



Registro de Pacientes

Informacion de Pacientes

Primer Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M / F

Estado civil de los padres (un circulo): Casado Soltero Apartado Divorciado Viudo

Con quien vive el nino/la nina primitivamente? Los Padres Madre Padre Otro: _____

Madre/Guardian #1 informacion

Nombre: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo postal: _____

Telefono movil: _____ Sexo: M / F

Telefono del trabajo: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Correo electronico: _____

—

Relacion con el paciente: _____

Padre/Guardian #2 informacion

Nombre: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo postal: _____

Telefono movil: _____ Sexo: M / F

Telefono del trabajo: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Correo electronico: _____

—

Relacion con el paciente: _____



Registro de Pacientes

Nombre de otra persona(s) quien tiene permiso traer su niño/nina a la clinica y puede dar consentimiento del tratamiento (i.e. abuelo/abuela, madrastra/padrastro):

Nombre: _____

Relacion con el paciente: _____ Telefono movil #: _____

Nombre: _____

Relacion con el paciente: _____ Telefono movil #: _____

Por la presente autorizo el pago directamente a My Pediatrician, PLLC de todos los beneficios del Seguro por los servicios prestados para mi niño. El Seguro se facturara como cortesía por los servicios prestados a mi hijo. Sin embargo, entiendo que finalmente estoy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea pagado o no con un Seguro, relacionado con los servicios previstos para mi hijo. Yo autorizo a los medicos/proveedores de My Pediatrician, PLLC y personal auxiliar involucrados en el cuidado de mi hijo para liberar la informacion requerida para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los seguros sumisiones.

Nombre de Padre/Guardian: _____

Fecha: ____ - ____ - ____

Firma de Padre/Guardian: _____



My Pediatrician, PLLC

Consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida

My Pediatrician, PLLC puede usar y divulgar información médica protegida información sobre mí y mi hijo para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Esta información puede incluir, entre otros, el nombre, la dirección, la información de contacto, la fecha de nacimiento, el número de seguro social y el número de identificación del miembro. Entiendo que cualquier información de salud protegida u otra información divulgada por My Pediatrician, PLLC a una organización o entidad para operaciones de atención médica puede estar sujeta a la re-divulgación por dicha organización / entidad y ya no puede ser protegida por leyes federales y estatales de privacidad aplicables.

My Pediatrician, PLLC puede llamar a mi casa, teléfono celular u otra ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier artículo que ayude a la práctica en la realización de operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Esto puede incluir recordatorios de citas, artículos de seguro, resultados de laboratorio y cualquier llamada relacionada con la atención clínica de mi hijo.

My Pediatrician, PLLC puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación designada cualquier artículo que ayude a la práctica en la realización de operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Esto puede incluir, entre otros, tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes.

My Pediatrician, PLLC puede enviar por correo electrónico cualquier artículo que ayude a la práctica en la realización de operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Esto puede incluir, entre otros, recordatorios de citas, artículos de seguro y resultados de laboratorio relacionados con la atención clínica de mi hijo.

Tengo el derecho de restringir la forma en que se utiliza y divulga la información de mi hijo y que las solicitudes para restringir esta información deben enviarse por escrito. También entiendo que My Pediatrician, PLLC se reserva el derecho de rechazar las restricciones solicitadas.

Este acuerdo permanecerá en vigor sin expiración a menos que revoque mi consentimiento. Puedo revocar mi consentimiento por escrito. Entiendo que si revoco mi consentimiento que no se aplica a la información que ya ha sido divulgada para las operaciones de práctica normal acordadas. También entiendo que si me niego a firmar este consentimiento o si revoco un consentimiento ya firmado My Pediatrician, PLLC continuará brindando tratamiento a mi hijo. Entiendo que tengo derecho a tener una copia de esta autorización.

Por la presente reconozco que he leído el consentimiento anterior para el uso y la divulgación de información médica protegida.

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre de Padre/Guardian: _____ Relacion con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____



My Pediatrician, PLLC

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACION MEDICA SOBRE SU HIJO Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR, REVÍSALO CUIDADOSAMENTE.

Proteger su privacidad

Proteger su privacidad y su información médica es el núcleo de nuestro negocio. Reconocemos nuestra obligación de mantener su información segura y confidencial, ya sea en papel o en Internet. En My Pediatrician, PLLC la privacidad es una de nuestras mayores prioridades.

Mantener su informacion

Mantener su información médica segura es una de nuestras responsabilidades más importantes. Valoramos su confianza y manejaremos su información con cuidado. Nuestros empleados acceden a información sobre usted solo cuando sea necesario para proporcionar tratamiento, verificar la elegibilidad, obtener autorización, procesar reclamos y satisfacer sus necesidades. También podemos acceder a información sobre usted cuando consideremos una solicitud suya o cuando ejerzamos nuestros derechos bajo la ley o cualquier acuerdo con usted. Protegemos la información durante todas las prácticas comerciales de acuerdo con los estándares y procedimientos de seguridad establecidos, y evaluamos continuamente las nuevas tecnologías para proteger la información. Nuestros empleados están capacitados para entender y cumplir con estos principios de información.

Trabajar para satisfacer sus necesidades a traves de informacion

En el curso de hacer negocios, recopilamos y utilizamos varios tipos de información, como nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social e información de reclamaciones. Utilizamos esta información para proporcionar servicio a su hijo, para procesar sus reclamos y para brindarle información de salud que podría ser de su interés para usted/ su hijo.

Mantener la informacion precisa

Mantener su información de salud precisa y actualizada es muy importante. Si cree que la información médica que tenemos sobre usted o su hijo es incompleta, inexacta o no actual, póngase en contacto con nosotros lo mas antes posible para que podamos tomar las medidas adecuadas para corregir cualquier información errónea lo mas antes posible.

Intercambio de informacion

Limitamos quién recibe información y qué tipo de información se comparte.

- *Compartir informacion dentro de My Pediatrician, PLLC.* Compartimos información dentro de nuestra empresa para brindarle los servicios de atención médica y los programas de información y educación relacionados especificados en su plan.

- *Compartir información con empresas que trabajan para nosotros.* Para ayudarnos a ofrecerle nuestros servicios, podemos compartir información con empresas que trabajan para nosotros, como nuestro departamento de facturación/reclamaciones, empresas de correo y empresas que le ofrecen educación e información sobre la salud directamente. Estas empresas actúan en nuestro nombre y están obligadas contractualmente a mantener la confidencialidad de la información que les proporcionamos.
- *Otro.* Los datos de identificación personal específicos del paciente se liberan solo cuando es necesario para proporcionar un servicio para usted y solo para aquellos con necesidad de saber, o con su consentimiento.

Si recibimos una citación o un proceso legal similar que exige la divulgación de cualquier información sobre usted, intentaremos notificarle (a menos que se nos prohíba hacerlo). Excepto según lo exija la ley o como se describe anteriormente, no compartimos información con otras partes, incluidas las agencias gubernamentales. My Pediatrician, PLLC no comparte ninguna información del cliente con terceros vendedores que ofrecen sus productos y servicios a nuestros pacientes.

Cuente con nuestro compromiso con su privacidad

Puede contar con nosotros para mantenerle informado sobre cómo protegemos su privacidad y limitar el intercambio de información que nos proporciona, ya sea en nuestra oficina, por teléfono o a través de Internet.



My Pediatrician, PLLC

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA)

Por la presente reconozco que he recibido y revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA) de My Pediatrician, PLLC. Entiendo que puedo solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA) en cualquier momento.

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre de Padre/Guardian: _____ Relacion con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____



My Pediatrician, PLLC

Póliza de oficina

¡Bienvenido a My Pediatrician, PLLC! Estas son algunas de nuestras reglas y póliza que nos gustaría que usted estuviera al tanto para facilitar una buena relación entre usted, los médicos y el personal:

- Horario de oficina: Nuestro horario de oficina es de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los sábados (estacionalmente).
- Citas:
 - Citas programadas: Recomendamos estaciones y preferencias que los pacientes programen citas con anticipación. Esto garantiza tiempo suficiente para que su hijo puede ver al médico. Cada niño que debe un examen por parte del médico debe tener una cita separada. Limitamos a cada familia a hasta traer tres (3) niños a la vez para ser vistos por el médico. Excepciones sólo puede ser hechas caso por caso por el médico que esté viendo a sus hijos ese día. Intentaremos ponernos en contacto con usted 1-2 días hábiles antes de su cita como recordatorio. Si no podemos comunicarnos con usted, sigue su responsabilidad mantener su cita.
 - Llegadas tardías e incapacidad para aparecer: Es probable que sea necesario reprogramar si llegas más de 15 minutos tarde a la consulta. Trataremos de atender a su hijo si el tiempo lo permite. Habrá una tarifa de \$25 por no presentarse (no se presentaron) citas. Le enviaremos una carta de advertencia después de la primera cita de no presentarse (falta) antes de cobrarle una tarifa. **Si no presenta tres (3) o más citas, My Pediatrician, PLLC se reserva el derecho de despedir a su familia de la práctica.**
 - Sin cita: Haremos nuestro mejor esfuerzo para acomodar a los pacientes sin cita caso por caso. Esto de ninguna manera garantiza que su hijo será visto sin una cita previamente programada. Si desea que su hijo enfermo sea visto el mismo día, por favor llame con anticipación para solicitar cualquier cita disponible para el mismo día.
 - Ausencias escolares: Las ausencias de la escuela solo serán excusadas por nuestra oficina si su hijo ha sido visto en la oficina por la enfermedad.
- Tarifas, Seguros y Planes de Salud: Un Padre/Tutor debe notificar a la oficina de cambios en la dirección, número de teléfono o seguro. Debe llevar su(s) tarjeta(s) de seguro(s) a cada visita. Se espera que la persona que lleva al niño a la oficina pague en el momento del servicio. Usted será responsable del pago de los cargos de los servicios prestados si no podemos verificar los beneficios con su compañía de seguros. Las compañías de seguros requieren el cobro de su copago o porcentaje contratado de servicios en cada visita. Si usted tiene un deducible que aún no se ha cumplido, se le pedirá que pague la visita en su totalidad. Si su compañía de seguros no paga por un servicio, los cargos serán responsabilidad del padre/tutor. Le recomendamos que siempre pregunte a su compañía de seguros con respecto a sus beneficios primero si tiene alguna pregunta sobre servicios o facturas cubiertos. Los saldos deben pagarse en el momento de la cita de su hijo. Se requerirán arreglos financieros para saldos superiores a 60 días pendientes y antes de la cita. Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, American Express y Discover. Los cheques devueltos comportan un suplemento de 25 USD.
- Registros médicos: Los registros médicos se pueden enviar por fax al consultorio de otro médico de forma gratuita al liberar el expediente médico. Se pueden obtener copias del registro médico por una tarifa (las

primeras 10 páginas son gratuitas; 50 centavos por página después de las primeras 10 páginas). Las copias del expediente médico se proporcionarán en un plazo de 2 días hábiles con un prepago.

- Recargas de medicamentos:
 - Medicamentos para el ADHD: Los pacientes con medicamentos para el ADHD serán vistos para las visitas de ADHD al menos cada 3 meses. Las recargas de medicamentos para el ADHD se arápon solo si se solitario estas citas. Los padres/tutores llamar a la persona auxiliar personal para solicitar una recarga de medicamentos para el ADHD. Estas recetas estarán disponibles para recoger despues de 2 días que la solicitud se haya hecho durante nuestro horario comercial regular. Las recetas electrónicas estarán disponibles en su farmacia dentro de los dos días posteriores a la solicitud. Los medicamentos para sustancias controladas (medicamentos para el ADHD) deben ser sí regocijados por un padre/tutor y dentro de los **21 días** de la fecha en que se escribió la receta para evitar la expiración de la receta. Todas las recetas se dan a la sola discreción del médico en base a su juicio.
 - Otros medicamentos: Se pueden solicitar recargas de medicamentos por teléfono para tratar condiciones médicas estables y crónicas que requieren medicamento continua (por decir, asma, alergias, eczema), siempre y cuando el paciente esté establecido y haya sido visto para la afección dentro de los últimos 6 meses. Las recargas no se proporcionarán después del horario de atención o los fines de semana. Por favor, espere 48 horas para que estas recargas se completen. Todas las recetas se dan a la sola discreción del médico en base a su juicio.
- Llamadas telefónicas: Nuestros médicos/personal están disponibles durante el horario comercial para satisfacer sus necesidades. Puede solicitar que deje un mensaje con cualquier pregunta que pueda tener. Todos los mensajes serán devueltos tan pronto como sea posible en función de la urgencia. Las llamadas pueden ser devueltas después del horario comercial si el médico lo considera necesario. Por favor, entienda que hacemos todo lo posible para responder a todas las llamadas telefónicas tan pronto como sea posible, pero también tenemos una responsabilidad con los pacientes que están físicamente en la clínica para citas programadas durante ese día. Si usted siente que su hijo necesita ser visto usted debe hablar con alguien en la oficina de recepción para programar una cita. En general, los antibióticos no se recetarán por teléfono. Si usted siente que su hijo puede necesitar un antibiótico, tendrá que ser visto. En caso de una emergencia, llame al 911 o lleve a su hijo a la sala de emergencias del hospital más cercano.
- Servicios después del horario de atención: El contacto fuera del horario laboral con el enfermero/médico está destinado únicamente a problemas médicos urgentes. Las preguntas sobre citas, facturación, referencias, recargas u otros problemas de naturaleza no urgente deben colocarse durante el horario comercial normal. Siempre tiene la opción de llamar a la línea de asesoramiento de enfermeras en la parte posterior de su tarjeta de seguro.

La violación de las póliza de la oficina puede resultar en el despido familiar de la práctica.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y comprende la póliza de la oficina.

Nombre de paciente: _____

Nombre de Padre/Guardian: _____

Firma: _____

Relacion con el paciente: _____ Fecha: ____/____/____



My Pediatrician, PLLC

Consentimiento para el Tratamiento

Por la presente autorizo a My Pediatrician, PLLC a administrar dicha atención, servicios y tratamiento para mi hijo _____ como es médicamente necesario y como se establece en el plan de tratamiento creado por el médico de mi hijo. También autorizo a My Pediatrician, PLLC a divulgar cualquier información médica necesaria relacionada con el examen, diagnóstico o tratamiento de mi hijo, a cualquier centro (incluyendo otros médicos/clínicas, laboratorios, hospitales o proveedores auxiliares) a los que me puede ser necesario remitir al niño. Además, autorizo a My Pediatrician, PLLC a divulgar cualquier información médica necesaria relacionada con el examen, diagnóstico o tratamiento de mi hijo con el fin de procesar reclamos médicos, a mi compañía de seguros.

Nombre de Padre/Guardian: _____ Fecha: ____/____/____

Signature: _____ Relacion con el paciente: _____