

PEDIATRIC PATIENT REGISTRATION FORM – ESPAÑOL

APELLIDO(LAST NAME)_____ NOMBRE(FIRST NAME) _____ MI_____

FECHA DE NACIMIENTO (DOB)_____ SEXO: M OR F SEGURO SOCIAL#_____

PACIENTE VIVE CON: MADRE PADRE LOS DOS OTRO:_____

DATOS DE CONTACTO DEL FIADOR (GUARANTOR INFORMATION)

GUARDIAN PRIMARIO: _____ RELACION:_____

FECHA DE NACIMIENTO (DOB):_____ SS#:_____ EMPLEADOR:_____

DIRECCION DE ENVIO: _____

TELEFONO PRINCIPAL:_____ TELEFONO SECUNDARIO:_____

CORREO ELECTRONICO:_____

GUARDIA SECUNDARIO: _____ RELACION:_____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SS#:_____ EMPLEADOR:_____

CORREO ELECTRONICO: _____

TELEFONO PRINCIPAL:_____ TELEFONO SECUNDARIO:_____

OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA (OTHER CHILDREN IN FAMILY)

NOMBRE: _____ FDN:_____ NOMBRE_____ FDN:_____

NOMBRE: _____ FDN:_____ NOMBRE: _____ FDN:_____

INFORMACION DE SEGURO (INSURANCE)

SEGURO PRIMARIO _____ ID# _____

SUSCRIPTOR _____ FDN:_____ SS# _____

SEGURO SECUNDARIO _____ ID# _____

SUSCRIPTOR _____ FDN:_____ SS# _____

CONSENTIMIENTO DE PAGO / ASIGNACION DE BENEFICIOS

Yo entiendo y estoy de acuerdo (sin importar el estatus de mi seguro), que soy el principal responsable por el balance de mi cuenta y por todos los servicios proveídos. También comprendo que si no llegara a pagar por los servicios completos proveídos estoy sujeto a ser llevado a colección donde aplicara cargos extra. Yo afirmo de haber leído toda la información y completado las preguntas. Yo certifico que esta información es correcta y verdadera. Yo notificare si esta información cambia o si el estatus de mi salud.

PERMISO DE TRATO AL MENOR

En el evento de una emergencia y no pueda ser contactado, yo doy permiso a SGPAC de tratar a mi hijo/a según sea necesario.

Firma _____ Fecha _____

(HIPAA) & AUTORIZACION PARA
DIVULGAR Y PROTEJER SU INFORMACION DE SALUD

La health Insurance Portability and Accountability act of 1996 (HIPAA) es una ley federal que establece normas acerca de quiénes pueden ver y recibir información sobre su salud. Esta ley da derechos con respecto a la información sobre su salud y sobre cuándo puede compartirse dicha información.

Uso/Aviso de Practicas de Confidencialidad.

Su IMP puede usarse y divulgarse a su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina en la que intervienen en su cuidado y tratamiento con el fin de proporcionar servicios de atención médica a usted, para pagar sus facturas de atención de salud, para apoyar el funcionamiento de la práctica del médico y cualquier otro uso requerido por la ley.

Usted puede revocar en cualquier momento la autorización por escrito, excepto en la medida en que su médico o en la práctica del médico haya tomado una acción en la confianza en el uso o divulgación indicado en la autorización.

Por lo tanto, Yo, _____, por este medio autorizo South Georgia Pediatric and Allergy Center, P.C a comunicar mi información o la de mi hijo/a IMP a las siguientes persona(s):

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____
 Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____
 Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

O

Yo requiero que mi información o la de mi hijo/a sea solo divulgada a mí. _____

(Firma)

***Por favor Note: si usted requiere que el padre/madre de su hijo biológico no tenga acceso al record médico, usted tiene que proveer documentación de la corte explicando su razón.*

Nombre del Paciente : _____ FDN: _____

Firma de el Guardian: _____ Fecha: _____

Esta divulgación se mantendrá efectiva, hasta que yo notifique por escrito cambios en dicha.

POLITICAS DE LA OFICINA, FORMAS Y PAGOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FDN: _____

Por favor inicial cada una de las políticas de la práctica.

_____ Todos los pacientes deben de ser acompañados por un guardián/adulto mayores de 18 años. Si usted está más de (15) minutos tarde para su cita, se le pedirá que vuelva a hacer una cita o será atendido (por orden de llegada). Después de **tres (3) o más citas perdidas en un periodo de 12 meses, usted puede estar sujeto al despido de la práctica.**

_____ Todos los pacientes de Alergia/Inmunología/Asma deben dar aviso de (24) veinticuatro horas para reprogramar la cita. Todas las citas de Alergia/Inmunología/Asma perdidas serán sujetas a un cargo de \$25.00 que deberán de ser pagadas en la oficina para poder seguir siendo visto. Después de **dos (2) citas perdidas el paciente puede ser despedido de la práctica.**

_____ Todos los copagos, deducibles y balances son debidos en el momento del servicio. Si usted tiene un balance pendiente y no ha hecho arreglos de pagos su cita puede ser cancelada o reprogramada.

_____ Por favor espere de 24-48 horas para todos los records de vacunas, forma de deporte físico, visión, oído, dental y nutrición sean completadas.

_____ Por favor espere hasta (5) cinco días laborables para todas las formas de escuela, universidad, forma de campamentos, licencia médica familiar y cartas que sean completadas.

_____ Todos los pacientes tratados con Desorden de Déficit de Atención o Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad deben de ser visto (1) un mes después que el diagnostico ha sido hallado. Tratamiento o cambio de medicamento serán cada (2) dos meses.

_____ Yo he leído y comprendido todas las pólizas de la práctica SGPAC y puedo recibir dicha copia en caso de necesitarla.

Firma

Fecha

Alan J. Alvarado, M.D.
Board Certified Pediatrics
Board Certified Allergy and Immunology

Robert J. Criscuola, M.D.
Board Certified Pediatrics

AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

PRINT PATIENT'S NAME

PATIENT'S DATE OF BIRTH

PRINT NAME OF PARENT/LEGAL GUARDIAN

PHONE NUMBER

Name and Address of Office/Hospital from whom you are seeking Medical Records:

Phone: _____ Fax: _____

Check One:

- I am the _____ Patient (if 18 or older)
 _____ Parent
 _____ Legal Guardian with custody

Records to be Released:

_____ All records including immunization records
 _____ Other: _____

Purpose of Release of Protected Health Information is:

- _____ Transferring Physicians
 _____ Continued Medical Care
 _____ Legal Action/Review
 _____ Other: _____

This Authorization expires in 6 months (12 months for school requests) unless otherwise disclosed: _____

Mail or Fax Records to:

South Georgia Pediatric and Allergy Center, P.C.
3440 North Valdosta Road
Valdosta, Georgia 31602
Fax: 229.249.9490

- I place no limitations on history of illness (including HIV and/or AIDS, genetic, drug dependency psychiatric information) or diagnostic and therapeutic information (including treatment for alcohol/drug abuse or psychiatric disorders).
- I authorize the inspection of the above information by the above named agency.
- I understand that unless otherwise limited by state or federal regulations, I may withdraw this consent at any time by submitting my withdrawal request in writing.
- I hereby acknowledge that I have read or have had read to me the above statements, and I fully understand and do expressly and voluntarily authorize the disclosure of medial information to the agency listed above.



3440 N. Valdosta Road
Valdosta, Georgia 31602
Phone: 229.247.2211 Fax: 229.249.9490

Authorizing Party: _____ **Date:** _____
Witness: _____ **Date:** _____