

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: _____

GUARDIAN 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). Cada cita perdida será sujeta a un cargo de \$25.00 que deberán de ser pagadas en la oficina para poder seguir siendo visto. 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.

_____ Todos los pacientes deben estar vacunados o planear vacunar. Los pacientes cuyos padres decidan no vacunar no serán aceptado porque nuestros proveedores, como todos los pediatras certificados por la junta en nuestra comunidad, creen que las vacunas son las mejores interés de los niños y su salud. Las copias de las hojas de información de vacunación están disponibles a pedido.

_____ 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

AUTHORIZACION PARA LIBERACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

NOMBRE DEL PACIENTE (Patient Name)

FECHA DE NACIMIENTO (DOB)

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL (Parent)

NUMERO DE TELÉFONO (Phone)

Nombre y domicilio de la oficina/ hospital de quien require registros medicos:

Teléfono: _____ Fax: _____

Marcar Uno:

- Yo soy el/ la _____ Paciente (18 ó mayor)
 _____ Padres (Parents)
 _____ Guardian legal con custodia (Legal Guardian)

Registros que se liberarán (Records to be released):

- _____ Todos los registros, incluidos los registros de vacunas (All records including immunizations)
 _____ Otro (Other): _____

Proposito de envoi de informacion de salud protegida es (Purpose of Release of Protected Health Information is):

- _____ Transferencia a otro provector medico(Transferring Physicians)
 _____ Continuacion de atención medica (Continued Medical Care)
 _____ Accion legal/revision (Legal Action/Review)
 _____ Otro (Other): _____

Esta autorización se caducara en 6 meses (12 meses si es requerido de la escuela) al menos que se dirigalo de otro forma 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**

- No impongo limitaciones sobre el historial de enfermedades (incluido el VIH y / o SIDA, información genética, psiquiátrica de dependencia de drogas) o información de diagnóstico y terapéutica (incluido el tratamiento por abuso de alcohol / drogas o trastornos psiquiátricos).
- Autorizo la inspección de la información anterior por parte de la agencia mencionada anteriormente.
- Entiendo que, a menos que esté limitado por las regulaciones estatales o federales, puedo retirar este consentimiento en cualquier momento presentando mi solicitud de retiro por escrito.
- Por la presente reconozco que he leído o me han leído las declaraciones anteriores, y entiendo completamente y autorizo expresa y voluntariamente la divulgación de información médica a la agencia mencionada anteriormente.

Persona Autorizando: _____ **Fecha:** _____
Testigo: _____ **Fecha:** _____