



Por favor, complete toda la información y las secciones

Paciente/Niño/a 1: _____
 _____ *Apellido* _____ *Nombre* _____ *Segundo Nombre* _____ *Apodo*
 Nombre del doctor de cabecera: _____
 Fecha de Nacimiento _____ Hombre/Mujer Idioma Preferido _____
 Etnicidad (marque): Hispano/No-Hispano/Desconocido Raza (marque): Anglo/Asia/Negro/Hawaiano/Nativos Americanos

Contacto 1: _____
 _____ *Apellido* _____ *Nombre* _____ *Segundo Nombre* _____ *Relación*
 ¿Vive con el/la paciente? Sí/No Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección _____
 _____ *Calle* _____ *Ciudad* _____ *Estado* _____ *Código*
 Teléfono Principal _____ Celular _____ Trabajo _____ Casa _____
 Empleado _____ Dirección de Empleado _____
 Correo Electrónico _____ Idioma Preferido _____
 Etnicidad (marque): Hispano/No-Hispano/Desconocido Raza (marque): Anglo/Asia/Negro/Hawaiano/ Nativos Americanos
 ¿Cómo prefiere ser contactado en relación con: (Marque solo uno para cada categoría)
Problemas Médicos: Correo /# de Casa /# de Trabajo /# de Celular / Texto /Correo Electrónico
Recordatorio de Su Cita: Correo/# de Casa / # de Trabajo/# de Celular/ Texto / Correo Electrónico
Avisos Para Volver: Correo/# de Casa /# de Trabajo /# de Celular /Texto /Correo Electrónico
Estados de Cuenta: Correo / Correo Electrónico / Texto
Avisos de Medicina General: Correo/# de Casa/# de Trabajo/# de Celular/Texto/Correo Electrónico
Notificaciones del Portal Medico: Texto/Correo Electrónico

Contacto 2: _____
 _____ *Apellido* _____ *Nombre* _____ *Segundo Nombre* _____ *Relación*
 ¿Vive con el/la paciente? Sí/ No Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección _____
 _____ *Calle* _____ *Ciudad* _____ *Estado* _____ *Código*
 Teléfono Principal _____ Celular _____ Trabajo _____ Casa _____
 Empleado _____ Dirección de Empleado _____
 Correo Electrónico _____ Idioma Preferido _____
 Etnicidad (marque): Hispano/No-Hispano/Desconocido Raza (marque): Anglo/Asia/Negro/Hawaiano/ Nativos Americanos
 Si es necesario contactar el contacto numero 2 después de contactar el contacto numero 1 marque lo apropiado, si no deje en blanco.
Problemas Médicos: Correo/# de Casa/# de Trabajo/# de Celular / Texto /Correo Electrónico
Recordatorio de Su Cita: Correo/# de Casa/# de Trabajo /# de Celular/ Texto /Correo Electrónico
Avisos Para Volver: Correo/# de Casa # de Trabajo/# de Celular / Texto /Correo Electrónico
Estado de Cuenta: Correo / Correo Electrónico / Texto
Avisos de Medicina General: Correo/# de Casa/# de Trabajo/ Texto /Correo Electrónico
Notificaciones del Portal Medico: Texto /Correo Electrónico

Nombre de Paciente/Niño #1 _____ Fecha de nacimiento: _____



Por favor ponga el nombre de TODOS los miembros de familia que son o serán pacientes de esta clínica.

Paciente/ Niño #2: (Apellido, Primer nombre, Letra Inicial del Segundo nombre)	<u>Sexo</u> (Circule uno)	<u>Idioma Preferido</u>
Fecha de Nacimiento:	M/F	

Si la información es diferente del primer paciente, por favor continúe llenando la página.

<u>Dirección y Teléfono</u> (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal, Numero de Telefono)	<u>Nombre de la madre/ Fecha de Nac</u> (Apellido, Primer Nombre)	<u>Etnicidad</u> (Circule uno)	<u>Raza</u> (Circule uno)
<input type="checkbox"/> Vive en la misma casa <input type="checkbox"/> No vive en la misma casa <input type="checkbox"/> Vive en la misma casa medio tiempo	<u>Nombre del padre/ Fecha de Nac</u> (Apellido, Primer Nombre)	Hispano/ No-Hispano/ Desconocido	Americano/Asiático /Afro-Americano/ Hawaiano/Nativo Americano

Paciente/Niño #3 (Apellido, Primer Nombre, Letra Inicial del Segundo nombre)	<u>Sexo</u> (Circule uno)	Idioma Preferido
Fecha de Nacimiento:	M/F	

Si la información es diferente al primer paciente, Por favor continúe llenando la página.

<u>Dirección y Teléfono</u> (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal, Numero de Telefono)	<u>Nombre de la madre/ Fecha de Nac</u> (Apellido, Primer Nombre)	<u>Etnicidad</u> (Circule uno)	<u>Raza</u> (Circule uno)
<input type="checkbox"/> Vive en la misma casa <input type="checkbox"/> No vive en la misma casa <input type="checkbox"/> Vive en la misma casa medio tiempo	<u>Nombre del padre/ Fecha de Nac</u> (Apellido, Primer Nombre)	Hispano/ No-Hispano/ Desconocido	Americano/Asiático /Afro-Americano/ Hawaiano/Nativo Americano

Paciente/ Niño #4 (Apellido, Primer Nombre, Letra Inicial del Segundo nombre)	<u>Sexo</u> (Circule uno)	Idioma Preferido
Fecha de nacimiento:	M/F	

Si la información es diferente al primer paciente, por favor continúe llenando la página.

<u>Dirección y Teléfono</u> (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal, Numero de Telefono)	<u>Nombre de la madre/ Fecha de Nac</u> (Apellido, Primer Nombre)	<u>Etnicidad</u> (Circule uno)	<u>Raza</u> (Circule uno)
<input type="checkbox"/> Vive en la misma casa <input type="checkbox"/> No vive en la misma casa <input type="checkbox"/> Vive en la misma casa medio tiempo	<u>Nombre del padre/ Fecha de Nac</u> (Apellido, Primer Nombre)	Hispano/ No-Hispano/ Desconocido	Americano/Asiático /Afro-Americano/ Hawaiano/Nativo Americano

Por favor ponga cualquier otra persona que viva en la casa con el niño y su relación con él/ella:

Hay hermanos/hermanas que no están escritos? Si es cierto por favor ponga el nombre, edad, y donde vive.



Paciente/Niño/a 1 _____ Fecha de Nacimiento _____

Contactos para Preguntas Adicionales:

¿Quién debe recibir los estados de cuenta? _____

¿Todos los contactos tienen acceso al expediente del paciente vía electrónico? Sí / No / _____

¿Podemos dejar mensajes telefónicos detallados relacionados al paciente (incluyendo resultados de laboratorio, diagnóstico, respuestas a preguntas, medicamentos, instrucciones o cualquier otra cosa que pueda contener el expediente del paciente) en los números de teléfono proveídos por usted? Sí / No / _____

Si los padres están divorciados o separados, o si el niño no vive con los padres por favor complete esta sección:

Quien tiene la custodia? _____

¿Existen restricciones legales que restringen el padre que no tiene la custodia de su consentimiento para el tratamiento médico del niño/a o también obtener información sobre el tratamiento médico del niño/a? Sí / No

Si es así, por favor explique y proporcione una copia de la documentación legal que respalde esta restricción: _____

Otro Guardián Legal o Persona Responsable Financieramente

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Relación _____

Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Correo Electrónico _____

Dirección _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

de Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Empleado _____ Dirección de Empleado _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación _____

Dirección _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Teléfono (1) _____ Teléfono (2) _____

Autorización de Tratar y/o Hablar de Tratamiento o Resultados y/o Procedimientos

(Permite a otros que traigan al paciente a la oficina y/o reciban los resultados o siga las instrucciones en marcha)

Yo, _____ autorizo las siguientes personas para dar su consentimiento a la evaluación y Tratamiento del paciente antes mencionado, incluyendo al paciente si esta notado y es mayor de trece años:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Firma Autorizada: _____ **Fecha** _____

Paciente/Niño/a 1 _____

Fecha de Nacimiento _____



CONDICIONES DE SERVICIO

Consentimiento de Tratar

Yo (para el paciente en cuestión) doy el consentimiento voluntariamente para estos cuidados clínicos con evaluación médica, procedimientos diagnósticos y tratamientos médicos que puedan ser ordenados por mi médico o médicos de consulta, sus asistentes o sus representantes. Entiendo que los servicios prestados para el paciente que suscribe se encuentran bajo el control y la dirección de mi médico. Yo también soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y estoy de acuerdo para mantener la práctica.

Iniciales _____

Divulgación de información:

Yo autorizo Pediatric Partners y las personas designadas para la liberación de estos pacientes, e información de garante de los registros médicos o financieros del paciente que sean necesarias para la tramitación de las reclamaciones de seguros, por adelantado, concurrentes, o revisión retrospectiva de los servicios, para la recepción de beneficios, o para continuidad de la atención de la salud. La información puede ser revelada a terceros pagadores y sus agentes y / o profesionales de la salud en la atención prestada en la clínica o en la atención continuada. También entiendo que la información podrá ser eximido de lo permitido o requerido por la ley.

Iniciales _____

Conocimiento de la Notificación de prácticas de privacidad:

Yo reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el aviso de Pediatric Partners de las prácticas de privacidad. También doy mi consentimiento para ser contactado por correo ordinario, por correo electrónico o por teléfono (incluyendo un número de teléfono móvil) con respecto a cualquier asunto relacionado con nuestra cuenta con los socios de Pediatric Partners, sus sucesores o cesionarios. Este consentimiento incluye cualquier información de contacto actualizada o adicional que pueda suministrar y incluye el contacto que emplea tecnología de auto-marcador y / o mensajes pregrabados. También estoy de acuerdo que me manden correo a domicilio para el recordatorio de cita.

Iniciales _____

Responsabilidad Financiera

Su firma de abajo se compromete a ayudar en la tramitación de las solicitudes de prestaciones y entiende que él / ella es totalmente responsable del pago de todos los gastos de la clínica por los servicios prestados, independientemente de la cobertura de seguros o otras partes responsables. El que suscribe entiende que ellos son responsables por el pago puntual de cualquier parte no cubierta por el seguro como coseguro, deducibles y co-pagos y puede ser responsable de los servicios no cubiertos y reclamaciones denegadas por su seguro. Abajo firmante reconoce que el pago de los co-pagos que se espera al momento del servicio, así como los posibles saldos anteriores.

Iniciales _____

Assignment of Insurance Benefits

Para que Pediatric Partners facture su plan de seguro o presentar una reclamación en su nombre se requiere una tarjeta de crédito o de débito directo en cuenta bancaria de información previa a los servicios que se queden (Colorado pacientes de Medicaid exentos). Su tarjeta de crédito / tarjeta de débito se mantendrá en archivo. Su tarjeta de crédito o cuenta bancaria no se le cobrará hasta 30 días después de los servicios prestados han sido procesados por su compañía de seguros de salud y el equilibrio considera su responsabilidad. Haremos lo posible para que le notifique por la declaración y / o carta a la dirección indicada de los saldos pendientes antes de Pediatría Socios cargo a su cuenta o tarjeta de momento en el que usted puede utilizar una forma diferente de pago para cancelar su cuenta. A pesar de ser capaz de contactar con usted, sin embargo, al proporcionar su tarjeta y la recepción de los servicios prestados, usted está autorizando a los socios de Pediatría para cargar su crédito / tarjeta de débito de las facturas pendientes de pago o reclamaciones. Sin una tarjeta de archivo, un depósito reembolsable de la estimación del balance se debe en su totalidad en el momento se prestan los servicios. Cualquier reclamación de pago después de que su tarjeta ha sido facturados o recibo de su depósito será devuelto. Con una tarjeta en el archivo que va a presentar un reclamo inicial con la compañía de seguros, u otro pagador de terceros, si el que suscribe ha proporcionado la información necesaria y los formularios requeridos. El abajo firmante se compromete a ayudar a nuestra oficina en la tramitación de las solicitudes para el seguro u otros beneficios. Además él o ella entiende que si la compañía de seguros u otro pagador no hace un pago a la demanda dentro de los cuarenta y cinco (45) días de la presentación, es su responsabilidad de pagar la clínica en ese momento o hacer otros arreglos de pago aceptables para la clínica. El abajo firmante se compromete a mantener todos los seguros y la información demográfica actual y notificará a la clínica por escrito de cualquier cambio. Los cargos efectuados por un menor de edad son responsabilidad de su tutor legal (s).

Yo autorizo el pago directo de mi seguro a Pediatric Partners.

Iniciales _____

HE LEÍDO Y ENTIENDO Y SE HA DADO LA OPORTUNIDAD DE RECIBIR UNA COPIA DE LOS TÉRMINOS ANTERIORES, CONDICIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS Y SE HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER CUALQUIER PREGUNTA.

ENTIENDO QUE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD NO ES UNA CIENCIA EXACTA Y RECONOZCO QUE NO HAY GARANTIAS HAN SIDO O PUEDE SER QUE ME HIZO SOBRE LOS RESULTADOS DE CUALQUIER EXAMEN O TRATAMIENTO QUE PUEDA SER RENDIDO A MI DURANTE MI VISITA A LA CLINICA.

CERTIFICO QUE ESTOY AUTORIZADO PARA EJECUTAR ESTE DOCUMENTO EN NOMBRE DEL PACIENTE Y ACEPTO LAS CONDICIONES DE SERVICIO INCLUIDOS.

Firma de Persona Autorizada o Paciente

Razón de cuál el paciente no puede firmar

Relación al Paciente

(Testigo)

(Fecha)



Pediatric Partners Póliza Financiera

Queremos darle las gracias por escoger a Pediatric Partners como su proveedor médico pediátrico. Queremos asegurarle que somos muy apasionados acerca de lo que hacemos y siempre nos esforzamos por entregar la calidad más alta de cuidado médico pediátrico disponible. Somos cometidos a proporcionar este cuidado en un cuidar compasivo y el niño ambiente amistoso. Para que nosotros quizás enfoquemos más en lo que hacemos mejor...proporciona calidad cuidado médico a su niño que aplicamos el siguiente Política Financiera para Pediatric Partners efectivos al el 1 de agosto de 2008. Lea por favor esta Póliza Financiera con cuidado. Compartir esta póliza con usted en el avance tiene en cuenta comunicación abierta que es suprema en mantener una relación médico-paciente fuerte. Comprenda por favor que hemos aplicado esta póliza para ayudar costos de control para evitar aumentos frecuentes en nuestros honorarios. Mientras los cambios son secundarios y el afecta mínimo, le debe necesita clarificación o tiene ninguna pregunta, por favor no dude en preguntar como requerimos que nuestra hoja y las Condiciones demográficas actualizadas de Servicio son completadas y son firmadas antes de futuros servicios o el tratamiento para ser rendido. Apreciamos que usted ha puesto su confianza en nosotros considera el cuidado de sus niños y la mirada delanteros a la asociación con usted en la salud de su familia y esta comunidad.

Pacientes con Seguro Medico

Cuando usted puede saber, la cobertura es un contrato entre usted, el paciente (o el padre) y la compañía de seguros. No todos contratos no son el mismo y toda cobertura es lo mismo. Los términos de su contrato o el plan individuales determinan el alcance o el beneficio que está disponible para usted utilizar para tratamientos, los procedimientos y o visitas de oficina. Cuando una cortesía a usted, nosotros estamos contentos poder ayudarle a obtener el beneficio apropiado de su portador individual de seguro completando sus formas de seguro y los archivando con su administrador de seguro. Para hacer que exitosamente necesitamos su ayuda a asegurarse de que tenemos su exacto y la mayoría de las informaciones actuales de seguro.

Como cual quiera que proporcione un servicio nosotros preguntamos respetuosamente que la cantidad debida para el servicio es remitida inmediatamente. Por lo tanto, deducibles y co-pagos son debidos en aquel momento de servicio. Facturar para estas cantidades luego sólo aumenta los costos de asistencia sanitaria y primas de seguros y de los co-pagos últimamente futuras. Cuando servicios son proporcionados, facturaremos su portador de seguro. En caso de que su portador de seguro no haya pagado su porción dentro de cuarenta y cinco (45) días, el equilibrio lleno llega a ser su responsabilidad. Es después su responsabilidad de buscar pago de su portador de seguro de su cuenta para servicios.

En orden para nuestra oficina para facturar su portador de seguro aunque (Pacientes de Medicaid excluidos), debemos tener una tarjeta de crédito o la tarjeta de débito válidas en el archivo con nosotros. La seguridad de su información de tarjeta de crédito es importante a nosotros y sólo será almacenado electrónicamente con el procesador de tarjeta de crédito. Su número de la tarjeta de crédito no es almacenado físicamente en el dispensario ni visible más allá de los últimos cuatro dígitos. Su tarjeta de crédito/cuenta bancaria no será cargada hasta que 30 días después de que los servicios proporcionados han sido procesados por su portador de seguro de enfermedad y/o el equilibrio creyó su responsabilidad. Procuraremos notificarle por declaración y o la carta en la dirección proporcionada de algún equilibrio sobresaliente antes de Pediatric Partners que cargan su cuenta o la tarjeta en cual momento usted puede utilizar un modo de pago diferente para liquidar su cuenta. A pesar de puede contactarle aunque, proporcionando su tarjeta y recibiendo servicios proporcionados, usted autoriza a Pediatric Partners a cargar su crédito proporcionado/tarjeta de débito para alguna cuenta o reclamos impagados.

Sin una tarjeta en el archivo, el pago es debido en lleno en los servicios de tiempo son rendidos. Cualquier reclamo pagó después de que su tarjeta haya sido facturada será reintegrada al garante en la cuenta del paciente.

Favor de notar:

- Sobre la llegada al dispensario presenta por favor su tarjeta actual de seguro. Si la compañía de seguros que usted designa es inexacto, usted será responsable de pago de la visita y someter las cargas al plan correcto.
- Según su plan de seguro, usted es responsable de cualquier y todos co-pagos, deducibles y coaseguro.
- Nosotros ya no nos sometemos a planes secundarios de seguro. Si usted tiene seguro secundario, nosotros le proporcionaremos con un recibo para someterse para el reembolso. Su seguro secundario enviará el reembolso directamente a usted. Usted es responsable de cualquier equilibrio en su cuenta.
- Como usted participa en el contrato con su portador de seguro, es su responsabilidad de comprender su plan de beneficio. Es su responsabilidad de saber si una referencia o la autorización escritas son requeridas y si pre-autorización es requerida antes de un procedimiento y qué servicios son cubiertos.
- Si nuestros médicos no toman parte en su plan de seguro, el pago en lleno es esperado de usted en aquel momento de su visita de oficina. Por citas planificadas, los equilibrios previos deben ser pagados antes de la visita.
- Si usted no tiene seguro, el pago para una visita de la oficina es de ser pagado la deuda entera en los servicios de tiempo son rendidos.
- Co-pagos son debidas en tiempo de servicio. • Requerimos respetuosamente 24 nota de horas para cancelar las citas.
- Antes de hacer una Visita de Rutina de Niño, cheque con su compañía de seguros para ver si ellos cubren Visitas de Rutina y o si hay un máximo de plan. No todos planes cubren Visitas anuales de Rutina, examen físico ni oído, ni pantallas de visión. Es su responsabilidad de saber sus beneficios de plan de seguro. Si no le es cubierto usted será responsable del pago en aquel momento de la visita.
- No todos servicios proporcionados por nuestra oficina son cubiertos por cada plan. Ningún servicio determinado no cubrió por su plan será su responsabilidad.
- Estamos siempre dispuestos a ayudar al mejor de nuestra capacidad en beneficios determinantes, la elegibilidad o sus costos en el avance.

