

**New Patient Questionnaire/ Cuestionario Para Paciente Nuevo**

**Patient Name/Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Date of Birth/Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Today's Date/Fecha:** \_\_\_\_\_

**What is the reason for your child 's visit today? (¿Cuál es el motivo de su visita?)**

\_\_\_\_\_

**Please CHECK any of the following symptoms that your child has (Favor de marcar cuáles síntomas su hijo/a tiene) :**

- Weight Change** (cambio de peso)     **Chest pain** (dolor de pecho)     **Heartburn**(acides)
- Nausea**                                     **Vomiting** (vomitó)                     **Abdominal Pain** (dolor abdominal)
- Poor appetite** (apetito bajo)     **Diarrhea**                                     **Fatigue**(cansancio)
- Constipation**(estreñimiento)     **Reflux**(reflujo)                     **Blood in vomit**(sangre en el vómito)
- Cough**(tos)                                     **Anemia**                                     **Blood in urine** (sangre al orinar)
- Coughing up blood** (sangrado al toser)     **Blood in stool**(sangre en la popo)
- Jaundice/yellowing of skin** (ictericia/amarillento de la piel)
- Apnea/stops breathing** (apnea/deja de respirar)
- Trouble swallowing** (dificultad al pasarse comida)
- Shortness of breath**(dificultad para respirar)
- Liver Problems or Hepatitis** (problemas del Hígado/Hepatitis)

**Additional (adicional):**

- Developmental delay** (retraso en el desarrollo)                     **Poor growth** (pobre crecimiento)
- Depressed mood**(animo deprimido)                     **ADHD/Hyperactivity**(TDAH/hiperactividad)
- Anxiety** (ansiedad)     **Diabetes**(diabetes)                     **Thyroid problems**(problemas de tiroides)
- Down Syndrome**(síndrome de down)                     **Autism**(autismo)

**List all current medications. Please include over the counter, herbal therapies and vitamins.** (Anoté todos los medicamentos que su hijo/a toma. Incluya medicamentos sin receta, terapias a base de hierbas o vitaminas):

Current Medication (nombre del medicamento)	Dose (Dosis)	How often (frecuencia)

**1. List any known medical problems your child has. (ie, asthma, reflux, Crohn's, diabetes, etc.)** Anote otros problemas médicos que su hijo/a tenga. (ex. asma, enfermedad de Crohn, diabetes, etc.)

- 
- 

**2. List any hospitalizations/surgeries/procedures that your child has had. Please include age, hospital, and reason.** Anote cualquier hospitalización/cirugía/procedimiento que su hijo/a haya tenido. Incluya edad, hospital y motivo.

- 
- 

**3. Allergies to any Food/Medication** (Alergias a comida o medicamento):

---

---

**4. Family History of Liver/Pancreas problems, celiac disease, IBD(UC or Crohn's), IBS, Autoimmune disease.**

(Historial familiar de problemas de Hígado/Páncreas, enfermedad celiaca, enfermedad intestinal inflamatoria, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, enfermedad autoinmune)

---

**5. Is your child on a special/restricted diet?** (¿Está su hijo/a una dieta especial/restringida?)

---

**Stooling History if permitent** (Historial al defecar si es pertinente):

- **How often does your child have a bowel movement now?** (Qué tan frecuente hace popo su hijo/a):

- **Does your child have accidents/soil underpants?** (Su hijo/a tiene accidentes/mancha sus calzoncillos?)

- **What is the consistency of your child 's stool?** (¿Cuál es la consistencia de la popo de su hijo/a?)

**Watery**(aguada)  **Soft** (suave)  **Hard** (dura)  **Pebbles** (bolitas)

- **What is the color of your child 's stool?** (¿Cuál es el color de la popo de su hijo/a?)

**Brown**(cafe)  **Yellow**(amarilla)  **Green**(verde)  **Red**(roja)  **Black** (negra)

**6. Does your child see any other specialist?** (Su hijo/a ve algún otro especialista?)

---

**Parent Signature/Firma de madre o padre:** \_\_\_\_\_

EDWARD P. LAURANCE, M.D., INC.  
Mohamed A. Shaban, M.D.  
*Diplomate American Board of Pediatrics*  
*Subspecialty Board Pediatric Gastroenterology & Nutrition*

**Please Read and Initial Each Item**

**Eligibility Waiver:** \_\_\_\_\_ **Initial**

You must be eligible with your insurance carrier or medical group at the time you see Dr. Shaban or have a procedure. **AN AUTHORIZATION FROM A MEDICAL GROUP IS NOT A GUARANTEE FOR PAYMENT.** If you are not eligible at the time services were rendered, you understand that you will be held responsible for all charges.

**Missed Appointment Fee** \_\_\_\_\_ **Initial**

I understand that I will be responsible for a \$25.00 missed appointment fee every time I fail to keep a scheduled appointment or I fail to cancel an appointment without a 24 hour notice. For a procedure the fee is \$100 whether I no-show, cancel, or reschedule.

**Authorization to release information to your insurance company for billing purposes:**

\_\_\_\_\_ **Initial**

I hereby authorize Dr. Shaban and his associates to release any information acquired in the course of medical examination or treatment for insurance claim filing. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

**Authorization for your insurance company to send payment to our office:** \_\_\_\_\_ **Initial**

I hereby authorize payment directly to Dr. Shaban or his associates for the amount due in my pending claim for physician's services rendered to my child. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

**Authorization to obtain and release medical records for your child:** \_\_\_\_\_ **Initial**

I hereby authorize Dr. Shaban and his associates to obtain any necessary medical records from my child's primary care physician, hospital, or laboratory pertaining to the care of my child. I further authorize this office to release medical records and results to my child's primary care physician. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

**Contracted Laboratory/Hospital Services:** \_\_\_\_\_ **Initial**

We want you to know that our office does our best to ensure that patients are sent to the correct laboratory or hospital per the requirements of their insurance company. Given that Dr. Shaban works with numerous medical groups and PPO insurance companies, so it is possible for an error to be made. Please be advised that it is **your responsibility** to know which laboratory or hospital your insurance company requires you to use for lab work or diagnostic studies. If you are unsure which lab or hospital your insurance company requires you to utilize, please be sure to take the time to find out. This will prevent you from being financially responsible for any charges as a result of utilizing an incorrect facility. I understand that I will be financially responsible for any fees incurred as a result of using a non-contracted laboratory or hospital for services provided to my child.

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

**Parent Name:** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_

**Favor de leer y señalar cada uno de las pólizas siguientes**

**Elegibilidad:** Usted debe ser elegible con su compañía de seguros o grupo médico en el momento de ver al Dr. Shaban o tener un procedimiento. **Una autorización de un grupo médico no es una garantía para el pago.** Si usted no es elegible en el momento en que se prestan los servicios, usted entiende que usted será responsable de todos los cargos.

**Iniciales** \_\_\_\_\_

**Procedimiento/cita perdida:** Yo entiendo que seré responsable de una cuota de \$25.00 para una cita perdida cada vez que no cancele una cita sin un aviso de 24 horas y una cuota de \$100.00 por un procedimiento cancelado, re-agendado, o no presentado. **Iniciales** \_\_\_\_\_

**Autorización para entregar información a su compañía de seguros a efectos de facturación:** Yo autorizo al Dr. Shaban y sus asociados para liberar cualquier información adquirida en el curso de exámenes y tratamientos médicos, para presentar una reclamación de seguro. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan efectiva y válida como el original. **Iniciales** \_\_\_\_\_

**Autorización para su compañía de seguros para enviar el pago a nuestra oficina:** Yo autorizo el pago directamente al Dr. Shaban o sus asociados de la cantidad adeudada en mi reclamo pendiente por servicios médicos prestados a mi hijo. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan efectiva y válida como el original. **Iniciales** \_\_\_\_\_

**Autorización para obtener y entregar los registros médicos de su hijo:** Yo autorizo al Dr. Shaban y sus asociados para obtener todos los documentos médicos necesarios de otro médico, hospital o laboratorio relacionados con el cuidado de mi hijo. Además, autorizo a esta oficina para liberar los registros médicos y los resultados al médico de atención primaria de mi hijo u otro médico, hospital o laboratorio según sea necesario en el cuidado de mi hijo. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan efectiva y válida como el original. **Iniciales** \_\_\_\_\_

**Facturación del seguro secundario:** Entiendo que la oficina del Dr. Shaban no acepta ningún seguro secundario. Soy responsable de mi deducible, copago, y coaseguro en el momento del servicio. **Iniciales** \_\_\_\_\_

**Laboratorios contratados / servicios hospitalarios:** Queremos que sepan que nuestra oficina hace todo lo posible para asegurar que los pacientes se envían al laboratorio u hospital correcto según los términos de su aseguranza. Tome en cuenta que es su responsabilidad saber qué laboratorio u hospital está contratado con su aseguranza. Yo entiendo que seré financieramente responsable por los costos incurridos como resultado del uso de un laboratorio no contratado o al hospital por los servicios proporcionados a mi hijo. **Iniciales** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre o Madre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

EDWARD P. LAURANCE, M.D., INC.  
Mohamed A. Shaban, M.D.  
*Diplomate American Board of Pediatrics*  
*Subspecialty Board Pediatric Gastroenterology & Nutrition*

**Patient Consent for Use and Disclosure of Protected Health Information**

The purpose of this form is to comply with the Federal Government mandate to protect patient privacy.

With my consent, the office Dr. Mohamed A. Shaban, Pediatric Gastroenterologist, may use and disclose protected health information (PHI) about me or my child to carry out treatment, payment, and healthcare operations (TPO). Please refer to the Notice of Privacy Practices available to you upon request, for a more complete description of such uses and disclosures.

I have a right to review the Notice of Privacy Practices prior to signing this consent. Our office reserves the right to revise its Notice of Privacy Practices at any time. A revised Notice of Privacy Practices may be obtained by forwarding a written request to Dr. Mohamed A. Shaban, at 460 W. Sierra Madre Blvd. Sierra Madre, Ca. 91024.

With my consent, Dr. Shaban and / or his staff may call my home or any other number provided by me and leave a message on a voice mail or in person in reference to any items that assist the practice in carrying out TPO, such as appointment reminders, insurance items, and any call pertaining to my clinical care, including laboratory results among others.

With my consent, Dr. Shaban and / or his staff may mail to my home or other designated location, any items that assist the practice in carrying out TPO, such as appointment reminder cards, correspondence, and billing statements.

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of birth :** \_\_\_\_\_

**Signed:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
(Patient or authorized person)

EDWARD P. LAURANCE, M.D., INC.  
Mohamed A. Shaban, M.D.  
*Diplomate American Board of Pediatrics*  
*Subspecialty Board Pediatric Gastroenterology & Nutrition*

**Consentimiento del Paciente para el uso y divulgación**  
**de información de salud protegida**

El propósito de esta forma es cumplir con el mandato del gobierno federal para proteger la privacidad del paciente.

Con mi consentimiento, la oficina de el Dr. Mohamed A. Shaban, Gastroenterólogo Pediátrico, puede utilizar y divulgar información de salud protegida (PHI) de mí o de mi hijo para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO). Por favor, consulte el Aviso de prácticas disponibles para usted a petición de privacidad, para una descripción más completa de estos usos y revelaciones.

Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Nuestra oficina se reserva el derecho de modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un Aviso de Prácticas de Privacidad se puede obtener mediante el envío de una solicitud por escrito al Dr. Mohamed A. Shaban, a 460 W. Sierra Madre Blvd. Sierra Madre, Ca. 91024.

Con mi consentimiento, el Dr. Shaban y / o su personal puede llamar a mi casa o cualquier otro número proporcionado por mí y dejar un mensaje en un correo de voz o en persona en referencia a todos los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier llamada referente a mi cuidado clínico, incluyendo los resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, el Dr. Shaban y / o su personal pueden enviar por correo a mi casa u otro lugar designado, todos los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas, correspondencia y estados de cuenta.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma :** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

**(Paciente o persona autorizada)**

EDWARD P. LAURANCE, M.D., INC.

Mohamed A. Shaban, M.D.

*Diplomate American Board of Pediatrics*

*Subspecialty Board Pediatric Gastroenterology & Nutrition*

## DHCS Telehealth Policy Implementation Patient Consent

### Communication

1. I agree to receive health care services via telehealth. I understand that: **A.** I have the right to access Medi-Cal covered services through an in person, face-to-face visit or through telehealth. **B.** The use of telehealth is voluntary, and I may withdraw my consent to, or stop receiving services through telehealth at any time without affecting my ability to access covered services in the future. **C.** Medi-Cal provides coverage for transportation services to in-person services when other resources have been reasonably exhausted. **D.** There may be limitations or risks related to receiving services through telehealth as compared to an in-person visit.

2. I have read this document carefully, understand the potential limitations and risks of receiving services via telehealth, and have had my questions answered to my satisfaction. **(Initials\_\_\_\_\_)**

3. Although we do our best when checking eligibility to ensure patients' telehealth services are covered by their insurances, please be understanding that this information in some cases is not as accurate as we like due to many different factors. If this service is not covered by insurance it will be the patient's responsibility to cover the telehealth fee. **(Initials\_\_\_\_\_)**

Knowing all of this, do you want to have the option of receiving services from us now or in the future via telehealth? **Please circle one: YES or NO**

**Patients Name** \_\_\_\_\_

**Name of person signing form** \_\_\_\_\_

**Patients Date of Birth** \_\_\_\_\_ **Today's Date** \_\_\_\_\_

## Implementación de la Póliza Para Telellamadas del DHCS

### Comunicacion

1. Estoy de acuerdo en recibir servicios de salud por medio de telellamada. Entiendo que: **A.** Tengo el derecho a acceder servicios médicos cubiertos por Medi-Cal en persona, o por Telellamada. **B.** El uso de telellamada es voluntario, y puedo revocar mi consentimiento para este servicio en cualquier momento sin afectar mi habilidad de recibir servicios cubiertos en el futuro. **C.** Medi-Cal provee cobertura de transporte para servicios en persona cuando otros métodos han sido razonablemente agotados. **D.** Puede haber limitaciones o riesgos relevantes al recibir servicios por telellamada en comparación a una cita en persona.

2. He leído este documento cautelosamente, entiendo las potenciales limitaciones y riesgos de recibir servicios por telellamada, y mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. **(Iniciales \_\_\_\_\_)**

3. A pesar de que nuestra oficina hace todo lo posible por revisar la elegibilidad/cobertura con su aseguranza para tener una telellamada, favor de comprender que esta información en algunos casos no es tan precisa como quisiéramos debido a diferentes factores. En caso de que este servicio no esté cubierto por su aseguranza, entonces pasaría a ser responsabilidad del paciente. **(Iniciales \_\_\_\_)**

Sabiendo todo esto, a usted le gustaría tener la opción de recibir el servicio de telellamada en el futuro? **Favor de circular una opción: Si o No**

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

**Nombre de la persona firmando** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy** \_\_\_\_\_



**EDWARD P. LAURANCE, M.D., INC.**  
**Mohamed A. Shaban, M.D.**  
*Diplomate American Board of Pediatrics*  
*Subspecialty Board Pediatric Gastroenterology & Nutrition*

**Pharmacy information/ Información sobre su farmacia:**

So that you and your physician may take advantage of e-scribing, we need you to provide information on the pharmacy that you choose to use to fill you or your child's prescriptions. Feel free to speak with your physician if you have additional questions.

Para que usted y el doctor aprovechen el servicio de enviar recetas electrónicamente, necesitamos que nos provea con la información que usted prefiera para las recetas suyas o de su hijo/a. Siéntase con confianza de hablar con su doctor si tiene alguna pregunta o duda.

---

**Pharmacy Name/Nombre de la Farmacia:**

**Address/Dirección:**

**Pharmacy Phone Number/Numero de telefono de su Farmacia:**