

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE					
<u>Paciente apellido, primer nombre, MI</u>		<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Macho</u> <u>Femenina</u>		<u>La seguridad social.</u>
<u>Dirección calle</u>			<u>Raza</u>	<u>Teléfono de casa</u>	
<u>Ciudad</u>	<u>Estado</u>	<u>Código postal</u>		<u>¿Cómo se enteró de nosotros?</u>	
OTROS HERMANOS EN ESTA OFICINA					
<u>Apellido, nombre</u>		<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Macho</u> <u>Femenina</u>		<u>La seguridad social.</u>
<u>Apellido, nombre</u>		<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Macho</u> <u>Femenina</u>		<u>La seguridad social.</u>
<u>Apellido, nombre</u>		<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Macho</u> <u>Femenina</u>		<u>La seguridad social.</u>
INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR					
<u>Nombre del cuidador principal</u>		<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Seguridad social #</u>	<u>Correo electrónico</u>	
<u>Teléfono celular</u>	<u>Teléfono de trabajo</u>	<u>EXT</u>	<u>Idioma primario</u>		
<u>Otro nombre para cuidadores</u>		<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Seguridad social #</u>	<u>Correo electrónico</u>	
<u>Teléfono celular</u>	<u>Teléfono de trabajo</u>	<u>EXT</u>	<u>Idioma primario</u>		
INFORMACIÓN de contacto de emergencia (diferente de los padres)					
<u>Nombre</u>		<u>Teléfono de casa</u>		<u>Teléfono celular</u>	
<u>Dirección</u>		<u>Ciudad</u>	<u>Estado</u>	<u>Zip</u>	<u>Relación con el paciente</u>
INFORMACIÓN DEL SEGURO					
<u>Nombre seguro</u>		<u>Teléfono seguro</u>		<u>Pagador ID # (si está disponible)</u>	
<u>Nombre del tomador del seguro (Medicaid si escribir uno mismo)</u>		<u>Relación del tomador del seguro al paciente (favor de circular)</u> Padres / auto / otros: ____			<u>¿Programa Healthy Kids?</u> Sí No
<u>ID #/ política.</u>		<u>Grupo #</u>		<u>Dirección de seguro</u>	
Que <i>si</i> alguien aparte de los padres o tutor legal tiene permiso para acceder a los registros médicos de su hijo (PHI) y obtener resultados en pruebas de laboratorios incluyendo a su hijo a todos mis hijos Pediatría sin su presencia y decisiones médicas para su tratamiento.			N / A		<u>Si a las siguientes personas:</u>
<u>Nombre</u>		<u>Relación con el paciente</u>		<u>Número de teléfono</u>	
<u>Nombre</u>		<u>Relación con el paciente</u>		<u>Número de teléfono</u>	
PORTAL INFORMACIÓN					
El portal paciente es el mejor método de comunicación a nuestra oficina. Resultados de laboratorio, los encuentros diarios, registros de vacunación, con recargas y otra información importante pueden consultarse aquí.				<u>Inicial aquí que no quiero:</u>	

Yo certifico que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Libero todos mis hijos Pediatría, sus empleados y médicos de toda responsabilidad por cualquier resultados adversos causados por mi autoridad para tratar, suelte y discutir con el individuo (s) arriba referente al cuidado de mi hijo y registros médicos.

Firma del paciente o Tutor Legal: _____

Fecha: _____

Firma de la persona responsable del proyecto de ley: _____

<u>REFERENCIAS</u>	<u>Inicial</u>
<p>Su proveedor debe revisar y aprobar todas las derivaciones. Usted debe ver la queja antes de la autorización de devolución. Todos mis hijos Pediatría participa con diferentes planes y cada plan tiene reglamentos específicos sobre cómo se emite una remisión. Le pedimos que entienda que en muchos casos esto es un largo proceso, espere un tiempo adecuado para la terminación. Por favor no la cita hasta que se complete su remisión. Más las compañías de seguros no se RETROTRAER una remisión.</p>	_____
<u>TRABAJO DE LABORATORIO</u>	<u>Inicial</u>
<p>Laboratorios puedan acceder inmediatamente a través del portal paciente sin tener que contactar con nuestra oficina. Sólo anormales laboratorios recibirá una llamada de vuelta. Le pedimos que permita suficiente tiempo para recibir sus resultados vía portal paciente; Si usted no ha recibido resultados dentro de una semana después de la prueba fue realizada por favor llámenos y nuestro personal le ayudará. Por favor, marque su preferencia de laboratorio más abajo: Quest Lab Corp Cualquier laboratorio Otra _____</p>	_____
<u>POLÍTICA FINANCIERA</u>	<u>Inicial</u>
<p>Para los pacientes asegurados , si su compañía de seguros requiere un co-pago para su visita o un deducible, será debido al tiempo de servicio. Por favor, tenga en cuenta que usted es responsable de todos los copagos, servicios no cubiertos y cantidades deducibles. La cobertura de su compañía de seguros es un acuerdo entre usted, el paciente y su compañía de seguros, el asegurador. Es su responsabilidad saber sus beneficios de seguro cuando usted está recibiendo servicios. Para los pacientes no asegurados , pago es debido al tiempo de servicio. Todos vencidos cantidades deben pagarse antes de recibir el nuevo servicio de. Para recién nacido madres con Medicaid, por favor solicite un formulario para iniciar el proceso. También directamente puede llamar 866-762-2237 o por correo electrónico a http://www.dcf.state.fl.us/ess/ para activar a su hijo. Vamos a ver a su hijo en la primera visita como cortesía. Futuras visitas le exigirá que actualizaron Medicaid o la visita requerirá el pago. Divorcio/custodia , El padre o tutor legal que trae el niño para servicios médicos será obligados a pagar la factura o cualquier saldo pendiente de pago. No cobramos a terceros independientemente de lo que indican los documentos decreto o custodia. Por favor haga arreglos apropiados antes de la oficina visita.</p>	_____
<u>No hay citas Mostrar/cancelado</u>	<u>Inicial</u>
<p>Todos nombramientos requieren por lo menos un aviso previo de 24 horas o cancelación. Espectáculos ni citas cancelación con menos de 24 horas de aviso estará sujeto a una tasa de nombramiento perdido/cancelación de \$40.00.</p>	_____
<u>Autorización de seguros de vida</u>	<u>Inicial</u>
<p>Por la presente solicito pago de beneficios de seguros autorizado (Medicaid Managed Care, comercial) a hacerse a mí o a mi nombre a todos mis hijos Pediatría por los servicios prestados a mí por todos mis hijos Pediatría. Autorizo a cualquier soporte de información médica sobre mí para liberar cualquier información necesaria para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos a servicios relacionados a la administración de financiamiento de atención de salud y sus agentes. Entiendo mis peticiones de firma que abonar y autoriza la liberación de información médica necesaria para pagar la reclamación. Si el artículo 9 de la HCFA-1500 reclamar formulario es completado, mi firma autoriza liberando de la información a la aseguradora o agencia que se muestra. En Medicaid asignado casos, el médico o el proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga del portador del Medicaid HMO como la carga completa y el paciente es responsable únicamente de la servicios de copago y coseguro. Los deducibles y el coseguro se basan en la determinación de la carga del portador Managed Care. Autorizo el pago de beneficios seguros directamente a todos mis hijos Pediatría por servicios prestados y la liberación de cualquier información médica necesaria para el proceso de reclamos. Yo soy responsable por todos los copagos, los servicios no cubiertos y por montos de deducible.</p>	_____
<u>Recargas receta requieren un aviso de 24</u>	<u>Inicial</u>
<p>Solicitar prescripción recargas deberían llamarse entre 10:00 y 15:00, del lunes al viernes. Recargas también pueden solicitarse vía portal paciente. Llamadas y portales solicitudes recibidas después de 16:00 se dirigirá al día siguiente. Su proveedor debe revisar y aprobar todas las solicitudes de prescripción. Por lo tanto, no serán saciados después de horas de oficina o los fines de semana. Por favor no llame a la línea después de la hora con medicación recargas. Los proveedores están de guardia para la Urgente atención sólo.</p>	_____

Firma del paciente/tutor

Fecha



Autorización para liberar o utilizar la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica

Autorizo la liberación o el uso de mi información de salud identificable individualmente (información de salud protegida o PHI) e información médica récord por **Todos mis hijos Pediatría** para realizar tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted debe revisar aviso de prácticas de la práctica de privacidad para una descripción más completa de la liberación potencial y el uso de dicha información, y usted tiene el derecho de revisar dicha notificación antes de firmar este formulario de consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de su aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Si hacemos cambios a los términos de su aviso de prácticas de privacidad, puede obtener una copia del aviso revisado por escrito nuestra práctica o solicitando una copia de nuestro personal de recepción.

Conserve el derecho de solicitar que restrinjamos aún más cómo su información médica protegida es liberada o utilizada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Nuestra práctica no está obligada a aceptar estas restricciones solicitadas; Sin embargo, si estamos de acuerdo a su requerimiento restricciones, tales restricciones son vinculantes entonces en la práctica.

Estoy de acuerdo que la práctica también puede revelar los siguientes tipos de información contenida en mi expediente médico:	<u>Iniciales</u>
Información sobre VIH/SIDA	
Información de la salud mental	
Información de abuso de sustancias	
Información de la enfermedad de transmisión sexual	
Si el paciente es menor de dieciocho 18, información de embarazo	
No estoy de acuerdo a cualquiera de los tipos anteriores de información siendo divulgada por la práctica	

Estoy de acuerdo y consentimiento a todos mis hijos Pediatría liberando información me de las siguientes maneras:	<u>Iniciales</u>
Por correo electrónico	
Vía telefónica	
Vía Fax a mi número de fax designado que es: _____	

En todo momento, conserve el derecho de revocar este consentimiento. Dicha revocación debe presentarse a la práctica en la escritura. La revocación será efectiva excepto en la medida en que la práctica ya ha tomado acción basada en el consentimiento.

La práctica puede negarse a tratarte si usted (o un representante autorizado) no firme este formulario de consentimiento. Si usted (o representante autorizado) firma este consentimiento y luego lo revoca, la práctica tiene el derecho de negarse a proporcionar tratamiento a usted al momento de la revocación (excepto en la medida en que la práctica está obligada por ley a tratar a las personas).

He leído y entiendo la información contenida en este consentimiento. Al firmar este formulario de consentimiento, usted consiente a nuestro uso y liberación de PHI sobre usted o su niño para las operaciones de pago, tratamiento y cuidado de la salud como se describe en nuestro aviso. He recibido una copia de este consentimiento y el paciente o el partido autorizado para actuar en el nombre del paciente a firmar este documento verificar el consentimiento a los términos anteriores.

Firma del paciente/tutor
padres se negaron a firmar _____

Fecha

Gracias por elegir todos mis hijos Pediatría de atención primaria de su hijo necesita.

El personal inicial: _____ fecha: _____