

**Denver Pediatrics, P.C.**  
**Gita S. Sikand M.D., F.A.A.P., Susan E. Spoerke M.D., F.A.A.P**  
**9141 Grant St. # 100**  
**Thornton, CO 80229**

Bienvenidos a Denver Pediatrics! Es nuestra Filosofía de proveer mayor calidad Médica a usted y su familia en una atmósfera amigable. Nosotros nos dedicamos a que cada visita sea un placer.

Aquí le mostramos un resumen de nuestras pólizas.

Niños nacidos en el Hospital North Suburban serán vistos en la enfermería. Si son dados de alta en 24 horas, tendrán que venir a la clínica dentro de 3-4 días de ser nacido. Si son dados de alta en 48 horas, tendrán que venir a la clínica dentro de 10-12 días de nacido. El primer conjunto de vacunas serán dadas a los 2 meses, después a los 4 y 6 meses junto con un examen físico completo, y una evaluación de desarrollo. Habrá físicos de 12 y 15 meses incluyendo prueba de sangre para Hemoglobina y vacunas en cada una de estas visitas.

Físicos anuales serán cuando el paciente tenga 2 años de edad en adelante.

A los 4-6 años de edad, las inyecciones de refuerzos, Sarapion, Paperas y Rubeola serán dadas junto con la prueba de preparación de la escuela, Hemoglobina, análisis de orina y vacuna de la Varicela.

La Academia Americana de Pediatras recomienda físicos cada año, para campamentos, o programas de deportes, o si el niño(a) está en una condición de alto riesgo.

El refuerzo del Tetano, Hemoglobina, análisis de orina, vacuna de Meningocócica, vacuna contra el Cáncer Cervical para las niñas será a los 12 años de edad junto con la detección de las funciones fisiológicas.

En cada encuentro, ya sea de un físico o de un enfermo, una sociedad se hace con el padre o madre para un mejor servicio a la necesidad del niño(a), físicamente o emocionalmente.

Si el niño(a) se vio en Emergencias, la clínica necesita ser notificada lo más pronto posible.

Reabastecimientos de recetas serán llamadas durante horas de trabajo. Rital, Adderal, y Dexadrina tendrán que ser recogidos en la oficina.

Algun problema después de horas de trabajo pueden ser tratados llamando al servicio de llamadas al 303-920-9000. El Doctor de guardia responderá todas sus preguntas.

**BIENVENIDO!**

**HORAS DE TRABAJO**

**Dra. Sikand**

Lunes 8am-5pm  
Martes 8am-5pm  
Jueves 8am-5pm  
Viernes 8am-5pm

**Anne Englemann N.P.**

Lunes 8am-8pm  
Miércoles 8am-5pm  
Jueves 8am-5pm  
Viernes 8am-5pm

**Dra. Spoerke**

Miércoles 8am-5pm

**Denver Pediatrics, PC**  
**Gita Sikand, M.D., Susan Spoerke, M.D.**  
**REGISTRO DEL PACIENTE**

Fecha \_\_\_\_\_

**Información del Paciente**

Nombre legal \_\_\_\_\_  
Apelido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt/Unidad # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

---

**Responsable: Nombre** \_\_\_\_\_ **SS#** \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_ Telephoto celular \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Los hermanos \_\_\_\_\_ Los hermanos \_\_\_\_\_

Los hermanos \_\_\_\_\_ Los hermanos \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ S.S.#: \_\_\_\_\_

Nombre de la Padre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ S.S.#: \_\_\_\_\_

---

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

**Seguro Primario** \_\_\_\_\_ Tipo (HMO/PPO, etc) \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el Asegurado \_\_\_\_\_

Número de Identificación # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario** \_\_\_\_\_ Tipo (HMO/PPO, etc) \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el Asegurado \_\_\_\_\_

Número de Identificación # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_

---

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_ Telephoto celular \_\_\_\_\_

A quién podemos agradecer por referirlo? \_\_\_\_\_

---

**AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Yo autorizo la entrega de cualquier información médica necesaria para procesar mi / reclamo de mi hijo.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Yo autorizo a los beneficios médicos para el proveedor arriba mencionado/s. Entiendo que soy financieramente responsable por cargos no cubiertos por la presente autorización. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos no cubiertos incurridos dentro de los 30 días o mi cuenta puede incurrir en intereses a la tasa del 18% TASA DE PORCENTAJE ANNUAL. También estoy de acuerdo de pagar todos los costos incluyendo los honorarios del abogado reales incurridos para el cobro de mi cuenta.

---

Parte responsable/padre/madre o tutor legal Nombre \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Denver Pediatrics

Cuestionario Para los Pacientes Pediatricos

Completado por:

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor circule Si o No

Doctor Anterior: \_\_\_\_\_

Razon de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Informacion del Embarazo y Nacimiento

Edad de la mama en el embarazo: \_\_\_\_\_

Alguna enfermedad durante el embarazo: Si \_\_\_ No \_\_\_

Durante el embarazo, fumo, tomo alcohol, uso drogas Si \_\_\_ No \_\_\_

El bebe nacio a tiempo: \_\_\_ Temprano: \_\_\_ Tarde: \_\_\_

Tipo de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso de Nacimiento \_\_\_\_\_

Problemas con el bebe al nacer: Si \_\_\_ No \_\_\_

Ictericia (Amarillo): Si \_\_\_ No \_\_\_ Otro problema \_\_\_\_\_

Problemas despues de nacer: \_\_\_\_\_

Historial de Familia

Lista de todos los parientes de sangre de su hijo(a) que tenga las siguientes (Use abreviaciones)

(P) Padre (M) Madre (H) Hermano(a) (M)

Mama de la Mama (MP) Mama del Padre

(PM) Padre de la Mama (PP) Padre del Padre

(T) Tia(o) (Pr) Prima (o)

Anemia/Problema de Sangre: \_\_\_\_\_

Asma: \_\_\_\_\_

Retraso Mental \_\_\_\_\_

Problemas con las drogas: \_\_\_\_\_

Historial Medico Del Niño(a)

Reaccion Alergica a la Medicina: Si \_\_\_ No \_\_\_

Reaccion Alergica a la comida: Si \_\_\_ No \_\_\_

Reaccion Alergica a los animals: Si \_\_\_ No \_\_\_

Reaccion Alergica a picadura de mosquitos: Si \_\_\_ No \_\_\_

Toma Medicamentos Normalmente: \_\_\_\_\_

Vacunas al dia: Si \_\_\_ No \_\_\_

Tiene registro de vacunas: Si \_\_\_ No \_\_\_

Hospitalizado: Si \_\_\_ No \_\_\_

• Where \_\_\_\_\_

• When \_\_\_\_\_

• Why \_\_\_\_\_

Lista de graves lesiones: \_\_\_\_\_

Alcoholism \_\_\_\_\_

Cancer: \_\_\_\_\_

Sida: \_\_\_\_\_

Fibrosis Quistica: \_\_\_\_\_

Distrofia Muscular: \_\_\_\_\_

Artritis: \_\_\_\_\_

Epilepsia/Convulsiones: \_\_\_\_\_

Enfermedad del Corazon: \_\_\_\_\_

Alta Presion: \_\_\_\_\_

Problemas de Colesterol \_\_\_\_\_

Migrañas: \_\_\_\_\_

Muerte Subita Infantil: \_\_\_\_\_

Defectos de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sordera temprana: \_\_\_\_\_

Diabetes: \_\_\_\_\_

Enfermedades de Infancia

Varicela Si \_\_\_ No \_\_\_ Paperas Si \_\_\_ No \_\_\_ Rubéola Si \_\_\_ No \_\_\_ Sarampion Si \_\_\_ No \_\_\_

Tos Ferina Si \_\_\_ No \_\_\_ Fiebre Reumatica Si \_\_\_ No \_\_\_ Escarlatina Si \_\_\_ No \_\_\_ Infection de Oido Si \_\_\_ No \_\_\_

Dolor de garganta Si \_\_\_ No \_\_\_ Asma/Sibilancias Si \_\_\_ No \_\_\_ Eczema/Urticaria Si \_\_\_ No \_\_\_ Convulsiones Si \_\_\_ No \_\_\_

Anemia Si \_\_\_ No \_\_\_ Hepatitis Si \_\_\_ No \_\_\_ Problemas de oido Si \_\_\_ No \_\_\_ Problemas de sangre Si \_\_\_ No \_\_\_

Infeccion de orina Si \_\_\_ No \_\_\_ Problemas de vista Si \_\_\_ No \_\_\_ Transfusiones de sangre Si \_\_\_ No \_\_\_ Problemas de huesos Si \_\_\_ No \_\_\_

Algun otro problema que no este listado: \_\_\_\_\_

Alimentacion de Nutricion

Alergias de comida Si \_\_\_ No \_\_\_ Apetito Bueno \_\_\_ Malo \_\_\_ Colico/problema en comer en 1er trimestre Si \_\_\_ No \_\_\_

Amamantando Si \_\_\_ No \_\_\_ Numero de meses \_\_\_ Formula Si \_\_\_ No \_\_\_ Marca Actual \_\_\_\_\_

Vitaminas Si \_\_\_ No \_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Fluoruro Si \_\_\_ No \_\_\_ Dieta Especial \_\_\_\_\_

Desarrollo y Comportamiento

Edad apropiada cuando el niño: Se sento solo(a): \_\_\_\_\_ Camino: \_\_\_\_\_ Uso fraces: \_\_\_\_\_

Fue al baño: \_\_\_\_\_ Grados en la escuela \_\_\_\_\_

Problemas en la escuela: Si \_\_\_ No \_\_\_ Problemas de aprendizaje: Si \_\_\_ No \_\_\_

Problemas de comportamiento: Si \_\_\_ No \_\_\_ Mojar la cama: Si \_\_\_ No \_\_\_

Problemas durmiendo: Si \_\_\_ No \_\_\_ Vive en casa: Si \_\_\_ No \_\_\_

Uso de drogas: Si \_\_\_ No \_\_\_ Tipo de drogas: \_\_\_\_\_

Perfil de Familia

Padres Casados: Si \_\_\_ No \_\_\_ Separados: Si \_\_\_ No \_\_\_ Divorciados: Si \_\_\_ No \_\_\_

Edad del Padre: \_\_\_\_\_ Edad de la Madre \_\_\_\_\_ Salud del Padre: \_\_\_\_\_

Salud de la Madre: \_\_\_\_\_ Lista de Hermanos o Hermanas: \_\_\_\_\_

**Denver Pediatrics**  
**Gita Sikand, M.D.,FAAP/Dr. Susan Spoerke, M.D., FAAP**  
**9141 Grant Street, Suite 100**  
**Thornton, CO 80229**

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACION DE INFORMACION  
MEDICA PARA EL TRATAMIENTO, PAGO, O LAS OPERACIONES DE  
ATENCION MEDICA.**

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **#SS:** \_\_\_\_\_

Entiendo que como parte de mi salud, esta organización origina y mantiene registros de salud que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes, resultados de las pruebas, diagnóstico y tratamiento y los planes para el futuro

**Yo entiendo que esta información sirve como:**

- una base para planear mi cuidado y tratamiento
- un medio de communication entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
- una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta
- un medio por el cual un tercer pagador pueda verificar que los servicios fueron realmente ejecutados
- una herramienta para las operaciones de rutina, tales como como Evaluando la calidad de la atención y revisión de la capacidad de los profesionales de la salud

**Yo entiendo que tengo derecho a:**

- oponerme a la utilización de mi información de salud para la guía
- Solicitar restricciones en cómo mi información de salud puede ser usada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de salud -- y que la organización no está obligada a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas
- de revocar este consentimiento en escritura, excepto en la medida en que la organización ya ha tomado medidas al respecto.

Solicito las siguientes restricciones para el uso o la divulgación de mi hijo/s información sobre la salud:

<b>Patient:</b> _____		
<b>Office use only:</b>		
<b>Accepted</b>		
_____ <b>Signature</b>	_____ <b>Title</b>	_____ <b>Date</b>
<b>Denied</b>		

**GITA S. SIKAND, M.D.**

*Fellow de la Academia Americana de Pediatría Diplomático de la Junta Americana de Pediatría*

**PRE-AUTORIZACIÓN PARA LOS PADRES RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA A LOS NIÑOS**

Para las familias que están en marcha los pacientes de DENVER PEDIATRICS puede ser más conveniente tener autorización previa para recibir atención médica entregados directamente a los menores sin un padre que tiene que estar presente para el tratamiento. Por favor, lea el siguiente formulario de autorización para el tratamiento y completar la información si desea autorizar tal tratamiento de antemano.

**AUTORIZACIÓN**

Solicito y autorizo a Denver Pediatría y su personal para ofrecer atención médica a mis hijos se enumeran a continuación.

POR FAVOR IMPRIMA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL NIÑO

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

**Autorizo a las siguientes personas para llevar a mis hijos atención médica en mi ausencia:**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN

NOTA: Si hay algún especial la patria potestad o custodia de relación bajo custodia de uno de los padres solamente, custodia legal/tutela con no padres, etc. por favor explicar en el espacio de abajo con su firma y número de teléfono donde se le pueda localizar.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

**PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT**  
**PRIVACIDAD PRÁCTICA FORMA DE RECONOCIMIENTO**

**DENVER PEDIATRICS**  
9141 Grant St., Suite 100  
Thornton, CO 80229

**ACKNOWLEDGEMENT FORM/FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO:**

I have received the Notice of Privacy Practices and I have been provided an opportunity to review it/  
He recibido la notificación de prácticas de privacidad y he sido brindado a la oportunidad de revisarlo.

Patient Name/Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Parent Signature/Firma de padres o tutores \_\_\_\_\_

Today's Date/La fecha de hoy \_\_\_\_\_