



Colonia Office
 795 Inman Ave
 Colonia, NJ 07067
 Ph: (732) 396-0700
 Fax: (732) 396-0701

Plainfield Office
 120 W 7th St. Ste 203
 Plainfield, NJ 07060
 Ph: (908) 757-8687
 Fax: (908) 481-4891

Información del Paciente Inicial

Nombre de la persona que llena el formulario : _____
 Fecha: _____ Relación: _____

Información del Paciente

Nombre:	_____	_____	_____
	Primero	Apellido	Segundo
Dirección:	_____		
	_____	_____	_____
	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de Nacimiento:	_____		
	MM/DD/YYYY		

Demografía

Idioma(s)	_____
Raza	_____
Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información del Guardián

Relación:	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Guardian
Nombre:	_____	_____	_____
	Primero	Apellido	Segundo
Dirección:	_____		
	_____	_____	_____
	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Fecha de Nacimiento:	_____	Tel. Celular:	_____
Empleador:	_____	Tel. Casa:	_____
Correo Electrónico¹:	_____	Tel. Empleador:	_____

¹ Su correo electrónico es para nuestro servicio como Patient Portal: una página de web segura que da acceso a su información de salud con un nombre de usuario y contraseña.



Colonia Office
 795 Inman Ave
 Colonia, NJ 07067
 Ph: (732) 396-0700
 Fax: (732) 396-0701

Plainfield Office
 120 W 7th St. Ste 203
 Plainfield, NJ 07060
 Ph: (908) 757-8687
 Fax: (908) 481-4891

Información del Paciente Inicial

Contacto de Emergencia

Nombre:	_____	Nombre:	_____
Dirección:	_____	Dirección:	_____
Dirección (cont):	_____	Dirección (cont):	_____
Relación:	_____	Relación:	_____
Teléfono de Casa:	_____	Teléfono de Casa:	_____
Celular:	_____	Celular:	_____

Cobertura Principal

Cobertura Secundaria

Seguro:	_____	Seguro:	_____
Nombre del Beneficiario:	_____	Nombre del Beneficiario:	_____
Dirección:	_____	Dirección:	_____
Dirección (cont):	_____	Dirección (cont):	_____
Relación:	_____	Relación:	_____
Fecha Vigente:	_____	Fecha Vigente:	_____
# Polisa	_____	# Polisa	_____
# Grupo	_____	# Grupo	_____

Información de la Farmacia

Nombre:	_____	
Teléfono:	_____	Ciudad: _____

Consentimiento/ Permiso Para Divulgar Consentimiento/ Asignación de Beneficios

Autorizo el tratamiento para el cuidado del paciente cuyo nombre se indica en este formulario. Doy consentimiento para divulgar información con el fin de procesar los gastos médicos. Y autorizo se pague directamente el médico responsable por los servicios prestados.

Firma: _____

Fecha: _____

Consent for New Jersey Immunization Information System

I have received information about the NJIIS and understand that the purpose of this program is to help remind me when my child's immunizations are due and to keep a central record of my child's immunization history. I understand that the medical information in the NJIIS may be shared with authorized health care providers, schools, licensed child care centers, colleges, public health agencies, health insurance companies, and others as permitted by New Jersey law at N.J.S.A 26:4-131 et seq. And rules at N.J.A.C 8:57-3. I understand that i can get a copy of my child's record from my primary health care provider, my local health department, or the New Jersey department of health (NJDOH).

Firma: _____

Fecha: _____

Historia Clínica

Elaborada por _____

Fecha de elaboración de la historia _____

Nombres y Apellidos

Ficha de identificación

Fecha de nacimiento

Edad

M / F

Miembros de la familia

Enumere a todos los que viven en la casa de menor.

Nombres y apellidos	Parentesco con el menor	Fecha de nacimiento	Antecedentes médicos

¿Tiene hermanos que no mencionó antes? Si su respuesta es sí, haga una lista con los nombres, edades y el lugar dónde ellos viven.

¿Cuál es la situación legal del menor si no vive con ambos padres biológicos?

- Vive con padres adoptivos Tutela conjunta
 Tutela única Vive con una familia de acogida

Si uno de los padres no vive en casa, ¿con qué frecuencia ve el menor al padre que está viviendo fuera de casa?

Datos de identificación del paciente No lo sé

Peso al nacer _____ Embarazo normal _____ o _____ semanas

¿Hubieron complicaciones pre o neonatales?

Si No Explique _____

¿Estuvo el menor en una unidad de cuidados intensivos pediátricos UCIN?

Si No Explique _____

Durante el embarazo, la madre:

Fumó tabaco Si No Tomó alcohol Si No

Ingirió drogas o medicament Si No

Tomó vitaminas prenatales

¿Qué? _____ ¿Cuándo? _____

El parto fue:

Natural Cesaria ¿Cuál fue la razón? _____

¿Cómo fue la primera lactancia?

Biberón Pecho Duración de la lactancia: _____

¿Regresó el bebé a casa con la madre?

Si No Explique _____

Datos generales NS= No lo sé

¿Cree que su niño tiene una buena salud Si No NS Explique _____

¿Tiene su niño alguna enfermedad grave o condición seria? Si No NS Explique _____

¿Ha tenido su niño alguna cirugía? Si No NS Explique _____

¿Ha sido su hijo internado en un hospít Si No NS Explique _____

¿Es su hijo alérgico a medicamentos? Si No NS Explique _____

¿Considera que su familia tiene lo suficiente para comer? Si No NS Explique _____

Antecedentes familiares NS= No lo sé

Algún miembro de su familia ha padecido:

- Pérdida de la audición cuando niño Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Alergias Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Asma Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Tuberculosis Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Enfermedad del corazón (antes de los 55 años) Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Colesterol Alto/ Toma medicamentos Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Anemia Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Trastorno sanguíneo Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Caries dentales Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Cáncer (antes de los 55 años) Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Enfermedad hepática Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Enfermedad renal Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Diabetes (antes de los 55 años) Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Mojó la cama (después de los 10 años) Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Obesidad Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Epilepsia/Convulsiones Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Alcoholismo Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Drogadicción Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Condiciones mentales/depresión Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Discapacidad del desarrollo Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Problema del sistema inmune VIH o SIDA Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Tabaquismo Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____

Otros _____

Antecedentes del paciente NS= No lo sé

Su hijo, padece o alguna vez padeció:

- Varicela Si No NS ¿Cuándo? _____
- Frecuentes infecciones de oído Si No NS Explique _____
- Problemas de oído o de audición Si No NS Explique _____
- Alergias Si No NS Explique _____
- Problemas con los ojos o la visión Si No NS Explique _____
- Asma, bronquitis, bronquiolitis, neumonía Si No NS Explique _____
- Problemas cardíacos o soplo cardíaco Si No NS Explique _____
- Anemia o trastornos sanguíneos Si No NS Explique _____
- Transfusión de sangre Si No NS Explique _____
- Suero intravenoso Si No NS Explique _____
- Trasplante de órganos Si No NS Explique _____
- Cáncer generalizado /medula ósea Si No NS Explique _____
- Quimioterapia Si No NS Explique _____
- Dolores abdominales frecuentes Si No NS Explique _____
- Estreñimiento que cause visitas al médico Si No NS Explique _____
- Infecciones urinarias frecuentes Si No NS Explique _____
- Cataratas/retinoblastoma Si No NS Explique _____
- Trastornos metabólicos o genéticos Si No NS Explique _____
- Enfermedad renal o mal formaciones urológicas Si No NS Explique _____
- Mojó la cama (después de los 5 años) Si No NS Explique _____
- Ronquidos Si No NS Explique _____
- Condiciones de la piel crónicas y recurrentes Si No NS Explique _____
- Dolores de cabeza frecuentes Si No NS Explique _____
- Convulsiones u otras condiciones neurológicas Si No NS Explique _____
- Obesidad Si No NS Explique _____
- Diabetes Si No NS Explique _____
- Tiroides o problemas endócrinos Si No NS Explique _____
- Presión alta Si No NS Explique _____
- Antecedentes de lesiones graves, fracturas, concusiones Si No NS Explique _____

Uso de drogas o alcohol Si No NS Explique _____

Uso de tabaco Si No NS Explique _____

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Si No NS Explique _____
ansiedad, cambios de conducta, depresión

Retraso en el desarrollo Si No NS Explique _____

Caries dentales Si No NS Explique _____

Antecedentes de violencia familiar Si No NS Explique _____

Enfermedades por transmisión sexual Si No NS Explique _____

Embarazo Si No NS Explique _____

En niñas: problemas menstruales Si No NS Explique _____

Ha tenido su periodo menstrual Si No Edad a la que inicio su periodo menstrual _____

Otros _____



**Kids
care**
pediatrics
ANITA KISHEN MD FAAP

Colonia Office
795 Inman Ave
Colonia, NJ 07067
Ph: (732) 396-0700
Fax: (732) 396-0701

Plainfield Office
120 W 7th St. Ste 203
Plainfield, NJ 07060
Ph: (908) 757-8687
Fax: (908) 757-8685

Information Release Form

Name: _____ Date: _____

Relationship to Patient: _____

Patient information

Full name:

FIRST LAST MI

Address:

Birthday:

CITY STATE ZIP

MM DD YYYY

Release medical information from:

Information Requested

- All Records
- Immunization Records
- Progress Notes
- Other _____

Signature: _____

Date: _____



Colonia Office
795 Inman Ave
Colonia, NJ 07067
Ph: (732) 396-0700
Fax: (732) 396-0701

Plainfield Office
120 W 7th St. Ste 203
Plainfield, NJ 07060
Ph: (908) 757-8687
Fax: (908) 757-8685

Notificación de las normas de vacunación

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre o tutor legal: _____

A partir del 1 de enero de 2020, nuestras nuevas normas de vacunación serán las siguientes:

Todos los pacientes deben recibir todas las vacunas recomendadas en el [programa de vacunación](#) de acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Academia Americana de Pediatría a menos que exista una [contraindicación médica](#).

Padres, tutores legales y pacientes tendrán 30 días para encontrar un nuevo proveedor de salud o médico tras haber sido notificado verbalmente y por escrito sobre esta norma.

Pacientes nuevos

- No aceptaremos como pacientes nuevos a menores cuyos padres elijan no vacunar a sus hijos.
- Padres de recién nacidos que rehúsen la inyección de vitamina K al nacer, no serán admitidos en nuestro consultorio y podrán ser atendidos por el servicio de pediatría del hospital.

Pacientes establecidos

- Pacientes establecidos sin vacunar y cuyos padres se rehúsan a vacunarlos deberán buscar un nuevo proveedor de salud o médico tras hablar sobre el tema durante su próxima visita o a través de una llamada telefónica con personal de nuestra oficina. Esto le permitirá encontrar un nuevo pediatra antes del recibir el **aviso de 30 días**.
- A padres y tutores legales de pacientes establecidos quienes tienen un recién nacido, se les dará hasta el chequeo del cuarto mes para comenzar el régimen de vacunación. Si hasta entonces no ha iniciado dicha vacunación, los pacientes deberán encontrar un nuevo pediatra.

Programa de vacunación alternativo

- Nosotros **no recomendamos** programas de vacunación alternativos.
- Padres que elijan programas de vacunación alternativos recibirán información sobre el programa de vacunación recomendado. Serán los padres quienes elijan el programa con el fin de que sus hijos reciban una vacunación completa.
- No se debe retrasar una vacuna más de 6 meses del plazo recomendado, a menos que exista una **contraindicación médica**.
- Padres que elijan un programa alternativo de vacunación **deberán** notificar a los proveedores de salud que sus hijos **no han sido completamente vacunados** al solicitar servicios médicos o al ser vistos en cualquier entorno médico. **Niños que no han sido completamente vacunados pueden necesitar aislamiento, atención médica urgente, o exámenes que no son necesarios cuando el menor ha sido completamente vacunado.**

Vacunas opcionales

- Aunque aconsejamos firmemente que sus hijos reciban todas las vacunas recomendadas en el programa, se permitirá que las siguientes vacunas permanezcan **opcionales pero muy aconsejables**: Hepatitis A, Virus del Papiloma Humano (VPH), Influenza/gripe, Meningococo B, y Rotavirus.

_____ He leído las normas de vacunación antes mencionadas y estoy de acuerdo en cumplir con todas las vacunas recomendadas en el programa de vacunación de acuerdo con los *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades* y la *Academia Americana de Pediatría*.

_____ He tenido la oportunidad de hablar sobre el programa de vacunación recomendado con _____ y entiendo las ventajas y riesgos de las vacunas recomendadas.

Firma del padre o tutor legal

Fecha



**Kids
care**
pediatrics

120 W. 7th STREET
PLAINFIELD, NJ 07060
908 757 8687

795 INMAN AVENUE
COLONIA, NJ 07067
732 396 0700

**Telemedicine Services
Terms of Use
Effective 03/17/2020**

Welcome to Kids Care Pediatrics Telemedicine services. We are excited to provide you with this service.

Please do not use this site for emergency medical needs. If you experience a medical emergency, call 911 immediately!

Privacy

You acknowledge that you are consenting to receiving care via telemedicine/telehealth. The scope of care will be at the sole discretion of Kids Care Pediatrics provider who is treating you, with no guarantee of diagnosis, treatment or prescription. Kids Care Pediatrics Provider will determine whether or not the condition being diagnosed and/or treated is appropriate for a telehealth encounter. You understand and agree that your interaction is not intended to take the place of any face-to-face appointments, when possible.

Informed consent for services performed via telehealth/telemedicine

The delivery of healthcare through services using communication tools such as a cell/telephone, live two-way audio and video, remote patient monitoring, or other electronic means, is called “telemedicine”. Telemedicine involves the use of electronic communications to enable healthcare providers who are remote from patients to provide care and services. The information gathered/accessed may be used for diagnosis, treatment, follow-up, therapy or education and may include information from existing medical history or records.

The communication systems used will incorporate network and software security protocols to protect your confidentiality and will include measures to secure the data against intentionally/unintentional corruptions or access. It is your responsibility to be in a secure/private location where your telehealth encounter can occur. Do not use telehealth services in a public location, or on a public computer.

As with office-based face-to-face visits, a visit summary will be made available to you if you request. This summary can be kept for your records or shared with another healthcare provider of your choosing (e.g., specialist or other provider).

Benefits of Telemedicine

KIDS CARE PEDIATRICS

- Improved and increased access to care remotely.
- More efficient medical evaluation and management.
- Convenient.

Possible Risks of Telemedicine

As with any medical visit, office based or otherwise, there are potential risks associated. The risks may include:

- Delays in medical evaluation and consultation or treatment due to deficiencies or failure of technology;
- In very rare instances, unanticipated breach in security protocols – poor security controls;
- In rare cases, a lack of access to complete or comprehensive medical records, resulting in adverse drug interaction, allergic reactions or other negative outcomes;
 - Patient must disclose comprehensive/complete medical and medication history.

How to Receive Follow up Care

If at any time during the telehealth visit:

- You experience a health emergency and feel you need immediate care, please inform the healthcare provider, it may be necessary to call 911 and you may be directed to the nearest hospital/emergency room.
- You or your healthcare provider experience telecommunication or equipment failure that prohibits the completion of visit, please contact the office directly to be connected to afterhours call line and the healthcare provider.

By agreeing to these *Terms of Use* and by accepting *Online Telemedicine/Telehealth Services* you agree and understand the following:

1. The laws that protect privacy and confidentiality of medical information also apply to telemedicine/telehealth and that no information obtained in the use of telemedicine which identifies me will be disclosed to researchers or other entities without my consent.
2. That you 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. That telemedicine involves electronic communications of my personal health information.
4. You may expect the anticipated benefits from the use of telehealth in your care but results from care/treatment cannot be guaranteed or assured.
5. My healthcare provider has the right to discontinue at any time if he/she feels it is necessary or that an in-person visit is necessary. (i.e. can't meet standard of care)
6. Your health information may be shared with other individuals for treatment, payment and healthcare purposes.
 - a. Psychotherapy notes are maintained by the telemedicine healthcare clinician, but not shared with others. Only billing codes and visit summaries will be shared with others and you.
 - b. If you obtain psychotherapy services, you understand that your therapist has the right to limit the information provided to you, if in the therapist professional judgement sharing the information with you would be harmful to you.
7. Your healthcare information may be shared in the following circumstances:
 - c. A valid court order is issued for medical records
 - d. Reporting suspected abuse, neglect or domestic violence
 - e. Preventing or reducing serious threats to anyone's' health or safety

KIDS CARE PEDIATRICS

Charges for Services

You understand and agree that you are responsible for all charges related to your telehealth visit. You will pay for all services provided and agree that the charges are valid and appropriate.

This can be done:

1. Providing you credit card on file charging your regular office co-pay.
2. If you don't have a credit card on file, you must provide credit card information.

Process for telemedicine

1. Using the link provided for Dr Kishen: <https://doxy.me/drkishen> or Dr Gayam: <https://doxy.me/drgayam>
2. Enter your Child's Full Name
3. Allow access to your camera and microphone on your device
4. Then wait for the Doctor to connect with you

Patient Consent to the Use of Telemedicine

Having read and understood the information provided above regarding telemedicine and understand the risk and benefits of telemedicine, I agree to Terms of Use, and give my informed consent to Kids Care Pediatrics to participate in a telemedicine healthcare visit in the course of my diagnosis and treatment.

_____	_____
Patient Name	Date
_____	_____
Patient or Parent/Guardian Name	If Parent/Guardian; Relationship to Patient
_____	_____
	Signature

Colonia Office
795 Inman Ave
Colonia, NJ 07067
Ph: (732) 396-0700
Fax: (732) 396-0701

Plainfield Office
120 W 7th St. Ste 203
Plainfield, NJ 07060
Ph: (908) 757-8687
Fax: (908) 757-8685



Constancia de Haber Obtenido la Notificación Sobre las Prácticas de Privacidad

Nombre: _____ Fecha: _____

Su Relación con el Paciente: _____

Yo, he recibido una copia de la NOTIFICACION SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD de Kids Care Pediatrics.

Nombre del Paciente (Escribe): _____

Nombre del Persona que Va a firmar (Escribe): _____

Su Relación con el Paciente: _____

¿Desea una Copia de
la Notificación
Sobre las Prácticas de Privacidad? Sí No

Firma: _____

Fecha: _____

For Office Use

If patient/representative requested a copy of Notice of Privacy Practices: Date copy was provided: _____

If no acknowledgement could be obtained, state the reasons why and the efforts taken to try to obtain the acknowledgement:

Name: _____

Date: _____