud.
- Para recibir una contabilidad de revelaciones de información protegida de salud.
- Para obtener una copia de papel de esta nota sobre el pedido.

Esta nota es efectiva al el primer de Enero de 2008 y somos requeridos a respetar los terminos de la *Nota de Practicas de Intimidad* actualmente vigente. Reservamos el derecho de cambiar los termino de nuestra *Nota de Practicas de Intimidad* y para hacer nuevas provisiones de nota efectivas para toda información protegida de la salud que mantenemos. Usted puede solicitar una copia escrita de una *Nota revisada de Praticas de Intimidad* de esta oficina.

Debele se siente que sus protecciones de la intimidad han sido violadas, usted puede archivar una queja escrita, acerca de infracciones de las provisiones de esta nota o de las políticas y procedimientos de nuestra oficina, con esta oficina o con el Departamento de la Salud & los Servicios del Humano, la Oficina de Derechos Civiles (la direccion abajo). Nosotros no vengaremos contra usted para archivar una queja.

Contactenos por favor para mas inforación. Para mas informacion acerca del contacto de HIPAA:

Los EEUU El departamento de la Salud & los Servicios del Humano, la Oficina de Derechos Civiles

200 Independence Ave. SW, Washington, D.C. 20201

Telefono (202) 619-0257 o el peaje libertan (877) 696-6775.



# BIENVENIDO A UNIQUE PEDIATRICS !

GENERAL PEDIATRICS--39000 BOB HOPE DRIVE--KIEWIT SUITE 211--RANCHO MIRAGE, CA 92270

ERNESTO R. MILLAN, MD--TELEPHONE: (760) 776-5620 FAX: (760) 776-5626

## INFORMACION DE ASEGURANZA

DINOS MAS DE SU NIÑO(A)					
NOMBRE:		NOMBRE DE CARINO:			
ULTIMO	PRIMER	M			
TEL DEL HOGAR: ( )			SEXO: MASCULINO FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO: - -	
EDAD: ESCUELA:				GRADO: - -	
DIRECCION:		CIUDAD	ESTADO	CODIGO	
CALLE					
QUIEN ACOMPAÑA AL PACIENTE?					
NOMBRE:		RELACION:			
ULTIMO	PRIMER	M			
TIENES CUSTODIA LEGAL DEL NIÑO(A)? SI NO ES ADOPTADO? SI NO EN CUIDADO DEL ESTADO? SI NO					
EN CASO DE EMERGENCIA					
NOMBRE:		RELACION:		# DE TEL HOGAR: ( )	
DIRECCION:		CIUDAD	ESTADO	CODIGO	# DE TEL TRABAJO: ( )
CALLE					
INFORMACION DE LO PADRES					
MADRE:		FECHA DE NACIMIENTO:		SS#:	
MADRE	MADRASTRA	GUARDIAN	- -	- -	- -
NOMBRE:		RELACION:		# DE TEL HOGAR: ( )	
DIRECCION:		CIUDAD	ESTADO	CODIGO	# DE TEL TRABAJO: ( )
CALLE					
NOMBRE DEL EMPLEO:		OCCUPACION:			
PADRE:		FECHA DE NACIMIENTO:		SS#:	
PADRE	PADRASTRO	GUARDIAN	- -	- -	- -
NOMBRE:		RELACION:		# DE TEL HOGAR: ( )	
DIRECCION:		CIUDAD	ESTADO	CODIGO	# DE TEL TRABAJO: ( )
CALLE					
NOMBRE DEL EMPLEO:		OCCUPACION:			
PERSONA RESPONSIBLE POR LA CUENTA					
NOMBRE:		RELACION:			
DIRECCION: ( )		CIUDAD	ESTADO	CODIGO	
TELEFONO	CALLE				

CONTINUA

ID#: \_\_\_\_\_ FECHA: - -

INFORMACION DE LA ASEGURANZA

NOMBRE DE LA ASEGURANZA: \_\_\_\_\_

# DE POLIZA: \_\_\_\_\_ TEL: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TEL HOGAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

OCCUPACION: \_\_\_\_\_ EMPLEADO POR: \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) TELEFONO \_\_\_\_\_ CALLE \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO \_\_\_\_\_

ACUERDO A PAGAR POR TRATAMIENTO

EL PACIENTE Y EL PARTIDO RESPONSABLE ESTAN DE ACUERDO A PAGAR TODOS LOS CARGOS MANDADO POR ESTA OFICINA EN EL CURSO DE DAR TRATAMIENTO AL PACIENTE. SI EL PACIENTE TIENE UNA ASEGURANZA CONTROLADO POR UNA ORGANIZACION CON QUIEN ESTE OFICINA TIENE UNA PARTICIPACION, ENTONCES EL PACIENTE O PARTIDO RESPONSABLE ESTA ACUERDO A PAGAR TODOS LOS "COPAY" Y DEDUCTIBLES. IGUALMENTE ESTAN DE ACUERDO A PAGAR CARGOS PARA TRATAMIENTO NO CUBIERTO POR LA ASEGURANZA.

SI FALLA EN MANTENER LA CUENTA PAGADO, RESULTARA EN TERMINACION DE NUESTROS SERVICIOS CON LA EXCEPCION DE SERVICIOS PAGADOS EN ADELANTO O EN CASO DE EMERGENCIA. IGUALMENTE, ESTAN EN ACUERDO A PAGAR EL SERVICIO DE LA COLECTA PARA RECOGER PAGO DE LA CUENTA.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

\*EL "COPAY" SERA PAGADO ANTES DE LA CITA. SU CITA SERA CAMBIADO A OTRA SI NO PUEDE PAGAR EL COPAY.

PERMISO PARA LIBRAR INFORMACION Y PARA RECOGER PAGO DE SERVICIOS

YO AUTORIZO ESTA OFICINA A LIBRAR/ INFORMAR/ O COPIAR EL REGISTRO DEL PACIENTE A:

- A) CUALQUIER AGENCIA RESPONSABLE PAGAR LA CUENTA DE SERVICIOS DEL DOCTOR.
- B) OTRO DOCTOR, HOSPITAL, O AGENCIA QUE QUIERE ASISTIR EN EL CUIDADO DEL PACIENTE.
- C) CUALQUIER AGENCIA QUE ASISTE EN RECOBRAR BENEFICIOS TITULADO PARA EL PACIENTE.

YO AUTORIZO Y PIDO QUE EL PAGO POR LA ASEGURANZA SEA DADO A ESTA OFICINA POR BENEFICIOS OTORGADO POR LA ASEGURANZA. LA(S) FIRMAS SERA(N) SUFICIENTE EN TODOS CAMBIOS DE ASEGURANZA EN UNA BASIS CONTINUA.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**TODOS NOSOTROS DESEO para PROPORCIONAR BUENO. la CALIDAD Y las VISITAS OPORTUNAS. REVISE POR FAVOR LAS RECOMENDACIONES SIGUIENTES.**

FAVOR DE NOTAR QUE EL TIEMPO DEIGNADO PARA LA CITA ES EL TIEMPO DE REGISTRAR. EL TIEMPO DE ESPERAR DEPENDE SOBRE LA CERTIFICACION DE LA ASEGURANZA, SI ESTA TIEMPO PARA SU CITA, Y LOS SERVICIOS NECESITADOS POR LOS PACIENTES VISTO. SI ESTA ESPERANDO 15 MINUTOS PARA ENTRAR UN CUARTO, FAVOR DE HABLAR A LA RECEPCIONISTA. SI ESPERA 15 MINUTOS EN EL CUARTO, FAVOR DE HABLAR A LA ENFERMERA. ELLA NOTIFICARA EL/ LA DOCTOR(A) -NO DAMOS CUIDADO TIPO "DRIVE-IN" COMO MCDONALD.

SI TIENE PROBLEMA EN ESPERAR POR MOTIVO DEL COMPORTAMIENTO DEL NINO O OTRA CITA, FAVOR DE NOTIFICAR LA OFICINA. SI NO ES INCONVINIENTE PARA OTRO PACIENTE SE PUEDE HACER UN ARREGLO.

SI ES TARDE PARA REGISTRAR SERA DADO OTRA NUEVA CITA. SI ENTRA LA OFICINA SIN HACER CITA SERA DADO EL SIGUIENTE CITA APROPIADO (MISMO DIA O EN 1 SEMANA) PARA DAR TRATAMIENTO.

SI FALLA CAMBIAR O CANCELAR UNA SERA NOTAFICADO SI TIENE REPETIDA FALLAS. SI NO SE RECTIFICA SERA TERMINADO NUESTRA RELACION.

COMPORTAMIENTO DESCORTES O GROSERO NO SERA TOLERADO POR PACIENTE O OFICINA.

FIRMA: \_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU ATENCION.



## EL RECONOCIMIENTO Y el CONSENTIMIENTO PACIENTES FORMA

Entiendo eso, bajo la Transportabilidad de Seguro de enfermedad & el Acto de la Responsabilidad de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la intimidad con respecto a mi informacion protegida de la salud. Consiento a esta informacion para ser utilizado a:

El conducto, el plan, y dirige mi tratamiento y seguimiento entre los multiples proveedores de asistencia sanitaria que pueden ser implicados directamente o indirectamente en ese tratamiento.

Obtenga el pago de pagadores de terceros.

Realice las operaciones normales de asistencia sanitaria tales como las evaluaciones de la calidad y certificaciones profesionales.

Tengo acceso a su *Nota de las Practicas de la Intimidad* que contienen una descripcion mas completa de los usos y revelaciones de mi informacion de la salud. Entiendo que usted tiene el derecho de cambiar la *Nota de Practicas de Intimidad* de vez en cuando y que puedo contactar esta oficina en tiempo de obtener una copia de la *Nota actual de Practicas de Intimidad*.

Entiendo que puedo solicitar en las escritura que usted restringe como mi informacion privada es utilizada o es revelada para llevar al tratamiento de cabo, al pago, o las operaciones de asistencia medica. Entiendo tambien que usted no se requerido a concordar a mis restricciones solicitadas, pero si usted concuerda, entonces usted tiene que respetar tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en la escritura em tiempo, menos a la extension que usted ha tomado medidas dependiendo de esta consentimiento.

El nombre: \_\_\_\_\_

La firma: \_\_\_\_\_

La relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

La fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I.D.#: \_\_\_\_\_



# UNIQUE PEDIATRICS

GENERAL PEDIATRICS—39000 BOB HOPE DRIVE-KIEWIT SUITE 211-RANCHO MIRAGE, CA 92270

ERNESTO R. MILLAN—MEDICAL DIRECTOR—TEL: (760) 776-5620—FAX: (760) 776-5626

## NUEVA POLISA DE CITAS

Empesando Juilo 1, 2014, si usted no mantiene su cita, o si no cancela con tiempo, se le mandara una multa y no podra obtener una cita hasta 30 dias despues.

Despues de 3 offensas entre 12 meses de no presentarse o cancelar una cita, se le mandara notificacion a su aseguranza cancelando nuestra relacion entre Dr. y paciente.

Si usted no mantiene su cita, afecta la oportunidad de otras personas para obtener una cita. Tratamos de acomodar a nuestros pacientes de manera efectiva.

Gracias por su coperacion. Esperamos poder darle la major atencion posible que podamos a su paciente.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_