

Formularios de admisión de pacientes

Datos demográficos de los pacientes

Nombre: _____
 Último _____ Primero _____ M.I. _____ Sufijo _____
 Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____ Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ Sexo: _____
 Correo electrónico: _____
 Dirección: _____ Apto #: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono de casa: ____ - ____ - ____ Teléfono celular: ____ - ____ - ____
 Idioma preferido: _____ Raza: _____
 étnico: _____

Contacto de emergencia

Nombre del contacto de emergencia : _____
 Último _____ Primero _____
 Número de contacto de emergencia: ____ - ____ - ____ Relación con el paciente: _____

Información para padres/tutores

Nombre de la madre o tutor: _____
 Último _____ Primero _____
 Teléfono del trabajo: ____ - ____ - ____ Teléfono celular: ____ - ____ - ____
 Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____ Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____
 Dirección: _____ Apropiado #: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Empleador: _____
 Nombre del padre o tutor: _____
 Último _____ Primero _____
 Teléfono del trabajo: ____ - ____ - ____ Teléfono celular: ____ - ____ - ____
 Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____ Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____
 Street Address: _____ Apto #: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Empleador: _____

Por favor, compruebe uno de los siguientes a continuación en cada categoría

Relación con los padres:

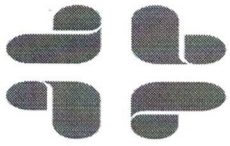
Casado Separado Divorciado Vivir
 juntos

--	--	--	--

Relación con los guardianes:

Abuelo Tía Uncle Respaldar N/A

--	--	--	--	--



PEDIATRICZ NOW

Suscriptor de seguros

Nombre del titular de la póliza: _____
Último _____ Primero _____

Teléfono del trabajo: _____ - _____ - _____ Teléfono celular: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento: _____ - _____ - _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Sexo: _____

Empleador: _____

Dirección: _____ Apto #: _____

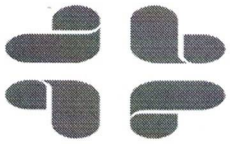
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Relación con el paciente: _____

Por la presente autorizo el pago directo de beneficios médicos a Pediatricz Now, PLC por el servicio prestado. Entiendo que soy totalmente responsable financieramente de cualquier saldo no cubierto por mi seguro y por la presente autorizo a Pediatricz Now a divulgar mi información médica o incidental que pueda ser necesaria para fines médicos o para procesar solicitudes de beneficios financieros. La autorización firmada es válida para la vida del tratamiento con Pediatricz Now o hasta que el paciente cumpla 21 años de edad.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ - _____ - _____

Firma: _____ Fecha: _____ - _____ - _____



Nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento : _____ - _____ - _____

Declaración de política de responsabilidad financiera del paciente:

Iniciales

Pediatricz Now se complace en proporcionar a sus hijos y a nuestros pacientes el más alto nivel de atención para la salud y la calidad de vida de su hijo. Nos esforzamos por emplear al personal más profesional y brindarle servicios con la última tecnología y educación disponibles todos los días. Usted y Pediatricz Now, juntos, combinarán nuestras energías para brindar resultados positivos a las necesidades de atención médica de su hijo. Pediatricz Now, en sus esfuerzos continuos para brindar la mejor atención, requiere el pago de todos los saldos responsables conocidos del paciente en el momento del servicio. Estos saldos pueden incluir, entre otros, copagos, deducibles o coseguros (montos como se indica en el contrato de cobertura de beneficios con su compañía de seguros); cualquier cantidad adeudada por pacientes que se paguen por cuenta propia; cualquier monto adeudado de fechas anteriores de servicio o montos en los que pueda incurrir durante su visita actual. Entendemos que las circunstancias pueden impedirle pagar los montos adeudados en el momento del servicio. En este caso, se pueden hacer arreglos para elaborar un plan de pago con nuestra oficina de facturación. Agradecemos su comprensión y cooperación para garantizar que Pediatricz Now pueda continuar brindando el más alto nivel de servicios a todos los que necesitan nuestro personal e instalaciones.

Política de pago:

Iniciales

El pago se espera en el momento del servicio por cualquier copago, coseguro y/o deducible aplicable. Pediatricz Now acepta efectivo, cheques, Visa, MasterCard o American Express como formas de pago para su conveniencia. Si su cheque es devuelto por fondos insuficientes, se aplicará un cargo por cheque devuelto de treinta dólares (\$30.00) a su saldo pendiente..

Póliza:

Iniciales

Necesitaremos una copia de su tarjeta de seguro y licencia de conducir en el momento de su llegada. Pediatricz Now facturará a su compañía de seguros como cortesía hacia usted, pero este servicio de facturación no excluye su responsabilidad financiera por los servicios recibidos. Cualquier deducible, coseguro o servicios no cubiertos, incluida la inelegibilidad, son su responsabilidad. Por favor, comprenda que su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros. Nuestra oficina no entrará en una disputa con su compañía de seguros sobre limitaciones o problemas de la póliza. Esta es su responsabilidad y obligación. Si Pediatricz Now no tiene contrato con su proveedor de seguros, como cortesía, presentaremos reclamos a su proveedor; Cualquier deducible, coseguro o servicios no cubiertos, incluida la inelegibilidad, son su responsabilidad. Pediatricz Now enviará por correo estados de cuenta mensuales y se comunicará con usted para cobrar cualquier saldo abierto. Por favor, informe a nuestro personal inmediatamente de cualquier cambio en el seguro.

Política de servicio no cubierta:

Iniciales

Ciertos servicios realizados por nuestra oficina, para el beneficio de su hijo, pueden NO ESTAR CUBIERTOS por su(s) plan(es) de seguro. Le sugerimos que se comunique con su compañía de seguros para verificar sus beneficios y comprender cualquier servicio no cubierto, ya que estos serán su responsabilidad financiera.

Política de cuentas morosas

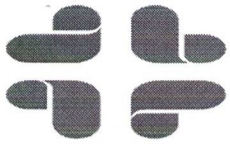
Iniciales

Las cuentas morosas se informarán a nuestro departamento de cobranzas si un reclamo no se paga después de 90 días a partir de la fecha de servicio siguiendo los procedimientos normales de cobro de Pediatricz Now para resolver cualquier saldo pendiente. Informe a nuestro personal de facturación si sabe que su pago se retrasará en llegar o si necesita arreglos de pago. En el caso de un sobrepago, le reembolsaremos a usted o a su compañía de seguros al final del mes siguiente en que se produjo el sobrepago. Cualquier saldo de más de 120 días se enviará a una agencia de cobro a menos que se hayan hecho arreglos antes de la fecha de vencimiento.

Llegadas tardías

Iniciales

Para que nuestros médicos vean a sus pacientes de manera oportuna. Se requiere su ayuda para llegar rápidamente a su cita. Si llega más de 15 minutos tarde, nuestra oficina reprogramará su cita a una nueva fecha y hora. La tardanza afecta la atención de su paciente, así como a aquellos pacientes que tienen un tiempo programado después de usted. Entendemos que su tiempo es valioso y haremos todo lo posible para respetar su tiempo y verlo lo antes posible. Tenga en cuenta que a veces ciertas situaciones y emergencias pueden ocurrir y hacer que su proveedor llegue tarde. Por favor, sea paciente en estas circunstancias.



Registros médicos

Iniciales

Si solicita una copia de sus registros médicos o estados financieros, permita que nuestra oficina tenga de 7 a 10 días hábiles para completarla. El cargo por este servicio es de cinco dólares (\$ 5.00) páginas 1-5, luego un dólar (\$ 1.00) por cada página adicional

Política de formularios

Iniciales

Si solicita a nuestra oficina que complete formularios en nombre de su hijo, como registros de vacunación, formularios de discapacidad, guardería, etc., habrá un cargo de cinco dólares (\$ 5.00) por formulario. El pago de este cargo se espera en el momento de la finalización

Política de horario de oficina/fuera de horario

Iniciales

Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes de 8.00 a.m. a 5:00 p.m. Tenemos un servicio de contestador disponible después del horario de atención que se comunicará con el médico de guardia para esa noche. Si llama durante este tiempo, su número será reenviado a ese médico. Su llamada será devuelta en 15 minutos. Si su llamada es una emergencia, marque 911

Resurtidos de recetas

Iniciales

Si necesita resurtidos, comuníquese primero con su farmacia para notificarles lo que necesita. La mayoría de los medicamentos continuos se escriben originalmente con resurtidos autorizados. Si los resurtidos de su hijo ya no están autorizados, la farmacia se comunicará con nuestras oficinas para su aprobación. Notifique a la farmacia de su hijo al menos 1-2 días antes de que su hijo complete su medicamento. Resurtidos de recetas en sustancias controladas le. ADD, los medicamentos para el TDAH requieren 7 días de aviso al personal de nuestra oficina. Si no recoge su receta dentro del Tiempo permitido Se aplicará un cargo de cinco dólares (\$ 5.00) para reemplazar la receta.

Citas/Cancelaciones/No Shows/Reprogramaciones

Iniciales

Un padre o tutor legal debe acompañar a todos los pacientes menores de edad. No tratamos a pacientes que están embarazadas o quedan embarazadas. Los padres que cancelan, reprograman o no se presentan a una cita con frecuencia sin avisar con 24 horas de anticipación pueden ser despedidos de nuestra práctica. Estos horarios de citas podrían haberse dado a otro paciente que necesita atención médica. Entendemos que pueden surgir circunstancias inusuales, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible.

Referencias y autorizaciones

Iniciales

Si la compañía de seguros de su hijo requiere una referencia, se le pedirá que obtenga la referencia antes de su cita. Si no existe una referencia en el archivo o su referencia no se ha recibido, su cita puede ser cancelada. Nuestra oficina obtendrá autorización para su procedimiento antes de programar su cita. Le sugerimos que se comunique con su compañía de seguros para verificar su cobertura, beneficios y requisitos de autorización previa antes de realizar cualquier procedimiento. Las reclamaciones se pagan en función de la necesidad médica. Tenga en cuenta que las autorizaciones y referencias no son una garantía de pago por parte de su compañía de seguros y siguen siendo su responsabilidad.

Al firmar a continuación, por la presente declaro que soy el padre / tutor del niño mencionado anteriormente. He leído y entendido todas las políticas de la oficina y asumo toda la responsabilidad de todas las obligaciones médicas y financieras de mi hijo,

La autorización firmada es válida para toda la vida del tratamiento con Pediatricz Now o hasta que el paciente cumpla 21 años de edad.

Nombre impreso del paciente

_____-_____-_____
Fecha de nacimiento

_____-_____-_____
Fecha

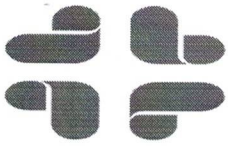
Nombre de impresión del padre/garante

Firma del padre/garante

_____-_____-_____
Fecha

Reviewed By: _____
Staff member's first initial and last name

Date _____



PEDIATRICZ NOW

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PEDIATRICZNOW SOBRE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE SALUD, OFICINA Y POLÍTICAS FINANCIERAS

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) es una regulación del gobierno federal diseñada para garantizar que usted conozca sus derechos de privacidad y cómo nuestro personal puede usar la información médica de su hijo para proporcionar y organizar su atención médica.

Pediatricz Now le proporciona los avisos adjuntos, que proporcionan información sobre cómo Pediatricz Now puede usar y / o divulgar información médica protegida sobre su hijo para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y según lo permita la ley. También se le entregará una copia de la oficina y las políticas financieras de Pediatricz Now. Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido una copia del aviso de Pediatricz Now de información de salud privada, oficina y prácticas y políticas financieras.

Nombre impreso del paciente

_____-_____
Fecha de nacimiento

Firma del padre/garante

_____-_____
Fecha de nacimiento

Preferencia del paciente con respecto a la comunicación de información de salud

Por la presente doy permiso a Pediatricz Now para divulgar y discutir cualquier información relacionada con la(s) condición(es) médica(s) de mi hijo para:

Relación

Nombre

_____-_____
Número de contacto

Relación

Nombre

_____-_____
Número de contacto

Relación

Nombre

_____-_____
Número de contacto

Consentimiento de los padres para un hijo menor de edad

Los siguientes miembros adultos de la familia) y / o amigo adulto de la familia pueden dar su consentimiento para el tratamiento de atención médica de mi hijo cuando no estoy disponible.

Relación

Nombre

_____-_____
Número de contacto

Relación

Nombre

_____-_____
Número de contacto

Relación

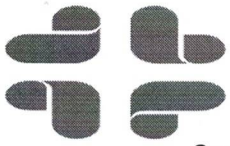
Nombre

_____-_____
Número de contacto

La duración de esta autorización es indefinida a menos que se revoque lo contrario por escrito. Entiendo que las solicitudes de información médica de personas no mencionadas anteriormente requerirán una autorización específica antes de la divulgación de cualquier información médica.

Firma del padre/garante

_____-_____
Fecha



PEDIATRICZ NOW

Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida.

Con mi consentimiento, Pediaticz Now puede usar y divulgar información médica protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TO). Consulte Pediaticz Now, P.A. Aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Pediaticz Now se reserva el derecho de revisar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento.

Se puede obtener un Aviso de práctica de privacidad revisado enviando una solicitud por escrito a Pediaticz Now, Oficial de privacidad en 1300 Post Oak Boulevard Suite 1180 Houston, TX 77095.

Con mi consentimiento, Pediaticz Now, puede LLAMAR a mi casa u otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, Pediaticz Now, puede ENVIAR por CORREO a mi hogar u otro lugar designado cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente, siempre y cuando estén marcadas como Personal y Confidencial.

Con mi consentimiento, Pediaticz Now, puede enviarme por correo electrónico recordatorios de citas y declaraciones de pacientes. Tengo el derecho de solicitar que Pediaticz Now, restrinja la forma en que usa o divulgue mis restricciones de solicitud, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que Pediaticz Now use y divulgue mi PHI para llevar a cabo TPO. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones basándose en mi consentimiento previo.

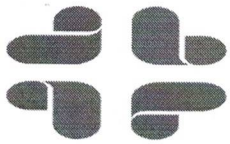
Nombre impreso del paciente

Fecha

Nombre de impresión del padre/garante

Firma del padre/garante

Fecha



PEDIATRICZ NOW

Autorización para la divulgación de registros médicos

Autorizo que la siguiente PHI (Información de salud protegida) sea divulgada por Pediatricz Now (o el centro que se enumera a continuación). Solo los padres o representantes legales pueden hacer una solicitud de registro médico (adjuntar otros consentimientos de liberación médica). Algunas solicitudes pueden estar sujetas a una tarifa razonable.

Fecha solicitada: _____ - _____ - _____

Fecha: _____ - _____ - _____

Nombre del paciente: _____

Último

Primero

Dirección: _____

Apto #: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono residencial: _____ - _____ - _____

Teléfono celular: _____ - _____ - _____

Por favor, compruebe qué información está solicitando:

Por favor, compruebe cómo desea recibir sus registros:

Por favor, compruebe el propósito de la divulgación:

_____	Fechas de servicio
_____	Visitas a consultorios y laboratorios
_____	Registros de facturación
_____	Registro completo

_____	Enviar mis registros por correo
_____	Llame cuando esté listo
_____	Fax

_____	Uso personal
_____	Facturación o reclamaciones
_____	Seguro
_____	Determinación de inhabilidad
_____	Escuela
_____	FMLA
_____	Otro

Por la presente autorizo la divulgación de registros médicos de:

Nombre de la instalación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ - _____ - _____ Teléfono de fax: _____ - _____ - _____

Por la presente autorizo la divulgación de registros médicos a:

Pediatricz Ahora

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ - _____ - _____ Teléfono de fax: _____ - _____ - _____

Entiendo que esta autorización es válida por 12 meses a menos que notifique a Pediatricz Now lo contrario. Puedo revocarlo enviando por correo o fax un aviso por escrito a Pediatricz Now a la dirección/número de fax anterior indicando mi intención de revocar esta autorización. Entiendo que mi tratamiento no estará condicionado por completar este formulario. Seré responsable de cualquier tarifa asociada con la solicitud antes de que se entreguen los registros. La información se me proporcionará dentro de los 30 días posteriores a mi solicitud.

Firma del padre/garante

Fecha

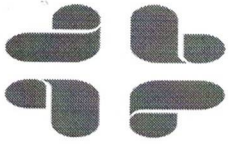
Nombre impreso del padre/garante

Relación con el paciente

Se requiere la firma de un menor para la divulgación de registros médicos relacionados con enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas y alcohol o sustancias y tratamiento de salud mental (Ver Código de Familia de Texas 32.003)

Firma de menores

Fecha



PEDIATRICZ NOW

Nombre del paciente: _____

DOB: _____ - _____ - _____

Para ser completado SOLAMENTE para divulgaciones de terceros. (Si la divulgación es para uso personal omitir esta sección)

Los registros médicos se enviarán al siguiente tercero (escuela, empleador, etc.) Mi finalización de esto sirve como autorización para que Pediatricz Now divulgue estos registros a esta persona de la instalación. Entiendo que una vez que se divulgue mi información, Pediatricz Now ya no puede proteger la información y es posible que los destinatarios de mi información no estén legalmente obligados a proteger mi información..

Nombre de la instalación: _____

Número de teléfono: _____ - _____ - _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tabla de tarifas:

Registros médicos	\$50.00+ Franqueo si se envía por correo.
FMLA y otras formas	\$50.00
Abogado/Declaración jurada/seguro	\$75.00

Por favor, remita el pago a:
Pediatricz Ahora
1300 Post Oak Boulevard
Suite 1180 Houston, TX 77095

Firma del padre/garante

Fecha

Pediatricz Now staff use only.

I have verified the patient's account number and notified the legal representative of fee.

Released Date: _____ - _____ - _____

Released Time _____ : _____
AM/PM

Released By: _____
Staff first initial and last name

Title

Additional Notes: _____

Acuse de recibo de la notificación de prácticas de privacidad

Se me ha presentado una copia del Aviso de prácticas de privacidad, que detalla cómo se puede usar y divulgar mi información de salud (de un niño) según lo permitan las leyes federales y estatales, y que describe mis derechos con respecto a la información de salud de mi (hijo).

Firma del padre/garante

Relación con el paciente

Fecha

Internal Use Only:

If the patient or patients representative refuses to sign an acknowledgment, please document the date and time the notice was presented to the patient and sign below.

Presented on: _____
Date

Time. AM/PM

By: _____
Staff first initial and last name

Title