

Información del paciente: Haga una lista de todos los niños

1. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 (Por favor marque uno) Niño o niña Idioma: _____
 (Por favor marque uno) Etnia: Declinó • de origen Hispano o Latino • no Hispano o Latino

2. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 (Por favor marque uno) Niño o niña Idioma: _____
 (Por favor marque uno) Etnia: Declinó • de origen Hispano o Latino • no Hispano o Latino

3. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 (Por favor marque uno) Niño o niña Idioma: _____
 (Por favor marque uno) Etnia: Declinó • de origen Hispano o Latino • no Hispano o Latino

4. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 (Por favor marque uno) Niño o niña Idioma: _____
 (Por favor marque uno) Etnia: Declinó • de origen Hispano o Latino • no Hispano o Latino

Responsable: ¿Es usted el padre o tutor? (Favor de circular una)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
 Número de seguro social _____
 Dirección postal _____
 Ciudad, estado, código postal _____
 Dirección física _____
 Ciudad, estado, código postal _____
 Números de teléfono: Casa _____ Teléfono celular _____
 Empleador _____ Número de teléfono _____
 Dirección de correo electrónico _____
 ¿OK para llamar al trabajo? ¿Sí / No • OK para dejar mensaje en el trabajo? ¿Sí / No • en casa? Sí/No
 ¿OK para ponerse en contacto mediante mensajes de texto? Sí/No
 Metodo preferido de contacto: Teléfono/correo/correo electrónico Farmacia de elección _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono # _____

Haga una lista de personas ajenas a los padres a contactar en caso de emergencia.

Preferencias de texto y correo electrónico

¿Quieres recibir recordatorios de citas por mensaje de texto?
 Si No Ya se inscribieron En caso afirmativo, texto **mvp** a 622622
 ¿Desea recibir su factura electrónicamente?
 Si No Ya se inscribieron Dirección de correo electrónico _____

Firma _____ **Relación** _____

Nombre impreso _____

Fecha ____ / ____ / ____

Información para el paciente: Enumere todos los niños

- 1. Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
- 2. Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
- 3. Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
- 4. Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Lista de permisos

Autorizo a Mountain View Pediatría, P.C. para liberar, divulgar y discutir cualquier o toda la información sobre la oficina del paciente visitas, diagnósticos, cuenta o cualquier atención médica a las siguientes personas. Esto también permite a los individuos listados abajo para traer al paciente a ser visto y tratado por el personal de Pediatría de Mountain View, P.C. sin yo estar presente. (Lista de por favor madre, padre, padrastro o cualquier otra persona que necesite acceso a la información médica del paciente y / o deba llevar al paciente al médico. Individuos a continuación deben ser 18 años de edad o más.)

- 1. _____ Relación _____
- 2. _____ Relación _____
- 3. _____ Relación _____
- 4. _____ Relación _____
- 5. _____ Relación _____
- 6. _____ Relación _____

Entiendo que esta autorización es válida para toda la vida a menos que revoque lo contrario por escrito.

Firma _____ Relación _____

Nombre impreso _____

Fecha ____ / ____ / ____

(Última actualización: 6/29/15)

El abajo firmante, por la presente consiente y autoriza a la administración: y rendimiento de todos los tratamientos, la administración de cualquier anestesia: el funcionamiento de tales procedimientos como considere necesario o recomendable en el tratamiento de este paciente, el uso de medicamentos de prescripción: el funcionamiento de procedimientos de diagnóstico: la clínica y la utilización de cultivos y el rendimiento de otro test de laboratorio médicamente aceptadas , que el juicio del médico tratante o sus representantes asignados, puede ser considerado médicamente aconsejable. Entiendo perfectamente que este consentimiento se da avance de diagnóstico específico o tratamiento. Tenía la intención de este consentimiento para continuar en la naturaleza incluso después de que se ha realizado un diagnóstico específico y tratamiento recomendado. **Este es un consentimiento de vida que permanecerá en pleno vigor hasta revocada por escrito.**

Autorizo a Mountain View Pediatría, P.C. para divulgar información médica a cualquiera de mis médicos o compañías de seguros que pueden ser pertinentes a mi caso. Por la presente autorizo el pago directamente a Mountain View Pediatría, P.C. de beneficios pagaderos en caso contrario me. Autorizo la liberación de mi expediente médico para aseguradores de terceros u otras personas autorizadas a quienes la divulgación es necesaria para establecer o cobrar una cuota por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por cargos no cubiertos por la autorización. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan válida como la original. Información personal de salud sobre el paciente puede Obtenido de los proveedores anteriores y compartido entre los proveedores involucrados en el cuidado de pacientes para promover la entrega de calidad, eficiente y atención médica económica. Esta información podría ser compartida vía electrónica, por escrito o verbalmente.

Entiendo que esta autorización es válida para toda la vida a menos que revoque lo contrario por escrito.

Entiendo que puedo revocar esta autorización enviando una notificación por escrito a Mountain View Pediatría, P.C. Estoy de acuerdo que cualquier comunicado que se ha hecho antes de la revocación y que se realizó en dependencia de esta autorización no constituye una violación de mis derechos de confidencialidad. Usted tiene derecho a hablar a un abogado o a otro abogado antes de firmar. No tenemos control sobre la información una vez que han autorizado su publicación desde nuestra oficina.

Mi firma abajo autoriza MountainView Pediatría, PC para obtener la historia de la medicina de mi compañía de seguros.

El padre o tutor firmar a continuación es la parte responsable.

Firma _____ **Relación** _____

Nombre impreso _____

Fecha _____ / _____ / _____

(Última actualización: 6/29/15)



Política financiera

(Financial Policy)

Co-Pay de está obligado a pagar en cada visita de oficina Es parte del contrato que usted y nuestra clínica con su compañía de seguros. Hay una cuota para pagos adicionales que no son pagados en la misma fecha de servicio de facturación de \$5.

Deducible Amts / montos de coseguro piden que se pagará en cada visita de oficina

La cantidad que se le cobrará será el porcentaje conjunto de cargos o, si no conoces tu deducible, hasta el deducible que figuran en el contrato con su compañía de seguros.

Es su responsabilidad pagar cualquier copagos, coseguros o deducibles en cada visita al consultorio, incluso si usted está actualmente haciendo pagos mensuales en un saldo anterior. Un arreglo de pago no renuncia el pago de los cargos actuales de visita.

Niños visitas

Es su responsabilidad saber su cobertura bien, incluyendo la cobertura para las vacunas, antes de su visita. Usted puede obtener esta información llamando al número gratuito en el reverso de su tarjeta de seguro.

Los pacientes pendientes de seguro se pedirá para pagar la visita al consultorio en su totalidad en cada fecha de servicio.

(Excepción se hará para los recién nacidos menores de un mes de edad mientras que ellos se están agregando a la póliza de seguro.) Nos presentará la oficina visita cuando recibimos información de su seguro y con mucho gusto le reembolsará su dinero si su seguro paga o descuentos, visite la oficina.

Pacientes no asegurados

Como cortesía a nuestros pacientes ofrecemos que un 40% de descuento para todos los cargos ***pagados en total*** en la fecha de servicio. Si usted es incapaz de pagar en total a la fecha de servicio que deben hacer otros arreglos de pago antes de ser vistos.

En los casos de separación / divorcio, no cobramos el otro cónyuge o padre. Por favor entienda que se requerirá pago por cualquier persona a su hijo independientemente de cualquier orden de la corte. Es tu responsabilidad a cobrarle cualquier parte 3rd.

Si no sigue esta política financiera nos veremos obligados a enviar tu cuenta a una agencia de cobranza y le pediremos que hacer otros arreglos para recibir atención médica del paciente. Si su cuenta es enviada a una agencia de cobranza será responsable de cualquier colección o abogado honorarios relacionados con tu cuenta de Moroso. Tenga en cuenta que las tasas de las colecciones pueden ser hasta un 40% de la balanza de cuenta.

Estás de acuerdo, en orden para nosotros al servicio de su cuenta o para recoger todos los saldos pendientes, podremos contactarlo por teléfono en cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluyendo números de teléfono inalámbrico, que podrían resultar en cargos a usted. Podremos también contactarlo por el envío de mensajes de texto o e-mails, usando cualquier dirección de correo electrónico que usted nos proporciona. Métodos de contacto pueden incluir usando mensajes de voz pre-recorded artificial y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda. He/hemos leído esta declaración y acuerdo que MountainView Pediatrics, P.C. puede entrarnos en contacto con me/como se describió anteriormente.

Entiendo que esta autorización es válida para toda la vida a menos que revoquelo contrario por escrito.

Firma _____ relación _____ Fecha _____



Autorización para divulgar información

(Release of Information)

(Última actualización: 09/2013)

Información del paciente:

Nombre: _____ fecha de nacimiento: _____

SSN: _____

Se solicitan registros de:

Nombre de la instalación: _____ teléfono: _____

Número de fax: _____

Por favor enviar registros para:

Nombre de la instalación: _____ teléfono: _____

Número de fax: _____

Puede darse la siguiente información: (por favor marque uno)

____ Completar registro ____ otros: (Por favor especificar) _____

Propósito para liberación de registros: (por favor marque uno)

____ Continuar cuidado ____ de uso Personal ____ otros: _____

Información confidencial: , entiendo que la información contenida en mi expediente puede incluir información relacionada con la enfermedad de transmisión sexual, SIDA o infección con el VIH. También puede incluir información acerca de servicios de salud conductual o mental, abuso de alcohol y drogas o abuso físico y mental.

Derecho a revocar: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que mi revocación debe ser por escrito. Y entiendo que la revocación no se aplicará a la información ya liberado basado en esta información.

Entiendo que MountainView Pediatría no es responsable de los registros médicos, una vez que han sido liberados de la Oficina.

Firma del padre o Tutor Legal fecha

Fecha

Verificación

Esta versión caducará un año desde la fecha de firma.

Relación con el paciente