

Children's Physicians Información al Paciente						
Información de Pacientes y Hermanos						
Apellido	Nombre	Inicial	DOB	SSN	Sexo	
					M / F / Otro	
					M / F / Otro	
					M / F / Otro	
Si el paciente tiene 16 años o mas, necesitamos su numero de teléfono _____						
Información de Padres						
Información de la Madre			Información del Padre			
Apellido	Nombre	Inicial	DOB	Apellido	Nombre	
SSN: _____				SSN: _____		
Correo electrónico: _____				Correo electrónico: _____		
Dirección residencial: _____				Dirección residencial: _____		
Ciudad/Código Postal: _____				Ciudad/Código Postal: _____		
Teléfono celular: _____				Teléfono celular: _____		
Nombre del Empleador: _____				Nombre del Empleador: _____		
Tel. del Trabajo: _____				Tel. del Trabajo: _____		
Estado civil de los padres: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado/Separado						
Información del Seguro						
Nombre del Seguro: _____			Titular de la Póliza: _____			
Número de la Póliza: _____			Grupo/Nombre del Plan: _____			
Información del garantizador del pago (a quién se le va a enviar la factura si la dirección arriba puesta es diferente)						
Nombre: _____			Relación: _____			
Dirección residencial: _____						
Ciudad/ Código Postal: _____			Tel.: _____			
Información de contacto en caso de emergencia						
Nombre del familiar o persona mas cercana: _____			Relación: _____			
Dirección residencial: _____						
Ciudad/Código Postal: _____			Tel.: _____			
Cómo escuchaste de nosotros? Quién te refirió? (Escoja todo lo que aplique)						
☐ Amigo/familiar: (nombre) _____		☐ Doctor/Hopital: (nombre) _____				
☐ Aseguradora	☐ Internet	☐ Medios Sociales	☐ Visual	☐ Paciente Anterior		
Raza	☐ Blanca	☐ Negro	☐ Indígena Americano/Nativo de Alaska			
	☐ Asiático	☐ Hawaiano Nativo/isleño del Pacífico				
Étnico	☐ Hispanico o Latino		☐ No Hispanico o Latino			
Lenguaje	☐ Inglés	☐ Español	☐ Criollo	☐ Chino		
	☐ Japonés	☐ Vietnamita	☐ Filipino	☐ Otro: _____		
Farmacia: _____			Tel # _____			
PERSONAS AUTORIZADAS A TRAER EL NIÑO A LAS CITAS – PERSONAS QUE NO SEAN LOS PADRES – (deben ser mayor de 18 años)						
Nombre: _____		Relación al paciente: _____		DOB: _____	Teléfono: _____	
Nombre: _____		Relación al paciente: _____		DOB: _____	Teléfono: _____	

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN DE DOCUMENTOS

Por la presente autorizo el pago directo a Children's Physicians y todo los beneficios del seguro que de otra manera me son pagables por los servicios prestado. Autorizo a Children's Physicians a divulgar cualquier información requerida para asegurar el pago de descargar los beneficios de mi seguro. Autorizo el uso de esta firma en todos los envios de seguros y cualquier historial de medicamentos disponibles.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

En nombre de este niño(a) doy mi consentimiento voluntariamente para la prestación de atención médica a cuidado de Children's Physicians. Entiendo que el niño(a) está bajo el cuidado del médico tratante y es responsabilidad del personal llevar a cabo las instrucciones de dicho médico(s).

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Garantizo el pago de todas y cada una de las factures emitidas por dicho niño(a) que no están cubiertas o permitidas por el seguro. Esta oficina archivará la factura con mi compañía de seguros, siempre que proporcione la información de seguro adecuada a esta oficina.

Entiendo que si tengo un saldo impago a Children's Physicians y no hago arreglos de pago satisfactorios, mi cuenta se colocará en una agencia de cobranza externa. Seré responsable del reembolso de cualquier tarifa de la agencia de cobranza, incluyendo todos los costos y gastos incurridos en el cobro de mi cuenta y posiblemente incluyendo honorarios razonables de abogados si así se incurre durante los esfuerzos de cobro.

Para que Children's Physicians o su agencia de cobranza externa designada pueda atender mi cuenta, y donde no esté prohibido por la ley applicable, acepto que Children's Physicians y la agencia de cobranza externa designada esté autorizada a contactarme por teléfono a los números que estoy proporcionando, incluyendo el teléfono celular.

Firma de la parte responsable: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

CHILDREN'S PHYSICIANS

Bienvenidos a nuestra práctica!

Nos gustaría compartir nuestra política sobre los siguientes temas y le solicitamos que lea y firme su comprensión de su contenido.

COPAGOS: Los copagos deben abonarse a la llegada de su visita. Por favor proporcione el monte adeudado a nuestra recepcionista cuando se registre. El padre que trae el paciente es responsable de los saldos en el momento del servicio; no estamos involucrados en ningún arreglo parental.

RECETAS/REPOSICIONES: Marque su calendario una semana antes de que se agote su suscripción como recordatorio para llamara o enviar un mensaje en su solicitud de reabastecimiento. Todas las solicitudes requieren la autorización del médico. Para que podamos procesar su solicitud con prontitud, hágalo antes de las 3:00pm a través del portal del paciente o llamando al consultorio y siguiendo las indicaciones. Las solicitudes después de las 3:00pm se procesaran el siguiente día laboral de esta oficina.

SOLICITUDES DE FORMULARIO: Completamos formularios lo más rápido posible. Envíe su solicitud a través del portal del paciente o llame a la oficina y siga la indicación de los FORMULARIOS. Los formularios pueden tardar hasta 5 días laborables en completarse una vez entregados. Hay una tarifa de \$15 por formulario.

REFERIDOS: Cuando solicite una remisión por teléfono, llame a nuestro coordinador de remisiones siguiendo las indicaciones después de llamar a nuestra oficina. Deje un mensaje con el nombre del paciente (incluida la ortografía correcta del apellido), la fecha de nacimiento, el nombre de la compañía de seguros, el nombre del especialista, el motivo de la derivación y el número de teléfono durante el día. Espere hasta 7 días hábiles para que se procese la referencia. Muchos transportistas tienen un proceso especial para obtener la autorización. **Las solicitudes el mismo día se entregarán solo en caso de emergencia;** no se aceptarán visitas de seguimiento o de rutina. Las remisiones solo se pueden obtener después de una si nuestros médicos han revisado la solicitud y han dado su aprobación o requerirán que se programe una cita. **Todas las referencias se obtienen en el orden de necesidad médica.** Por favor sea paciente. Las llamadas telefónicas repetidas no aceleran el proceso. Una vez completadas, las referencias pueden ser recogidas en nuestra oficina o enviadas por correo a su casa según su preferencia y deben llevarse a la visitas con el especialista. **Las remisiones no se enviarán por fax al consultorio del especialista.**

NO ASISTE A LA CITA: Llame para cancelar al menos UNA hora antes de las citas por enfermedad y UN día antes de una visita física para que el horario esté disponible para otros pacientes que necesiten atención medica. Los casos de ausencias se anotan permanentemente en la historia clínica del paciente. Si el paciente continúa "ausente", no tendremos otro recurso que informar a su compañía de seguros y despedir al paciente de nuestra práctica.

Gracias por su cooperación en todo lo anterior. Estamos aquí para ayudarlo y esperamos tener una relación larga y saludable.

Firma del padre o tutor

Fecha