



Bienvenidos a la practica

Muchas gracias por escoger a Children's Medicine, P.C. (CMPC) para las necesidades de salud de su hijo/a. Nuestro equipo se compromete a darle la atención personal y cuidadosa a niños/as de todas edades.

Para servirlos mejor, le pedimos que haga lo siguiente:

- Completa sus formas de paciente información y se las traiga con usted a su primera cita
- Pedimos que sea enviada una copia del récord medico de su hijo/a antes de su primera cita. Si récord de vacunas no se recibe antes de su cita, es posible que su cita de salud sea reprogramada
- Traer una identificación con foto y la tarjeta de la aseguanza de su hijo/a.

Nuestros proveedores participan en varios planes de aseguanza. Es la responsabilidad sua asegurarse que CMPC esta en su red de aseguanza. Si su plan requiere asignar un médico de atención primaria, debería designar uno de nuestros proveedores antes de su primera cita.

CMPC requiere pago en la fecha de su servicio. Pago completo se espera para los pacientes que CMPC no registrara a una aseguanza. Pacientes que CMPC si registrara a una aseguanza será esperado que hagan el pago requerido por la aseguanza que incluye copago, deducibles, y/o coaseguro.

CMPC acepta efectivo, cheque, American Express, MasterCard, Visa, y Discover como opciones para pago.

Fecha de cita: \_\_\_\_\_ Llegar a: \_\_\_\_\_

Si usted necesita cambiar o cancelar su cita, por favor notifique nuestra oficina 24 horas por adelantado. Fallar en notificar la oficina resultara en una tarifa de \$35 adjuntada a su cuenta.

Esperamos establecer una larga relación con su familia y esperamos acompañarlos en la atención medica de su hijo/a.

### INFORMACION DE PACIENTE NUEVO

La siguiente información es esencial en formando un récord preciso y completo para su hijo/a. Por favor contesta las preguntas completamente.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Cuenta: \_\_\_\_\_  
Nombre completo de su hijo/a: \_\_\_\_\_ Nombre que usa: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Condado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Domicilio de farmacia: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de farmacia: \_\_\_\_\_  
Pediatra anterior: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Como se enteró de nuestra practica: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE LOS PADRES

*Por favor nos da su nombre completo y apellido. Puede escribir "mismo" en el domicilio si es el mismo que su hijo/a.*

Nombre de padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
SSN: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
ocupación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Empleador (o si es trabajador independientemente, nombre del negocio): \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

Nombre de madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido de soltera: \_\_\_\_\_  
SSN: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Empleador (o si es trabajador independientemente, nombre del negocio): \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

Padrastró/Madrastra custodio/a \_\_\_\_\_  
Custodial Stepmother / Stepfather's Name: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
SSN: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
ocupación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Empleador (o si es trabajador independientemente, nombre del negocio): \_\_\_\_\_

¿Quién es responsable por pagos?: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

INFORMACION DE HISTORIA MEDICA

Nombre completo de su hijo/a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre usado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de parto: \_\_\_\_\_

Parto múltiple:  S  N Peso de nacimiento: \_\_\_\_\_ Largo: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: \_\_\_\_\_

Nacido en EEUU:  S  N Ciudad de nacimiento: \_\_\_\_\_

Raza:  aborigen de América del Norte o nativo de Alaska  asiático  Negro o Afroamericano  
 Rechazar  Hawaiano nativo o nativo de la Polinesia  Blanco

Identidad étnica:  Rechazar  Hispano o Latino  No Hispano o No Latino

Apgar (si lo sabe) \_\_\_\_\_ Tipo de sangre de la madre: \_\_\_\_\_ Tipo de sangre del bebe: \_\_\_\_\_

Enfermedades durante el embarazo: \_\_\_\_\_

Enfermedades después del parto: \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo/a de algunos de los siguiente?

Asma  infección de oídos  Varicela \_\_\_\_\_ (Año)

Alergias  neumonía  Bronquitis  infección de orina

Otra enfermedad o problema: \_\_\_\_\_

Internado en hospital o cirugías: \_\_\_\_\_

Su hijo/a tiene alergias a comidas o medicamentos?  Si  No

Por favor anota las alergias: \_\_\_\_\_

Esta al tiempo con las vacunas:  Si  No  No se

Quien vive con su hijo/a:

Madre  Padre  Madrastra  Padrastro  Hermano/as  Abuelo/as  Hermanastro/a  Novio/ Novia del padre

Otro: \_\_\_\_\_

HISTORIA MEDICA DE LA FAMILIA

Nombre de mama: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Salud: \_\_\_\_\_

Nombre de papa: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Salud: \_\_\_\_\_

Hermano/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Salud: \_\_\_\_\_

Hermano/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Salud: \_\_\_\_\_

Hermano/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Salud: \_\_\_\_\_

Hermano/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Salud: \_\_\_\_\_

¿Alguno en la familia tiene algunos de los siguiente? (¿Quién?)

Alergias: \_\_\_\_\_ Asma: \_\_\_\_\_ Trastornos hemorrágicos/de coagulación: \_\_\_\_\_

Diabetes: \_\_\_\_\_ Enfermedad de corazón joven: \_\_\_\_\_

Aborto espontaneo: \_\_\_\_\_ Retraso mental: \_\_\_\_\_

Convulsiones: \_\_\_\_\_ Tuberculosis: \_\_\_\_\_

Embarazo múltiple: \_\_\_\_\_

## Forma de consentimiento

En general, la Regla de Privacidad HIPAA les da el derecho a los individuales de pedir restricciones en usos y revelación de su información de salud protegida (PHI). Para ayudar a proteger la "PHI" de su hijo/a, por favor de completar la forma de abajo. El paciente o su representante podrá revocar o cambiar la forma de consentimiento en cualquier momento por completando una forma de consentimiento de Children's Medicine, P.C. y entregando al personal de oficina apropiada. Esta forma de consentimiento permanecerá en efecto hasta que este revocado en escritura con una forma de consentimiento nuevo.

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

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

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

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

## Contacto de emergencia

En evento de emergencia, le doy permiso a Children's Medicine a contactar una de las personas publicado debajo.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación a paciente \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación a paciente \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación a paciente \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación a paciente \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

## Parental consentimiento para traer niño/a a visita medica

No hay nadie más aparte de madre o padre quien pueda traer a mi hijo/a a Children's Medicine, P.C. para tratamiento médica.

O

Le doy permiso a las personas publicado debajo de trae a mi hijo/a a Children's Medicine, P.C. para tratamiento médica.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación a paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación a paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación a paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación a paciente \_\_\_\_\_

Consentimiento de contacto

No hay nadie mas aparte de madre o padre a quien puedan contactar en referencia a los resultados de laboratorio de mi hijo/a, información de facturación, y otra información de salud protegida.

O

Le doy permiso de contacto a las personas anotados abajo para contactar en referencia a los resultados del laboratorio de mi hijo/a y otra información de salud protegida>

Firma aquí se es lo mismo en comparación a "Parental consentimiento" \_\_\_\_\_

Firma de padre/guardián

Nombre \_\_\_\_\_ Relación a paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación a paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación a paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación a paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de padre/guardián de imprenta

\_\_\_\_\_  
Nombre de otro padre/guardián de imprenta

## **Póliza financiera**

Children's Medicine, P.C. (CMPC) sigue las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría. CMPC se compromete a cumplir con las necesidades de atención médica de su niño/a. Esta póliza financiera se proporciona para darle un resumen de nuestras expectativas.

## **Responsabilidad del paciente y seguro**

Nuestros proveedores participan en numerosos planes de seguros. Recuerde que cada plan es diferente y tiene sus propios requisitos. Es su responsabilidad entender su plan de beneficios. Si no entiende su cobertura, llame a su compañía de seguros o departamento de recursos humanos en el trabajo. Un número de teléfono para el seguro generalmente se encuentra en su tarjeta de seguro.

CMPC está obligada contractualmente por su compañía de seguros de coleccionar sus copagos, deducibles y coaseguros. Los copagos se cobran en el momento del servicio. Usted es responsable de los saldos residual después de que el seguro haya pagado y el pago esta debido con el recibo de la primera declaración. Si CMPC no participa en su plan específico, entonces usted será responsable de los cargos del día al final de la visita. Cualquier servicio que se determine que no está cubierto por su plan será su responsabilidad.

CMPC presentará con la mayoría de las compañías de seguros. Recuerde que su contrato es un contrato entre usted y la compañía de seguros. Los saldos y/o reclamos impagos de más de 60 días deben pagarse en su totalidad o los arreglos financieros deben hacerse antes de programar citas futuras. CMPC debe tener un acuerdo financiero firmado y los pagos deben ser pagados en acuerdo con el acuerdo o la cuenta será enviada a una agencia de cobro. Si no se han hecho arreglos después de 60 días, la cuenta será transferida a una empresa de cobranza. Los saldos impagos transferidos a la agencia de cobranza resultar en el despido de la familia de la práctica. La familia puede ser reincorporada a la práctica una vez que se haya pagado el saldo en su totalidad y se haya recibido una notificación por escrito.

No tramitamos seguros de automóvil, de responsabilidad civil o de propietario de vivienda.

Debe dar la información correcta del seguro. La información de seguro inválida resultará en la responsabilidad total del paciente de su factura.

Se debe presentar un comprobante de seguro actual y válido y una identificación con foto en el momento del servicio.

Aceptamos efectivo, cheque, American Express, Discover, MasterCard, Visa. Cualquier cheque rechazado por su banco resultará en un cargo de \$35 por cheque devuelto y su cuenta será pago solo en efectivo en el futuro.

## **Citas**

CMPC programa por cita previa solamente. Si trae a su hijo/a sin una cita, se le programará en la cita disponible próxima a menos que tenga una verdadera emergencia.

Si es necesario cancelar un examen o consulta, CMPC requiere un aviso de cancelación de 24 horas. Citas por enfermedad y seguimientos debe cancelarse 2 horas antes de la cita. Si no se cancelan las citas en el plazo apropiado, se cobrará una multa de \$35.

Si llega a la oficina más de 20 minutos después de la hora de su cita, es posible que se le pida que re programe su cita. Llegadas retrasadas continuas pueden resultar en la descarga de la práctica.

### **Llamadas después del cierre**

Los proveedores de CMPC están disponibles las 24 horas del día para llamadas caracterizadas como urgente. Nuestra práctica es cobrada por llamadas después del cierre a la línea de consejo de enfermería, las llamadas que no sean urgentes pueden tener un cargo de \$15 por llamada.

### **Formas/Récords Médicos/Autorización Previa**

Toda solicitud de récords médicos debe presentarse en el formulario de Autorización para Divulgación de Información de Salud de CMPC. La tarifa por los récords médicos se basa en la cantidad de páginas solicitadas, la recuperación y administración de búsquedas, la tarifa de certificación y el franqueo.

CMPC requiere de 7 a 10 días para preparar los registros después de recibir la liberación.

Hay una tarifa mínima de \$10 por servicios administrativos para completar los formularios (a menos que se completen en un examen anual de salud)

Hay una tarifa de \$25 para todas las solicitudes de autorización previa. Se requiere el pago en el momento de la solicitud.

### **Responsabilidad financiera**

CMPC continuará facturando a los padres una vez que el niño cumpla 18 años, a menos que se notifique de lo contrario por escrito.

El adulto que inscribe a un niño en CMPC asume la responsabilidad del pago. Comunicaremos tratamiento y pago con el padre presente. Los padres son responsables de comunicarse entre sí sobre los problemas de tratamiento y pago.

Deberá traer la tarjeta del seguro, una identificación con foto y el pago total o el pago requerido por el plan de seguro para cada visita.

Al firmar abajo, la parte responsable reconoce que ha leído y comprende la póliza financiera. Fallando el firmar la póliza financiera puede resultar en la descarga de la práctica.

---

Firma de paciente/padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

Nombre de paciente/padre/guardián imprenta \_\_\_\_\_

Por favor anota todos los pacientes:

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

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

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

Autorización de seguro

Numero de garante: \_\_\_\_\_

La firma de este documento permitirá a Children's Medicine, P.C. para presentar a su seguro. También permitirá que su seguro envíe cheque(s) directamente a Children's Medicine, P.C.

- Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar cualquiera/todas las reclamaciones
- Autorizo el pago de beneficios médicos para ir a Children's Medicine, P.C.
- Entiendo que si mi compañía de seguros no cubre un servicio, seré responsable del pago
- He leído y entiendo las "Cuotas y Políticas de Pago"

\_\_\_\_\_  
Nombre de paciente/padre/guardián imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente/padre/guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor anota todos los pacientes cubiertos por esta póliza

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

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

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

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

Nombre completo del asegurado / suscriptor \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Asegurado/Suscriptor \_\_\_\_\_

Nombre completo de la compañía del seguro \_\_\_\_\_

Numero de ID/Poliza/Miembro \_\_\_\_\_

Numero de grupo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del padre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de la madre \_\_\_\_\_



**Recibo de Aviso**

**de Prácticas de Privacidad**

**Formulario de acuse de recibo por escrito**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del padre) \_\_\_\_\_, he recibido la copia de Children's Medicine Notice of Privacy Practices.

\_\_\_\_\_

Firma del padre Fecha

Nombre del hijo/a y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_