

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 TUTOR (GUARANTOR INFORMATION)

TUTOR PRIMARIO: _____ RELACION: _____

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

DIRECCION DE ENVIO: _____

TELEFONO PRINCIPAL: _____ TELEFONO SECUNDARIO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

TUTOR 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 INFORMATION)

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 los pagos 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 del Tutor: _____ Fecha: _____

(HIPAA) & AUTORIZACION PARA
DIVULGAR Y PROTEGER 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: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

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 del Tutor: _____ Fecha: _____

Esta divulgación permanecerá vigente hasta que yo notifique lo contrario por escrito.

POLITICAS DE LA OFICINA, FORMAS Y PAGOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FDN: _____

****Por favor, coloque sus iniciales para confirmar que reconoce cada política.****

_____ Todos los pacientes deben estar acompañados por un padre o tutor legal mayor de 18 años. Si el paciente llega con más de quince (15) minutos de retraso a una cita programada, es posible que se le pida reprogramar o que se le ofrezca la opción de ser atendido como paciente sin cita previa (*walk-in*) ese mismo día. A cada cita que no acullá será sujeta a un cargo de \$25 por falta de asistencia, el cual debe pagarse en su totalidad antes de que el paciente pueda ser atendido en el consultorio. **Tras tres (3) o más faltas a citas en un periodo de doce (12) meses, los pacientes podrían ser dados de baja de SGPAC.**

_____ Todos los pacientes de Alergia/Inmunología/Asma deben avisar con al menos veinticuatro (24) horas de antelación si desean reprogramar su cita. Las citas de alergia/inmunología/asma a las que no se asista pueden estar sujetas a un cargo de **\$25 por inasistencia**, el cual debe pagarse en su totalidad antes de que el paciente pueda ser atendido en el consultorio. **Tras dos (2) citas perdidas, el paciente podría ser dado de baja de la práctica.**

_____ Todos los copagos, deducibles y saldos pendientes deben abonarse en el momento en que se prestan los servicios. Si la cuenta presenta un saldo pendiente y no se han realizado acuerdos de pago o no se han cumplido los acuerdos existentes, su cita podría ser reprogramada. Los decretos de divorcio, separación o custodia no eximirán al garante autorizado del pago en el momento de la prestación de los servicios.

_____ Por favor, permita un plazo de 24 a 48 horas para la tramitación de solicitudes de registros de vacunación, exámenes físicos para deportes y formularios de evaluación de visión, audición, salud dental y nutrición (EED); asimismo, permita hasta cinco (5) días hábiles para completar formularios escolares o universitarios, formularios PCS, formularios para campamentos, formularios de licencia médica familiar y cartas.

_____ Todos los pacientes en tratamiento por Desorden de Déficit de Atención (ADD) o Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) deberán acudir a consulta un (1) mes después del diagnóstico inicial y del inicio del tratamiento o cambio de medicación (para renovar la receta) y, posteriormente, cada dos (2) meses para renovar la medicación.

_____ En caso de emergencia y si no fuera posible contactar al tutor o a las personas autorizadas, autorizo al personal de SGPAC a tratar a mi hijo/a según lo requieran las circunstancias de dicha emergencia.

_____ He leído y comprendo todas las políticas y procedimientos de la consulta de SGPAC, y tengo derecho a recibir una copia si así lo solicito.

Firma del Tutor: _____ Fecha: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FDN: _____

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS ADICIONALES

Cobramos los copagos y deducibles en el momento de el servicio, basándonos únicamente en la consulta médica. Si durante la visita se realizan análisis de laboratorio o inyecciones que no están incluidos en los copagos o que están sujetos al deducible de su póliza, recibirá una factura. Si no ha pagado dicha factura para cuando realice su próxima visita, usted será responsable de abonar el saldo pendiente, así como el copago o deducible correspondiente a la visita actual.

Los exámenes físicos anuales o "visitas de bienestar" (*wellness visits*) son servicios preventivos que, por lo general, están cubiertos por las pólizas de seguro sin necesidad de copago, coaseguro ni deducible. Esta cobertura se limita a la atención preventiva, lo cual incluye evaluaciones de dieta, ejercicio, vacunación y pruebas de detección (como exámenes de audición y visión). Las normas federales y las reglas de codificación de los seguros médicos nos obligan a facturar una consulta médica adicional a la visita de bienestar si se aborda o trata algún problema médico o enfermedad crónica de importancia que pueda identificarse por separado.

Cuando nuestra oficina contacta a su compañía de seguros para verificar la elegibilidad y los beneficios, se nos informa que los beneficios indicados no constituyen una garantía hasta que la aseguradora reciba y procese la reclamación. Si recibe una factura de nuestra oficina, significa que ya hemos enviado la reclamación a la compañía de seguros que tenemos registrada. Si considera que su aseguradora no procesó la reclamación correctamente, le rogamos que se comunique con ella para solicitar que se vuelva a procesar.

Nuestra clínica de atención fuera del horario habitual incluye un cargo por servicio médico prestado fuera de dicho horario. Si su seguro no cubre este cargo, usted será responsable de abonarlo en el momento de recibir la atención.

AVISO DEL LABORATORIO

Nuestro laboratorio en el consultorio opera bajo contrato con el South Georgia Medical Center (SGMC). Todos los servicios de laboratorio se facturan a través de SGMC, no de nuestro consultorio. Si su seguro NO cubre los análisis de laboratorio realizados por SGMC, por favor informe a su enfermero(a) ANTES de que se le extraigan las muestras. Se puede emitir una orden para que los análisis se realicen fuera de nuestro consultorio.

Al firmar este formulario, usted reconoce y comprende que:

- Si durante un examen preventivo se detecta alguna afección médica o anomalía, o si se trata un problema preexistente, se generará un cargo adicional.
- Es posible que usted deba abonar un copago, co-seguro o deducible correspondiente al cargo adicional de la consulta, según lo determine su plan de seguro.
- Es posible que usted deba hacerse cargo de los costos de laboratorio; dicha facturación provendrá de SGMC, NO de nuestro consultorio.
- En cualquier momento, puede consultar al personal de SGPAC sobre cualquier duda que tenga respecto a los posibles cargos..

Firma del Tutor: _____ Fecha: _____



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

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's Name)

FECHA DE NACIMIENTO (DOB)

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL (Parent/ Guardian)

NUMERO DE TELÉFONO (Phone Number)

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

Teléfono: _____ Fax: _____

Marcar Uno:

- Yo soy el/ la _____ Paciente (18 ó mayor/ 18 or older)
_____ Padres (Parents)
_____ Tutor 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): _____

Propósito de envío de información de salud protegida es (Purpose of Release of Protected Health Information is):

- _____ Transferencia a otro proveedor medico (Transferring Physicians)
_____ Continuación de atención médica (Continued Medical Care)
_____ Acción legal/revisión (Legal Action/Review)
_____ Otro (Other): _____

Esta autorización vence en 6 meses (12 meses para solicitudes escolares) al menos que se indique lo contrario:
(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:** _____