

PEDIATRIC ASSOCIATES OF DURANGO

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE

Enumere solo a los niños a los que se aplica la información en la mitad inferior del formulario

	Paciente / primer hijo	Segundo hijo	Tercer hijo	Cuarto hijo
Nombre				
Apellido				
Género preferido	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero
Fecha de Nacimiento	/ / MM DD YYYY	/ / MM DD YYYY	/ / MM DD YYYY	/ / MM DD YYYY
Lenguaje primario				
Etnicidad	<input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negar a informar	<input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negar a informar	<input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negar a informar	<input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negar a informar
Race	<input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negar a informar	<input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negar a informar	<input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negar a informar	<input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negar a informar
Se puede ver sin un padre si es menor de 18 años	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Persona de contacto principal para la familia (esta persona será la persona de contacto preferida para las llamadas de recordatorio)

Check One Birth Mother Step Mother Adoptive Mother Foster Mother Legal Guardian
 Birth Father Step Father Adoptive Father Foster Father Other _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
 Dirección de Envío _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código: ____
 Idioma Preferido: _____ E-mail: _____ Teléfono Principal: _____

CONTACTO SECUNDARIO Persona para familia

Check One Birth Mother Step Mother Adoptive Mother Foster Mother Legal Guardian
 Birth Father Step Father Adoptive Father Foster Father Other _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
 Dirección de Envío _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código: ____
 Idioma Preferido: _____ E-mail: _____ Teléfono Principal: _____

¿Quién tiene la custodia física primaria? (si es aplicable) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (además de las personas mencionadas anteriormente)

Nombre: _____ Relación: _____ #de Teléfono: _____

Persona autorizada para llevar al paciente a tratamiento (además de las personas mencionadas anteriormente)

PEDIATRIC ASSOCIATES OF DURANGO

Nombre: _____ Relación: _____ #de Teléfono: _____

El mejor número de teléfono para llamar con respecto a la atención del paciente _____

Relación: _____

FARMACIA PREFERIDA: _____

AVISO DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Pediatric Associates of Durango mantiene un registro de los servicios de atención médica que se brindan a nuestros pacientes. Compartiremos esta información, según lo permita la ley, para proporcionar tratamiento médico, administrar nuestra organización y facturar por estos servicios. Tiene derecho a ver, obtener una copia o modificar estos registros, si es necesario.

Nuestro **Aviso de Prácticas de Privacidad** describe con más detalle sus derechos sobre su información de salud y cómo se puede usar y divulgar esta información. Compartir su información de salud generalmente se usa para mejorar la continuidad de la atención que recibe. Ejemplos comunes incluyen el envío de registros de vacunación a nuestro registro estatal, el uso de un Intercambio de información de salud (HIE) con otras organizaciones de atención médica involucradas en su atención y el acceso a su historial de recetas de los beneficios de farmacia. Si tiene preguntas o desea analizar las opciones para disminuir el intercambio de información, comuníquese con nuestro Oficial de Cumplimiento.

CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO: Autorizo a Pediatric Associates of Durango a instituir cualquier atención necesaria en mi ausencia, incluida la hospitalización, para los pacientes mencionados anteriormente. Además, apoyó un enfoque integrado de la atención médica y autorizo a los proveedores de salud conductual a compartir, revisar y discutir cualquier información provista durante las conversaciones, reuniones informales o sesiones de terapia con los proveedores para que puedan proporcionar el plan de atención más completo.

POR FAVOR INICIALE LO QUE APLICA

Inicie _____ Entiendo que todos los padres /guardianes legales tienen acceso a la divulgación completa, incluso si no son los padres con custodia, y ambos pueden autorizar representantes de atención, a menos que los derechos de los padres hayan sido rescindidos por una orden judicial. Entiendo que si hay órdenes de custodia vigentes, debo presentar copias actuales para el archivo de mi hijo.

Inicie _____ Autorizo a las personas que mencionadas anteriormente para que lleven a mi hijo a cualquier cita en caso de mi ausencia y les doy permiso a Pediatric Associates of Durango para que llamen y dejen un mensaje sobre la atención clínica de mi hijo, incluidos los resultados de laboratorio y radiografías, en mi ausencia.

Inicie _____ Autorizo a Pediatric Associates of Durango a acceder a información sobre los medicamentos que a mi/ mi hijo/ mis hijos me han recetado

Inicie _____ Autorizo a Pediatric Associates of Durango a enviar por fax cualquier formulario o registro de vacunación a la escuela de mi hijo a mi solicitud

EL FIRMADO CERTIFICA QUE HA LEÍDO Y ENTIENDE LAS CONDICIONES DE CONSENTIMIENTO ANTERIORES Y HA RECIBIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA CUALQUIERA Y TODOS LOS PACIENTES MENCIONADOS ANTERIORMENTE

Nombre impreso de la parte responsable

Firma del Responsable

Fecha

Responsabilidad financiera

¿QUIÉN ES EL GARANTE FINANCIERO? Esta es la persona que recibirá los resúmenes de facturación por correo.

PEDIATRIC ASSOCIATES OF DURANGO

(Los padres deben acordar quién es el garante financiero. Si hay algún problema de pago, deben resolverse entre los padres. Pediatric Associates of Durango no pueden involucrarse en argumentos internos sobre quién recibe los Estados de Cuenta)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____ SS# _____ - _____ - _____

Dirección de envío: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Idioma Preferido: _____ E-mail: _____

Mejor Numero de Telefono _____ Dejar Mensaje S/N Alternativo: _____ Dejar Mensaje S/N

Relación con el paciente(s) _____ **¿Vive con el paciente?** **Si** **No**

En Pediatric Associates of Durango, a nadie se le negará el acceso a los servicios debido a la imposibilidad de pagar. Lea atentamente la siguiente información e inicial donde se indique, reconociendo su comprensión y aceptación de sus obligaciones financieras.

Inicial ____ Autorizo a Pediatric Associates of Durango a divulgar cualquier información adquirida durante el tratamiento de mi/ nuestro hijo necesario para procesar los reclamos de seguro.

Inicial ____ Entiendo que es mi responsabilidad confirmar con mi compañía de seguros que el proveedor está actualmente bajo contrato con mi plan de seguro, o estar dispuesto a ser visto en los beneficios "fuera de la red". Cualquier pregunta sobre atención médica, de bienestar del bebé / preventivo, análisis de laboratorio / radiografías y cobertura de inmunización, debe dirigirse a mi compañía de seguros **antes** de mis visitas. Aceptó ser responsable de todos los copagos, deducibles y servicios no cubiertos según lo determine mi plan de seguro.

Inicial ____ Si tengo un copago, aceptó pagar el monto total del copago al momento del servicio.

Inicial ____ Autorizo el pago directamente al proveedor por los servicios prestados por cualquier beneficio disponible bajo mi seguro, y soy financieramente responsable por los servicios prestados no cubiertos.

Inicial ____ Entiendo que durante las visitas del bienestar del niño pueden surgir otros problemas que no están cubiertos por el seguro bajo la definición de visita de bienestar y, por lo tanto, puede haber cargos por estos servicios adicionales.

Inicial ____ Entiendo que si, después de 60 días de la facturación, no pago el saldo adeudado en mi cuenta, se pueden tomar medidas adicionales, incluida la solicitud de asistencia de una agencia de cobranza externa, a menos que se hayan hecho arreglos previos para pagar el saldo pendiente y aprobado por Pediatric Associates of Durango. Si mi cuenta se envía a cobros, entiendo que habrá cargos adicionales asociados con el proceso de cobranza además del saldo adeudado.

Inicial ____ Estoy consciente de que el hospital, el proveedor o el laboratorio individual al que me remiten me facturarán por ese servicio y que Pediatric Associates of Durango no tienen control sobre esta facturación. Esto incluye cualquier condición preexistente. Si hay un problema con esta facturación, me pondré en contacto con el hospital correspondiente o con el consultorio de otro proveedor.

Inicial ____ Estoy de acuerdo en proporcionar a Pediatric Associates of Durango una copia de mi tarjeta de seguro antes o en mi primera visita y si mi cobertura de seguro cambia en algún momento en el futuro, acepto proporcionarles esta información actualizada.

Inicial ____ Estoy de acuerdo en pagar una tarifa de no presentación de \$25 si no me presento y/ o cancelo mi cita con menos de 24 horas de anticipación.

Inicial ____ Entiendo que puedo elegir Auto Pagar. Si pago el **monto total el día del servicio**, se aplicará un descuento por los servicios, sin incluir los laboratorios enviados desde la clínica. **Si elijo pagar con el tiempo, este descuento no se aplicará.** Además, entiendo que Pediatric Associates of Durango ofrece un programa de tarifa variable basado en las pautas federales de pobreza que utilizan el tamaño de la familia y los ingresos del hogar según lo define la Oficina del Censo. Se requiere comprobante de ingresos y la participación en el Programa de tarifas móviles debe ser aprobada por Pediatric Associates of Durango.

Firma del paciente o padre/ guardián si el paciente es menor de 18 años

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre Impreso