



**Pediatric  
Partners**  
El Paso

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ INICIAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ GENERO:  M  F IDIOMA:  INGLES  ESPAÑOL  OTRO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ TEL.CASA: \_\_\_\_\_

TEL.CELULAR: \_\_\_\_\_ CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

TEL.CONTACTO EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

PACIENTE VIVE CON:  PADRE  MADRE  OTRO \_\_\_\_\_

**INFORMACION MADRE O TUTOR LEGAL 1**

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ INICIAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ GENERO:  M  F IDIOMA:  INGLES  ESPAÑOL  OTRO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ TEL.CASA: \_\_\_\_\_

TEL.CELULAR: \_\_\_\_\_ TEL. TRABAJO: \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

**INFORMACION PADRE O TUTOR LEGAL 2**

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ INICIAL: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ GENERO:  M  F IDIOMA:  INGLES  ESPAÑOL  OTRO: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_  
CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ TEL.CASA: \_\_\_\_\_  
TEL.CELULAR: \_\_\_\_\_ TEL. TRABAJO: \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO MEDICO**

NOMBRE DE SU SEGURO MEDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE POLIZA: \_\_\_\_\_ NUMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE EFECTIVIDAD: \_\_\_\_\_ TEL. DE ASEGURADORA: \_\_\_\_\_  
DIRECCION DE LA ASEGURADORA: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION DE PAGO**

POR LA PRESENTE AUTORIZO A ESTE PROVEEDOR A COMPARTIR TODA LA INFORMACION NECESARIA AL SEGURO MEDICO. AUTORIZO EL PAGO DIRECTAMENTE A PEDIATRIC PARTNERS, EL PASO, P.A. POR LOS SERVICIOS MEDICOS PROVISTOS. ME COMPROMETO A SER COMPLETAMENTE RESPONSABLE POR LOS CARGOS NO CUBIERTOS POR MI ASEGURADORA.

\_\_\_\_\_  
FIRMA MADRE/PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
RELACION CON EL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA



## **AVISO DE POLITICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y COMPARTIDA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.**

### **Usos y Revelaciones:**

**Tratamiento.** Su información médica (Por ejemplo, los resultados de pruebas de laboratorio y procedimientos), puede ser utilizada por los miembros de nuestro personal médico o compartida con otros profesionales de la salud con el fin de evaluar su estado de salud, el diagnóstico de condiciones médicas, y proporcionar tratamiento.

**Pago.** Su información médica puede ser utilizada para recibir el pago de su seguro médico, así como de otras fuentes de cobertura tal como una aseguradora de automóviles, o de compañías de tarjetas de crédito que usted puede utilizar para pagar los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre las fechas y los servicios prestados, como el estado de salud que padece.

**Manejo de actividades de la salud.** Su información médica puede ser usada, de ser necesario, para apoyar las actividades y gestiones de *Pediatric Partners El Paso, P.A.* del día a día. Por ejemplo, la información sobre los servicios que recibió puede ser utilizada para ayudar con la planificación presupuestaria y la presentación de informes financieros, y apoyar actividades para evaluar y promover la calidad de los servicios ofrecidos.

**Cumplimiento de la ley.** Su información médica puede ser revelada a agencias de la ley que colaboran con las auditorías e inspecciones gubernamentales, para facilitar las investigaciones policiales, y para cumplir con la presentación de informes exigidos por el gobierno.

**Informes de Salud Pública.** Su información médica puede ser revelada a agencias de salud pública como lo requiere la ley. Por ejemplo, estamos obligados a reportar ciertas enfermedades contagiosas al departamento de salud pública del estado.

**Investigación.** El proveedor puede divulgar su información médica a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación (por ejemplo, para ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas), siempre y cuando la información médica que revisen no sea sacada de los predios de esta práctica. El proveedor también puede compartir la información médica de los difuntos para un proyecto de investigación, siempre y cuando la información sea necesaria para la investigación.

**Otros usos y revelaciones requieren su autorización.** La divulgación de su información de salud o su uso para cualquier fin distinto a los antes mencionados requiere su autorización específica por escrito. Si usted cambia de opinión después de autorizar el uso o divulgación de su información usted puede presentar una revocación escrita de la autorización previa. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará o deshará cualquier uso o divulgación de la información que se produjo antes de que usted revocara su autorización.

**Recordatorio de citas.** Su información médica puede ser utilizada por nuestro personal para enviarle recordatorio de citas. Si usted quisiera que esta oficina le comunicara su información de salud de manera confidencial, por favor indique sus deseos en el formulario titulado "*Directrices de Privacidad de Menores*".

**Información sobre tratamientos.** Su información médica puede ser usada para enviarle información que puede ser interesante e importante sobre el tratamiento y manejo de su condición médica. También podemos enviar información describiendo otros productos y servicios relacionados con la salud que creemos pudieran interesarle.

**Derechos individuales.** Usted tiene ciertos derechos bajo las normas federales de privacidad. Estos incluyen:

- El derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información de salud;
- El derecho a solicitar restricciones en la revelación a un plan de salud si usted pagó en efectivo, en su totalidad por algún tipo de servicio;
- El derecho de recibir comunicaciones confidenciales en relación a su condición médica y tratamiento;
- El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud;
- El derecho de enmendar o presentar correcciones a su información de salud;
- El derecho a recibir una explicación de cómo y a quién se le ha compartido su información de salud;
- El derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

**Deberes de la Práctica.** Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud y a proporcionarle este "Aviso de Prácticas de Privacidad". También tenemos la obligación de cumplir con las políticas y prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

**Derecho de revisar las prácticas de privacidad.** Según lo permitido por ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras políticas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales. A petición, le proporcionaremos el aviso revisado por última vez en cualquier visita al consultorio. Las políticas y prácticas revisadas se aplicaran a toda la información de salud confidencial que tenemos.

**Las solicitudes para inspeccionar la información de salud confidencial.** Por lo general, usted puede inspeccionar o copiar su información de salud que mantenemos. Usted tiene derecho a acceder a su información de salud protegida en formato electrónico, donde está disponible. Según lo permitido por la reglamentación federal, requerimos que solicitudes para inspeccionar o copiar dicha información sean sometidas por escrito. Usted puede obtener un formulario para solicitar el acceso a sus registros contactando nuestra oficina. Su solicitud será revisada y generalmente será aprobada a menos que haya razones legales o médicas para negar su solicitud.

**Quejas.** Si desea enviar un comentario o queja sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor póngase en contacto con nuestra oficina y hable con el gerente o supervisor de la oficina. También puede presentar sus quejas a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos. Usted no será penalizado de ninguna manera por presentar alguna queja.



**Certificación de recibo de las Políticas de Privacidad HIPPA**

Esta práctica se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

He recibido una copia de la “Las Políticas de Privacidad de HIPPA”.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



### **NO SHOW POLICY**

In order for us to provide you with the best quality care, we ask that you make every effort to keep your scheduled appointments and arrive in a timely manner. Missed appointments affect us, you and the other patients who were denied services due to no availability.

Effective April 1<sup>st</sup>, 2014 if you miss or fail to cancel an appointment within 24 hours three times within a calendar year (January-December), you will be discharged from the practice. We do realize that on rare occasions emergencies may arise and we will address these situations with you at that time.

We thank you for working with us to ensure you receive the excellent service you deserve.

### **POLITICA DE AUSENCIA**

*Con el propósito de brindarles un mejor servicio, le pedimos que trate de asistir y ser puntual a sus citas. Las citas perdidas le afectan a usted, a nuestra práctica y a aquellos pacientes a quienes se les niega servicio por falta de cupo.*

*Efectivo el 1° de abril de 2014, si usted falta o no cancela su cita con 24 horas de anticipación tres veces en un año (enero-diciembre), usted será dado de baja de nuestra práctica. Estamos conscientes que pueden surgir emergencias y trataremos éstas en su momento con la seriedad y el respeto que ameritan.*

*Agradecemos su cooperación para poder proveerle el servicio de excelencia que merece.*

I have been notified of the No Show Policy.

*Se me ha informado a cerca de la Política de Ausencia*

Patient's Name (*Nombre del paciente*) \_\_\_\_\_

Date of birth (*Fecha de Nacimiento*) \_\_\_\_\_

Parent or Legal Guardian's Name (*Nombre del padre o tutor legal*) \_\_\_\_\_

Parent or Legal Guardian's signature (*Firma del padre o tutor legal*) \_\_\_\_\_

Date (*Fecha*) \_\_\_\_\_



**Pediatric  
Partners**

El Paso

## **RESPONSABILIDAD DE PAGO**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Acepto que seré financieramente responsable de cualquier y todos los cargos por servicios otorgados que no sean pagados por mi seguro médico. Esto incluye cualquier visita o servicio médico, examen preventivo, pruebas de laboratorio, examen físico, rayos X, electrocardiograma, cualquier otro servicio de detección o exámenes de diagnóstico ordenados por el doctor o el personal médico.

Acepto que es mi responsabilidad y no la responsabilidad del doctor o de su equipo de trabajo el saber si mi seguro médico pagará por los servicios médicos que recibo.

Acepto que es mi responsabilidad saber si mi seguro médico tiene algún co-pago, deducible, cantidades fuera de la red, límites de cobertura, o cualquier otro tipo de limitación de cobertura por los servicios médicos que recibo.

Acepto que es mi responsabilidad saber si mi médico es parte de la red de proveedores de servicios médicos autorizados por mi seguro médico. Si el médico o proveedor que estoy viendo no es parte de la red de proveedores autorizados por mi seguro médico, puede ser que el seguro médico no pague los servicios recibidos o parte de ellos. Acepto que en tal caso, seré económicamente responsable por todos los cargos no pagos por mi seguro médico.

Acepto que es mi responsabilidad saber si mi médico ha sido nombrado mi médico de cabecera (PCP) por mi compañía aseguradora. Si he solicitado un cambio de PCP que no se haya procesado aun por mi seguro médico al momento de la visita, pudiera ser que el seguro médico no pague los servicios. En tal caso, acepto que seré económicamente responsable por los cargos no cubiertos por mi seguro médico.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado primario o responsable de la cuenta: \_\_\_\_\_



## Directrices de Privacidad de Menores

En nuestro esfuerzo de cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Salud ("HIPPA" por sus siglas en inglés), tenemos que estar seguros de que protegemos su privacidad de acuerdo a sus deseos cuando se trata de su familia, amigos y compañeros de trabajo.

### Por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Podemos dejar mensajes en relación a la cita(s) de su hijo con algún compañero de trabajo, recepcionista o secretaria que conteste regularmente sus llamadas?:  SI  NO  N/A

¿Podemos dejar mensajes con relación a su hijo en un buzón de mensajes en el trabajo?

SI  NO  N/A

¿Podemos hablar sobre las citas o el tratamiento de su hijo con algún familiar o cuidador asignado?

SI  NO  N/A

Usted debe informarnos por escrito de cualquier cambio en sus instrucciones. Este registro tiene efecto a partir de: (fecha) \_\_\_\_\_, y se mantendrá en su archivo, junto con su Certificación de Recibo de las Políticas de Privacidad HIPPA.

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Representante del personal médico: \_\_\_\_\_