

Pediatric Associates, LLP

Formulario de Registro del Paciente

Fecha: ____/____/____

Acct #: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Apodo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: (M/F) _____

¿Lenguaje primario? _____

Etnicidad: Hispano/ No Hispano/Desconocido Raza: Asiático/Afroamericano/Hawaiano/Americano

Hijos Adicionales:

Apellido: _____ Nombre: _____

Apodo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: (M/F) _____

¿Lenguaje primario? _____

Etnicidad: Hispano/ No Hispano/Desconocido Raza: Asiático/Afroamericano/Hawaiano/Americano

Apellido: _____ Nombre: _____

Apodo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: (M/F) _____

¿Lenguaje primario? _____

Etnicidad: Hispano/ No Hispano/Desconocido Raza: Asiático/Afroamericano/Hawaiano/Americano

Dirección Residencial:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: (_____) _____ - _____

Padre:

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ ¿Paciente vive con usted? SI / NO

Número de Celular: (_____) _____ - _____ Email Personal: _____

Numero de Trabajo: (_____) _____ - _____ Email del Trabajo: _____

Empleador: _____ Profesión: _____

Madre:

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ ¿Paciente vive con usted? SI / NO

Número de Celular: (_____) _____ - _____ Email Personal: _____

Numero de Trabajo: (_____) _____ - _____ Email del Trabajo: _____

Empleador: _____ Profesión: _____

Contacto en caso de emergencia: (excluyendo padres)

Nombre: _____ Telefono: (_____) _____ - _____

Información de Seguro Médico:

Póliza Primaria: Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Sexo del Asegurado: Masculino / Femenina Nombre de Seguro: _____

Póliza#: _____ Grupo#: _____

Pediatric Associates, LLP

Formulario de Registro del Paciente

Poliza Secundaria: Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Sexo del Asegurado: Masculino / Femenina Nombre de Seguro: _____

Póliza#: _____ Grupo#: _____

Si los padres están divorciados o separados por favor de llenar esta sección:

¿Quién tiene custodia? _____

¿Hay restricciones que prohíban al padre/madre que no tiene custodia de obtener información médica del paciente o dar consentimiento al tratamiento médico? **Si / No**

Si contestó "Si" por favor presente documentación legal que explique las restricciones.

¿Cómo le gustaría recibir la siguiente información? (seleccione uno)

Padre: Numero de casa / Celular / Numero de Trabajo / Email Personal / Email de Trabajo

Madre: Numero de casa / Celular / Numero de Trabajo / Email Personal / Email de Trabajo

Preguntas Adicionales:

¿Quién debe recibir el estado de cuenta? _____

¿Dirección para enviar el estado de cuenta? (si es diferente a su dirección residencial)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: (_____) _____ - _____

Póliza de Vacunas:

Pediatric Associates ha revisado cuidadosamente nuestro enfoque de las vacunas dentro de nuestra práctica. Queremos asegurarnos de que todos nuestros pacientes, así como nuestra comunidad de pacientes, estén lo más saludables posible. Uno de los avances de salud pública más importante ha sido el desarrollo de vacunas, por lo que muchas enfermedades se han eliminado o se han vuelto poco comunes. La investigación científica ha demostrado que las vacunas son efectivas y seguras.

A partir de Marzo 19,2018, los médicos de Pediatric Associates han revisado nuestra política de vacunas para pacientes nuevos. Pediatric Associates sigue el programa de vacunación recomendado de la Academia de Pediatría (AAP) y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

1. Pediatric Associates permitirá vacunas alternativas bajo los siguientes reglamentos.
 - a. Las vacunas deben empezar a los 12 meses de edad
 - b. Vacunas obligatorias para asistir a la escuela pública sean completadas a los 5 años.
2. Las familias con preguntas e inquietudes con respecto a las vacunas deben conversar con su pediatra principal. A las familias que no puedan o no desean seguir los reglamentos anteriores se les puede pedir que busquen otro proveedor medico.

Como pediatras, nos asociamos con los padres para tomar las mejores decisiones para sus hijos y su salud. Entendemos que la elección de vacunar puede ser emocionante para algunas familias. Haremos todo lo posible para proporcionar educación y información sobre todas las vacunas.

Pediatric Associates, LLP

Formulario de Registro del Paciente

Debido a la confidencialidad del paciente, indique a continuación si desea permitir algún familiar o amigos cercanos llevar a su hijo(a) a la oficina para atención médica. También, podemos comunicar con las siguientes personas materia de citas e información médica o curso de tratamiento. Tengo entendido que esto se mantendrá en efecto hasta que yo de aviso por escrito a Pediatric Associates para quitar cualquiera de las personas mencionadas abajo.

_____	_____ (_____) _____ - _____
(Nombre)	(Relación) (Teléfono)
_____	_____ (_____) _____ - _____
(Nombre)	(Relación) (Teléfono)

(1) Pediatric Associates utiliza el sistema de prescripción SureScripts National. Estamos obligados a obtener su autorización, lo que nos permitirá obtener los beneficios de los medicamentos recetados y Los reglamentos del formulario de su compañía de seguros. Este consentimiento también nos permitirá obtener cualquier actividad de prescripción de la base de datos nacional para ayudarnos a obtener información muy importante, que incluye interacciones entre medicamentos, etc...

(2) Usted acepta, para que podamos servir su cuenta, o para cobrar cualquier cantidad que deba, nos pondremos en contacto con usted por teléfono, en cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluyendo números de celulares, lo cual podría resultar en cargos a usted. También nos podremos en contacto con usted por medio de mensajes de texto o correo electrónico, utilizando cualquier correo electrónico que usted nos proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes pre-grabados de voz artificial y/o el uso de un dispositivo marcado automático, según corresponda.

(3) Algunas compañías de seguros han determinado que los exámenes físicos anuales deben facturarse por separado del tratamiento de cualquier problema activo encontrado al mismo tiempo. Esta regla nos exige que le facturemos a su examen anual como un examen físico y no por un diagnostico activo que pueda tener. Por ejemplo, si hay un problema activo que requiere tratamiento/medicamentos o algún análisis (i.e hiperactividad o faringitis estreptocócica), se le podrá cobrar, además de su examen anual, un nivel adecuado de cargo por servicio. Por lo tanto, es posible que usted reciba dos cargos de visita de consultorio por los servicios prestados en el momento de su cita. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro de salud.

(4) Autorizo a Pediatric Associates a proporcionar atención médica a mi(s) hijo(s). Yo doy mi consentimiento para que Pediatric Associates use o divulgue información sobre mi(s) hijo(s) (o otra persona por la cual tenga autorización para firmar) que esté protegida por la ley federal, con el único propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Autorizo a Pediatric Associates a proporcionar la información de vacunación de mi hijo a facilidades médicas, escuelas y guarderías.

(5) Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad y avisos de derechos individuales. Una copia de este aviso está disponible en www.pediassoc.com

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ACEPTA LAS DECLARACIONES 1 A 5 MENCIONADAS ANTERIORMENTE. PUEDE RECHAZAR FIRMAR ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.

FIRMA DE

PADRE: _____ FECHA: _____/_____/_____

FIRMA DE

MADRE: _____ FECHA: _____/_____/_____

Pediatric Associates, LLP

Formulario de Registro del Paciente

POLIZA DE PAGO

Gracias por elegir a Pediatric Associates como el proveedor de atención primaria de su hijo. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad y asequible. Debido a que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas con respecto a la responsabilidad del paciente y del seguro por los servicios prestados, hemos creado esta póliza de pago. Léelo, háganos las preguntas que pueda tener y firme en el espacio proporcionado. Se le proporcionará una copia a pedido.

- 1. Seguro.** Participamos en la mayoría de los planes de seguro. Comuníquese con su compañía de seguros para confirmar que Pediatric Associates es un proveedor dentro de la red. Si no somos un proveedor dentro de la red, se espera el pago total al momento de su visita. Si su seguro cambia, avísenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus beneficios máximos.
- 2. Copagos.** Las aseguradoras requieren que todos los copagos se paguen en el momento del servicio. Para planes de deducible alto sin copagos, se requerirá un pago de \$ 40.00. Si estos pagos no se pagan al momento del servicio, se agregará una tarifa de \$ 10.00 a su cuenta.
- 3. Servicios no cubiertos.** Los servicios no cubiertos están estipulados en su contrato con su compañía de seguros. Tenga en cuenta que algunos de los servicios que recibe su hijo pueden no estar cubiertos, incluye pero limita, laboratorios, pruebas de desarrollo, exámenes de audición y de la vista, etc. Usted será responsable de todos los servicios no cubiertos.
- 4. Prueba de seguro.** Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su tarjeta de seguro actual anualmente. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, usted será responsable del saldo de un reclamo.
- 5. Presentación de reclamos.** Enviaremos sus reclamos y lo asistiremos de cualquier manera que podamos para ayudarlo a pagar sus reclamos. Su compañía de seguros puede solicitar cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte de ese contrato.
- 6. Falta de pago.** Si su cuenta tiene más de 60 días de atraso, recibirá una carta que le informa que tiene 10 días para pagar su cuenta en su totalidad. No se aceptarán pagos parciales a menos que se negocie de otra manera. Tenga en cuenta que si un saldo permanece sin pagar, remitiremos su cuenta a una agencia de colecciones y todos sus hijos serán despedidos de esta práctica. Si esto ocurre, se le notificará por correo certificado que tiene 30 días para buscar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestros médicos solo podrán tratar a su hijo de manera urgente.
- 7. Citas perdidas.** Nuestra póliza es cobrar \$ 25.00 por citas perdidas no canceladas dentro de las 24 horas de la hora programada.

Nuestra práctica se compromete a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Gracias por entender nuestra póliza de pago. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir sus directrices:

Firma del paciente o guardian

Fecha