



Registracion del Paciente

Nombre legal completo del Paciente: _____ Nombre usado/Apodo _____ Sexo: M F

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ #SS: _____ Telefono de Casa: _____ Telefono Movil: _____

Direccion: _____ Correo Electronico: _____

Seguro Medico: _____ Persona responsable del pago: _____

<p>Raza: ___ Asiatico ___ Hawaiano Nativo ___ Otro Isleno Pacifico ___ Negro/Afroamericano (No Hispano o Latino) ___ Indio Americano / Nativo de Alaska ___ Blanco (No Hispano o Latino) ___ Hispano o Latino (Todas las Razas)</p> <p>Idioma: _____ Etnicidad: ___ Hispano o Latino ___ No Hispano o Latino</p>

Nombre del Padre: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Estatus Conyugal:** _____

SS: _____ # Casa: _____ # Movil: _____ # Trabajo: _____

Direccion: _____

Empleador: _____ Posicion: _____

Nombre de la Madre: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Estatus Conyugal:** _____

SS: _____ # Casa: _____ # Movil: _____ # Trabajo: _____

Direccion: _____

Empleador: _____ Posicion: _____

Guardian Legal: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Estatus Conyugal:** _____

SS: _____ # Casa: _____ # Movil: _____ # Trabajo: _____

Direccion: _____

Empleador: _____ Posicion: _____

Por favor nombre los hermanos del paciente: _____

Quien lo refirio a Catawba Pediatrics? _____

Por favor nombre a dos contactos alternativos que no vivan con usted que podamos contactar en caso que no podamos localizarlo.

Nombre: _____ # Telefono: _____

Nombre: _____ # Telefono: _____

Doy permiso a los medicos de Catawba Pediatrics Associates, PA para que entrevisten, examinen, realicen pruebas necesarias, y proporcionen tratamiento adecuado al menor mencionado anteriormente. Se concede permiso para evaluacion y tratamiento ya sea si el menor este presente con los padres, otro miembro de la familia, persona no relacionada, o no acompanado. Adicionalmente, Autorizo a Catawba Pediatrics Associates, PA que proporcione informacion necesaria en relacion a servicios rendidos de mi hijo (si mayor de 18, mi mismo) a la compania de seguro. Tambien autorizo a la compania de seguro que pague la cantidad debida por servicios rendidos directamente a Catawba Pediatrics Associates, PA. Entiendo que soy ultimamente responsable por el pago de todos los cargos resultado de servicios proveidos. Tambien entiendo que es mi responsabilidad proveer a Catawba Pediatrics Associates, PA con informacion demografica actualizada incluyendo mi seguro medico.

Firmado: _____ Relacion: _____ Fecha: _____

REGLA DE ABUSO A LOS PACIENTES/PADRES

Para nuestros pacientes:

Catawba Pediatric Associates, PA se complace en aceptar a los pacientes cuyos sus padres solicitan nuestros servicios. No discriminamos en base al sexo, raza, nacionalidad, origen étnico o afiliaciones religiosas. Tenemos el derecho de interrumpir el servicio a los pacientes que no son compatibles con nuestros proveedores o personal.

Consideramos que los siguientes padres son incompatibles con Catawba Pediatric Associates, PA:

1. Pacientes y/o padres no dispuestos a seguir las recomendaciones médicas o el tratamiento.
2. Discurso vulgar o abusivo hacia su hijo/a, doctor, empleados u otros mientras este en nuestra oficina.
3. Higiene deficiente, como ropa o cuerpo excesivamente sucio, y olor corporal ofensivo.
4. Abuso de nuestras instalaciones, equipos o suministros.
5. Pacientes y/o padres no dispuestos a seguir y programar los recomendados chequeos de niños o pacientes con citas repetidamente perdidas.

Sabemos que la mayoría de ustedes no caen en ninguna de estas categorías, pero debemos aconsejar a todos y no específicamente a un paciente o padre.

La corrección de estos comportamientos por otros hará que su visita sea una mejor experiencia para usted y sus hijos.

Si alguno de estos se aplica a usted, por favor tome medidas correctivas antes de su regreso. Continuado el comportamiento incompatible resultara en la **TERMINACION** del futuro cuidado al paciente.

Al firmar abajo, estoy reconociendo que he leído y entiendo la anterior regla.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

REGLA DE CITAS PERDIDAS

Estamos comprometidos a acomodar a nuestros pacientes, dentro de los límites razonables, proporcionando horarios de citas que se adapten a las necesidades y horarios individuales. Nuestros proveedores tratan de programar para ver a tantos pacientes como sea posible cada día para asegurar que cada paciente reciba la mejor atención posible de manera oportuna.

Nuestras citas son limitadas y le pedimos que haga todo lo posible para mantener su cita programada. Entendemos que las citas pueden necesitar ser canceladas o reprogramadas. Si no puede mantener la cita de su hijo/a, le pedimos que llame a nuestra oficina con anticipación para hacernos saber. Esto permitirá que nuestro personal de la oficina programe a un niño que necesita ser visto en el tiempo disponible. Por favor, sea respetuoso con otros pacientes siguiendo estos lineamientos.

Si su hijo pierde una cita, la pérdida se documentará en la cuenta. Dependiendo de las circunstancias individuales, sus citas perdidas pueden ser perdonadas. Si su hijo/a pierde citas durante un año del calendario, su familia podría ser despedida de nuestra práctica.

Lo siguiente es una delínee de nuestra regla:

- **1ª cita perdida: no hay correspondencia**
- **2ª cita perdida: no hay correspondencia**
- **3ª cita perdida: carta de advertencia**
- **4ª cita perdida: despido del paciente de Catawba Pediatrics**

Al firmar abajo, estoy reconociendo que he leído y entiendo la anterior regla.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Regla Financiera

- Por favor, asegúrese de que su información de seguro médico este actualizado en cada visita. Requeriremos una copia de su tarjeta(s) de seguro médico antes de que se realicen los servicios. Archivaremos toda la información de seguros médico de manera oportuna. La información actualizada del seguro médico se debe dar en el momento del servicio. Si no lo hace sé, le obliga a pagar por los servicios que se le realizaron. No nos involucramos en pasivos de terceras partes. No aceptamos una carta de garantía de pago de un abogado.
- Cualquier cuenta que tenga más de 45 días sin pagar puede enviarse a una agencia de cobro independiente y/o a una oficina de crédito. Al firmar, usted reconoce que cualquier gasto incurrido en cobro y/o legal será su responsabilidad. Además, su hijo(s) puede ser despedido de la práctica debido a no pagar la factura médica.
- Copagos: por favor, haga que su copago esté listo cuando llegue a nuestra oficina. Los copagos deben recogerse en el momento en que se dan los servicios. La falta de pago del copago en el momento de la cita resultará en el incumplimiento de su aseguradora y podrá ser reportada al transportista como se designa bajo nuestro contrato de seguro. También se le puede solicitar que re programe su cita.
- Coaseguro: puede haber algunos cargos de coaseguro y/o deducibles asociados con su plan de seguro. El coaseguro o deducible es su responsabilidad y tendrá que ser pagado en el momento del servicio. Esto también incluye los servicios que se prestan que su seguro no cubre (ejemplos incluyen, pero no se limitan a: todos los componentes de un examen de niño sano, después de la hora de carga, lavado de oídos, etc.).
- Pre-certificación: la pre-certificación (referencia) puede ser requerida por su plan de salud antes de las referencias a la oficina especializada, prescripciones no en su formulario de seguro, ciertos procedimientos, o pruebas realizadas. Le ayudaremos en el proceso de referencia poniéndose en contacto con su compañía de seguro médico en su nombre.
- Medicaid: se requiere una copia de la tarjeta de Medicaid del niño(a). Si Catawba Pediatric Associates no es su proveedor de Carolina Access, usted será responsable de corregirlo. Si su Medicaid está inactivo, se le considerará AUTOPAGO y las tarifas se cobrarán al hacer el check-in. Una vez que nos avisen y verificamos que Medicaid ha sido reactivado, usted recibirá un cheque de reembolso.
- Habrá un cargo de servicio de \$35 en todos los cheques devueltos.
- Hay un cargo de \$10 para todos los formularios que no se completan en el momento de cualquier visita de niño bien.
- Hay una tarifa de \$25 para la finalización de los formularios de FMLA.
- Expedientes médicos: por favor permita 10-14 días para el procesamiento de solicitudes de expedientes médicos. Si usted está transfiriendo de Catawba Pediatric Associates, los registros serán enviados sin costo alguno por las primeras 25 páginas, 50 centavos por páginas de 26 a 100, y veinticinco centavos por cada página que exceda las 100 páginas. Cualquier solicitud de expedientes médicos enviados electrónicamente se cobrará un cargo de \$6.50.

Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago en virtud de mi contrato de seguro médico es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mi persona a divulgar a terceros pagadores (incluido Medicaid) la información necesaria para reclamos de beneficios de atención médica. Solicito que se pague el pago de los beneficios de atención médica autorizados en virtud del Título XIX (Medicaid) de la Ley de Seguridad Social y asigno los beneficios pagaderos por los servicios médicos a Catawba Pediatric Associates, PA. Autorizo a Catawba Pediatrics a presentar una reclamación a mi compañía de seguros de salud o a otro tercero pagador, incluido Medicaid, en mi nombre. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos que no están cubiertos por la asignación, y por la presente garantizo el pago oportuno en su totalidad de dichos cargos.

Al firmar abajo, estoy reconociendo que he leído y entiendo la Regla Financiera.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Aviso de aceptación de prácticas de privacidad (NPP)

Se proporciona un **Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)** a todos los pacientes. Este aviso de prácticas de privacidad identifica: 1) cómo se puede usar o divulgar su información médica; 2) sus derechos para acceder a su información médica, modificar su información médica, solicitar restricciones adicionales sobre nuestros usos y divulgaciones de esa información; 3) sus derechos para quejarse si cree que se han violado sus derechos de privacidad; y 4) nuestras responsabilidades para mantener la privacidad de su información médica.

El abajo firmante certifica que él / ella ha leído lo anterior, recibió una copia del Aviso de prácticas de privacidad y es el paciente o el representante personal del paciente.

Al firmar esta autorización, autorizo a Catawba Pediatric Associates, P.A. para usar y / o divulgar cierta información de salud protegida sobre mi hijo a/o para la parte o partes enumeradas a continuación:

Nombre del Paciente

Firma del paciente/padre/tutor

----/----/----

Fecha Firmada

Sólo para uso interno

Nombre de Empleado (Employee)

Firma de Empleado (Employee)