

NEW BEGINNINGS PEDIATRICS, PLC

18699 N 67th Ave Suite 240 Glendale, AZ 85308
623-594-7337 Fax 623-594-7340

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido(s) _____ Nombre(s) _____
Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ SS# _____ Lenguaje _____
Grupo Étnico (circule uno) Desconocido / Hispano o Latino / No Hispano ni Latino
Raza (circule uno) Indio Americano o Nativo Alaskan / Asiático / Afroamericano /Hawaiian Nativo o Islas del Pacifico / Caucásico
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Teléfono# _____ Recomendado por _____
Nombre de Hermanos(as)/Fecha de Nacimiento _____

INFORMACION DEL LOS PADRES/GUARDIAN LEGAL

Apellido(s), Nombre(s): _____	Apellido(s), Nombre(s): _____
CIRCULE UNO: Madre / Padre / Guardián Legal	CIRCULE UNO: Madre / Padre / Guardián Legal
SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____	SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____
Ciudad _____ Estado _____ CP _____	Ciudad _____ Estado _____ CP _____
Teléfono: _____ Cell: _____	Teléfono: _____ Cell: _____
Nombre de su Empleo: _____	Nombre de su Empleo: _____
Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____	Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____

INFORMACION DE ASEGURANZA MÉDICA

Nombre de la Aseguranza Primaria: _____
Nombre del dueño de la poliza _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____
Que relación que tiene con el paciente _____ ID # _____ Grupo # _____
Domicilio de su Aseguranza _____ Ciudad/Estado/CP: _____

Nombre de la Aseguranza Secundaria: _____
Nombre del dueño de la poliza _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____
Que relación que tiene con el paciente _____ ID # _____ Grupo # _____
Domicilio de su Aseguranza _____ Ciudad/Estado/CP: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (escriba otro nombre que no sean los padres o guardián legal)

Apellido, Nombre _____ Que relación tiene con el paciente _____
Telefono (Circule uno) casa/cell/trabajo _____

Por medio de la presente confirmo que la informacion de arriba es verdadera y correcta y que yo soy la persona responsable de este menor. Entiendo que yo soy la persona responsable de todos los cargos financieros ya sean pagados o no pagados por el seguro de salud. Por medio de la presente autorizo a New Beginnings Pediatrics, PLC revelar informacion medica necesaria a mi aseguranza para procesar reclamos de seguro y para asegurar el pago de beneficios. Yo tambien autorizo el uso de esta firma en todo lo submitido a la aseguranza y como autorizacion para pagos a New Beginnings Pediatrics, PLC. Yo tambien reconozco que he recibido la poliza financiera de New Beginnings Pediatrics, PLC y que mi firma autoriza lo anterior.

FIRMA: _____ **RELACION CON EL PACIENTE:** _____ **FECHA:** _____

Para atención de emergencia - Esto es para autorizar la ejecución de tratamiento médico/quirúrgico necesario del paciente(s) arriba mencionado, en caso de enfermedad o accidente, cuando ninguno de los padres puede ser localizado. Estos servicios médicos se van a realizaran por New Beginnings Pediatrics, PLC o un doctor/nurse practitioner con licencia médica recomendado por New Beginnings Pediatrics, PLC y en el centro médico de su elección.

FIRMA: _____ **RELACION CON EL PACIENTE:** _____ **FECHA:** _____

NEW BEGINNINGS PEDIATRICS, PLC

POLIZA FINANCIERA

New Beginnings Pediatrics, PLC aprecia la confianza que ha mostrado en escogernos para proveer por las necesidades del cuidado de la salud de su hijo(a). Estamos comprometidos a darle los mejores servicios y la mejor calidad de cuidado medico. Esta guia servira para ayudarle a obtener el pago por los servicios dados. Por favor lea esto y si tiene preguntas favor de decirnos. Y si todo esta claro favor de firmar en el espacio proveeido. Una copia de esta poliza se le sera dada si usted la pide.

- 1. Aseguranza.** Nosotros participamos con la mayoría de los planes de salud. Si usted esta asegurado con un plan de salud que nosotros no tenemos contrato, el pago completo es esperado en cada visita. Si usted esta asegurado con un plan que nosotros tenemos contrato, pero no tiene su tarjeta de aseguranza actualizada, el pago completo por la visita es requerido hasta que nosotros podamos verificar su cobertura. El conocer los beneficios que le brinda su aseguranza es su responsabilidad. Por favor contacte a su compañía de seguro con cualquier pregunta que pueda tener en lo que respecta a su cobertura.
- 2. Co-payments y deducibles.** Usted es responsable por el pago de cualquier deducible y copayment/coinsurance determinado por su contrato con su compañía de aseguranza, así como tambien de cualquier saldo pendiente. Nosotros esperamos estos pagos al momento del servicio. Además, ya que la mayoría de los pacientes que nosotros vemos son menores de 18 años, nosotros consideramos como persona responsable al padre/guardián legal acompañando al niño(a) y vamos a solicitar el pago de esta persona. Algunas veces hay ordenes o mandatos judiciales que delinear obligaciones financieras para el cuidado medico entre los padres del niño(a). Estas ordenes solo establecen responsabilidades para los padres. Nosotros no somos parte de esta orden judicial y no estamos obligados por la presente orden judicial.
- 3. Servicios no cubiertos.** Muchas compañías de seguros tienen estipulaciones adicionales que pueden afectar su cobertura. Usted es responsable por cualquier cantidad no cubierta por su aseguranza. Por favor sepa que algunos – y quizás todos- de los servicios que recibe pueden ser no cubiertos o considerados no razonables o necesarios por su aseguranza. Usted debe de pagar por completo a la hora de la visita o consulta.
- 4. Comprobante de aseguranza.** Todos los pacientes deben de completar nuestra forma de informacion del paciente antes de ser vistos por el proveedor de la salud. Nosotros debemos de obtener una copia de su licencia de manejo y copia de su tarjeta de seguro actualizada; como comprobante de aseguranza. Si usted falla en darnos la informacion correcta de su aseguranza en el tiempo o manera oportuna, usted puede ser el responsable por el saldo de un credito.
- 5. Presentacion de reclamaciones.** Nosotros vamos a presentar sus reclamaciones y vamos a asistirle en la manera que sea razonable para ayudarle a que sus reclamos o saldos sean pagados. Su aseguranza de salud puede que necesite que usted le de cierta informacion directamente. Es su responsabilidad cumplir con esta solicitud. Por favor tenga en cuenta que el balance de su reclamo o saldo es su responsabilidad ya sea si su compañía de seguro pague o no su reclamo o saldo. Los beneficios de su aseguranza es un contrato entre usted y su compañía de seguro; nosotros no tomamos partido en este contrato.
- 6. Cambios en la cobertura.** Si su aseguranza, domicilio, o numero de telefono cambia favor de notificarnos lo antes de su siguiente cita, para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir el maximo de sus beneficios. Si su compañía de aseguranza no paga sus reclamos en 45 dias, el balance se le sera cobrado automaticamente a usted. Padres de los recién nacidos deben inmediatamente contactar a su aseguranza para agregar a su recién nacido para evitar que tengan ustedes que pagar de su propia bolsa por los servicios. La mayoría de los planes de seguro medico require que esto sea hecho antes de que su niño cumpla 30 dias de nacido.
- 7. No pago.** Usted entiende que si usted no ha hecho su pago antes de la tercera declaracion que ha sido enviada por correo, esta declaracion sera marcada como “nota final” y puede ser enviada a un servicio de recoleccion si usted no cumple sus obligaciones financieras. Todos los cobros de honorarios añadidos seran su responsabilidad. Tambien note que usted y sus familiares inmediatos pueden ser dados de alta de esta clinica. Si esto llega a pasar, usted sera notificado via correo que usted tiene 30 dias para encontrar asistencia medica alternativa. Durante ese periodo de 30 dias, nuestro proveedor de la salud podra tratarlo en situacion de emergencia.
- 8. Citas perdidas.** Nuestra poliza es cobrar \$25 dolares por citas perdidas no canceladas dentro de las 24 horas de la cita. Estos cargos seran su responsabilidad y seran agregados al balance de su niño(a). Múltiples “no shows” es decir, que no llegue a sus citas; seran reportados al seguro de salud de su niño(a) y/o puede resultar en que su niño(a) pueda ser dado de alta de nuestra clinica.
- 9. Cheques.** New Beginnings Pediatrics no acepta cheques personales o de negocios. Nos disculpamos por la molestia o inconveniente que esto pueda ocasionarle.

Yo declaro que he leído y entendido la poliza de pago de New Beginnings Pediatrics y yo estoy de acuerdo en cumplir con sus terminos. Yo tambien entiendo y estoy de acuerdo que tales terminos pueden ser enmendados de vez en cuando por esta practica o clinica.

Escriba el nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Escriba el nombre de la persona responsable

Firma del paciente o persona responsable si es menor

Fecha

NEW BEGINNINGS PEDIATRICS, PLC

18699 N. 67TH Avenue Suite 240 Glendale, AZ 85308

Phone: 623-594-7337 Fax: 623-594-7340

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTA DE PRIVACIDAD
MEDICA**

Yo reconozco que he recibido una copia de New Beginnings Pediatrics, PLC
“Nota de la Privacidad Medica” y entiendo que esta Nota esta tambien
puesta y se puede encontrar en el consultorio como referencia.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente o persona legalmente autorizada

Fecha

Escriba su nombre si firmo en nombre del paciente

Relacion (Padre, Madre,
guardian legal)

**Expediente de Investigación de Elegibilidad
Del Paciente Programas de Vacunas para Niños**

Este expediente se debe mantener en la oficina del proveedor de cuidado medico para reflejar el estado actual de todo los niños menores de 18 años, que sean elegibles para recibir vacunas a través del programa de VFC. El expediente puede ser llenado por el padre, guardián, la persona que va a recibir las vacunas, o por el proveedor de cuidado medico. Este mismo expediente se puede utilizar para todas las visitas subsecuentes mientras el estatus de elegibilidad de VFC del niño no haya cambiado. No se requiere verificar las respuestas por el proveedor, pero es necesario conservar este expediente en el archivo por un mínimo de tres años.

Fecha: _____

Apellido de Paciente _____ Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre de Padres/Guardian _____

Proveedor: _____

Este niño califica para las vacunas a través del programa de VFC porque el/ella:

(Marque solamente uno):

- (0) [] Esta inscrito en KidsCare
- (1) [] Esta inscrito en AHCCCS
- (2) [] No tiene seguro medico
- (3) [] Es Indio Americano o Nativo de Alaska
- (4) [] Su seguro medico no paga por las vacunas

(5) [] Marque aquí si el niño tiene servicio medico que pague por las vacunas.

Estos niños no califican para VFC

Como un consejo, si su compañía de seguro médico no cubre vacunas y usted no nos lo dice a la hora de su visita, es su responsabilidad pagar el costo implicado. No podemos hacer el Programa de Vacunas para niños retroactivo y usted es elegible para el Programa de Vacunas para niños solamente a la hora de su visita. Si usted no esta seguro de que las vacunas y los chequeos sean cubiertos, por favor comuníquese con su compañía de seguro medico.

Gracias.

Firma _____ Fecha _____

NEW BEGINNINGS PEDIATRICS, PLC.

CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nac _____

DESEO SER CONTACTADO DE LA SIGUIENTE MANERA

Este consentimiento le permite a New Beginnings Pediatrics el poder contactarlo para hacerle saber cualquier resultado diagnóstico (incluyendo exámenes de laboratorio, radiología, resultados de biopsias y medicamentos) mensajes, estados de cuenta, citas o cualquier otro tipo de información medica relacionada a su salud como usted lo designe en la parte de abajo.

(Si el paciente es menor de edad, esta forma tiene que ser completada)

1. Nombre de contacto primario _____ Parentesco _____

Primera opción **Circule** una: **Casa / Trabajo / Cell** Teléfono # _____

- OK dejar mensaje con información detallada
- Dejar mensaje con solo el numero de teléfono a donde pueda regresar la llamada

Segunda opción **Circule** una: **Casa / Trabajo / Cell** Teléfono # _____

- OK dejar mensaje con información detallada
- Dejar mensaje con solo el numero de teléfono a donde pueda regresar la llamada

2. Nombre de contacto secundario _____ Parentesco _____

Primera opción **Circule** una: **Casa / Trabajo / Cell** Teléfono # _____

- OK dejar mensaje con información detallada
- Dejar mensaje con solo el numero de teléfono a donde pueda regresar la llamada

Segunda opción **Circule** una: **Casa / Trabajo / Cell** Teléfono # _____

- OK dejar mensaje con información detallada
- Dejar mensaje con solo el numero de teléfono a donde pueda regresar la llamada

3. Nombre de contacto terciario _____ Parentesco _____

Primera opción **Circule** una: **Casa / Trabajo / Cell** Teléfono # _____

- OK dejar mensaje con información detallada
- Dejar mensaje con solo el numero de teléfono a donde pueda regresar la llamada

Segunda opción **Circule** una: **Casa / Trabajo / Cell** Teléfono # _____

- OK dejar mensaje con información detallada
- Dejar mensaje con solo el numero de teléfono a donde pueda regresar la llamada

ESTOS CONSENTIMIENTOS PUEDEN SER CAMBIADOS COMPLETANDO UNA NUEVA FORMA CUANDO USTED LO DESEE

Escriba su nombre si firmo en nombre del paciente

Fecha

Firma del Paciente o Persona legalmente autorizada

Parentesco (Padre, Madre, Guardián legal, etc.)

NEW BEGINNINGS PEDIATRICS, PLC.

18699 N 67th Ave Suite 240, Glendale, AZ 85308

623-594-7337 Fax: 623-594-7340

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O GUARDIAN LEGAL PARA PERSONAS AUTORIZADAS:

Esta declaración se vence en 12 meses desde la fecha de la firma.

Como el padre o guardián legal del niño(a) _____.

Fecha de nacimiento del niño(a) _____, Yo otorgo permiso a la persona o las personas nombradas en la lista siguiente para que **puedan traer a mi niño(a)** para recibir tratamiento y ser evaluados en esta oficina. Yo le otorgo el permiso total a la persona o personas siguientes para que se les sea permitido el hecho de estar de acuerdo con el tratamiento, vacunas, procedimientos y exámenes diagnósticos de mi hijo (a) y saber todo lo pertinente a la historia de salud de mi hijo(a), a menos que lo especifique de otra forma en el espacio siguiente:

Por favor liste en el espacio siguiente (***otros que no sean los padres o guardian legal***) la persona(s) y que esta persona(s) que usted ha designado traiga una identificación con foto al momento de la cita.

Nombre _____

Nombre _____

Parentesco _____

Parentesco _____

Dirección _____

Dirección _____

Teléfono# _____

Teléfono # _____

Lenguaje _____

Lenguaje _____

Nombre de padres o guardian legal

Firma de padres o guardian legal

Fecha de hoy

NEW BEGINNINGS PEDIATRICS

PORTAL DEL PACIENTE

Ahora podrá obtener la información médica de sus hijos en línea de forma segura a través de nuestro Portal del Paciente sin costo. Esta información puede incluir registros de vacunas, historial de rectas, historial de laboratorio y notas de la oficina.

Para poder ligar la cuenta con nuestro sistema necesitaremos una dirección de correo electrónico. Solo podemos tener una dirección de correo electrónico por padre/tutor. Si desea participar, llene lo siguiente:

Padre/Tutor Legal/ Nombre: _____

Firma: _____

Correo electrónico: _____

Padre/Tutor Legal/ Nombre: _____

Firma: _____

Correo electrónico: _____

Una vez que se inscriba al portal y se haya ligado la dirección de correo electrónico, solo puede cambiarse en el futuro por el padre/tutor desde el portal. Nuestros empleados no tendrán acceso para cambiarlo. Tome nota del inicio de sesión y la contraseña cuando se la den al momento de establecerlos en el portal.