



INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Niño _____ Niña _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Numero de celular: _____

¿Tiene el paciente alguna alergia? _____

MEDICO PRIMARIO O PEDIATRA

Nombre del médico primario: _____

Teléfono _____ Fax: _____

INFORMACION DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia: _____ TEL: _____ FAX: _____

INFORMACION DE QUIEN TIENE CUSTODIA LEGAL. (Padres o Custodio Legal)

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro social: _____

Dirección de correo electrónico: _____

(Tenga en cuenta que la persona que tenga la custodia legal del paciente; si no son los padres, deberá presentar los documentos necesarios al momento de la cita.)

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre Completo: _____

Teléfono: _____ Relación con el paciente _____

INFORMACION DE QUIEN ES RESPONSABLE DEL PAGO

Relación con el paciente. Marque el que corresponda:

Madre: _____ Padre _____ Custodio legal _____ Otro _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero Seguro Social _____

Dirección de residencia: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____

Teléfono _____ Teléfono de oficina: _____

Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Nombre del Seguro Médico (a seguridad) _____

Apellido del asegurado principal _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Numero de Póliza: _____

Dirección: _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: _____

SI EL PACIENTE ES RECIEN NACIDO

¿Él bebe tiene seguro médico? nombre: Si: _____ No: _____

Yo, autorizo cualquier tratamiento o procedimiento médico, que sea necesario para el cuidado médico de mi hijo/a que sea requerido por el profesional de la salud de *Children's Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine*.

Nombre del paciente: _____

Firma del custodio legal _____

Fecha _____

Políticas de Financiamiento
Children's Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine

Seguro Médico (aseguranza)

Aceptamos casi todos los seguros médicos, si el paciente no tiene seguro médico el pago total es requerido en el momento de la visita. Nosotros mandaremos al departamento de cobro de su seguro médico el costo de la visita. Por favor recuerde que algunas veces su seguro médico requiere de cierta información directamente de usted con el fin de procesar su cobro. Por favor déjenos saber si hace algún cambio de seguro médico Usted podría ser responsable del pago si la información sobre su seguro médico no es reportada a tiempo.

Todos los saldos no pagados por la compañía de seguros dentro de **60** días de la fecha de notificación serán de su responsabilidad.

_____ **Por favor ponga sus iniciales aceptando que leyó y está de acuerdo.**

Co-pagos y Deducibles

Todos los co-pagos y deducibles deberán ser efectuados al momento de la visita. Los pagos de balances pasados deberán ser cancelados en su totalidad en el momento de la visita.

Todos los cheques que se devuelvan por fondos insuficientes o cancelación de la cuenta, tendrán un cargo de \$25. Por favor tenga en cuenta que, si el balance de su cuenta tiene más de 90 días de mora, nosotros mandaremos la cuenta a una agencia de colección

_____ **Por favor ponga sus iniciales aceptando que leyó y está de acuerdo.**

Cancelación de Citas

Son las reglas de esta oficina cobrar por la inasistencia de citas, ya que es un espacio que puede ser utilizado para otro paciente. Entendemos que la inasistencia de citas puede ocurrir debido a una emergencia. Le pedimos que nos déjenos saber con 24 horas de anticipación si usted no puede asistir para poder agendarle una nueva cita.

Padre o/ Guardián legal.

_____ **Por favor ponga sus iniciales aceptando que leyó y está de acuerdo.**

Entendemos que hay situaciones financieras que pueden impedirle el pago a tiempo de su cuenta, si usted necesita más tiempo por favor llame a el departamento de cobranzas para llegar a un arreglo.

Queremos brindarle el mejor servicio. Déjenos saber cualquier inquietud que tenga, para poder ayudarlo.

Para el pago de deducibles y porcentajes de responsabilidad del paciente, la oficina le facilitara un plan de pagos si fuera necesario.

Yo, autorizo a *Children's Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine*, para que dé a el seguro médico la información necesaria para el pago de los servicios prestados.

He leído y entiendo las normas financieras de esta oficina.

Nombre del Custodio legal (Escrito)

Nombre del paciente

Firma del custodio legal

Fecha

**AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA USAR Y REVELAR
INFORMACION MÉDICA CONFIDENCIAL**

Yo, _____ autorizo a los adultos que nombro enseguida para llevar a mi hijo/a y discutir la información necesaria con el médico de *Children's Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine*, para el bienestar del paciente.

Nombre	Relación con el Paciente	Teléfono

Doy mi consentimiento a *Children's Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine* para solicitar o dar a conocer **Información Médica confidencial (PHI)**, con el propósito de proporcionar cuidado médico o, **para efectos de pagos por tratamiento médico. (TPO)**. Para una completa información del manejo de su historia clínica, pida a *Children's Cardiovascular Medicine PC*. Una copia del reglamento de privacidad.

Tengo el derecho de revisar el reglamento de privacidad, antes de firmar ésta autorización. Doy mi autorización para que *Children's Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine* llame a mi casa o a cualquiera de los teléfonos que he escrito en las formas, para dejar mensajes en grabadoras o hablar en persona acerca de: cuidado clínico incluyendo exámenes de laboratorio, resultados de monitores o citas médicas.

Doy mi autorización para que *Children's Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine* envíe por correo a la dirección que he escrito en las formas, cuentas de cobro (TPO), recordatorios de citas siempre y cuando sean marcadas como personal y confidencial.

Doy mi autorización para que *Children's Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine* para que envíe a mi correo electrónico, recordatorios de citas y cuentas de cobro. Tengo el derecho de decir a *Children's Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine* como manejar información para proporcionar PHI o TPO. Sin embargo, la práctica no necesita estar de acuerdo con las restricciones que imponga, pero si lo está, será de acuerdo a los límites de este documento.

Al firmar este documento, doy mi autorización a *Children's Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine*, para que use y proporcione mi PHI para llevar a cabo el TPO.

Sin la firma de esta autorización *Children's Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine*, no podrá suministrar ningún tratamiento.

Firma del Padre/madre o guardián legal

Fecha

Nombre escrito del Padre / madre o guardián legal

Nombre del Paciente.

4



ACUSE DE RECIBO DE
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
"Puede negarse a firmar este acuse de recibo"

Yo, _____, he sido informado de las prácticas de privacidad de esta oficina.

Firma

Nombre en letra de imprenta

Nombre del Paciente y fecha de nacimiento

Fecha

SÓLO PARA USO INTERNO

Hemos intentado obtener acuse de recibo escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener porque:

- La persona se negó a firmar
- Barreras comunicativas impidieron obtener el acuse de recibo
- Una situación de emergencia nos ha impedido obtenerlo
- Otro motivo (especifique)

