

Registración de Paciente

Información para el paciente: enumere al paciente y a todos los niños de 17 años o menos que viven en el hogar.

| | | | | | | |
|----------|---------------|----|---------------------------------|-------|------------|---------------------|
| Apellido | Primer Nombre | MI | Fecha de Nacimiento ___/___/___ | M / F | Raza _____ | Origen étnico _____ |
| Apellido | Primer Nombre | MI | Fecha de Nacimiento ___/___/___ | M / F | Raza _____ | Origen étnico _____ |
| Apellido | Primer Nombre | MI | Fecha de Nacimiento ___/___/___ | M / F | Raza _____ | Origen étnico _____ |
| Apellido | Primer Nombre | MI | Fecha de Nacimiento ___/___/___ | M / F | Raza _____ | Origen étnico _____ |
| Apellido | Primer Nombre | MI | Fecha de Nacimiento ___/___/___ | M / F | Raza _____ | Origen étnico _____ |

Farmacia de preferida: _____
¿Primer idioma en casa? _____

Información Completa de los Padres:

★ **Madre:** Nombre: _____

Relación biológica al paciente: _____ ¿Vive con el paciente? Si o No

 Número de seguro social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

 Teléfono celular: _____

 Correo Electrónico: _____ Primer idioma de Madre: _____ Dirección (si es diferente del anterior): _____ Apt #: _____

 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

 Empleador: _____

 Profesión: _____ Teléfono de trabajo: _____

★ **Padre:** Nombre: _____

Relación biológica al paciente: _____ ¿Vive con el paciente? Si o No

 Número de seguro social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

 Teléfono celular: _____

 Correo Electrónico: _____ Primer idioma de Padre: _____

 Dirección (si es diferente del anterior): _____ Apt #: _____

 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

 Empleador: _____

 Profesión: _____ Teléfono de trabajo: _____

Madre/Padre esta: Soltero Casado Separado Divorciado

Si los padres son divorciados o separados llene esta sección:

¿Hay un acuerdo legal? Si No **Si hay acuerdo, el papeleo legal debe entregarse a la oficina.**

¿Quién tiene custodia? _____

¿Hay restricciones legales que no permite que el padre sin custodia pueda dar permiso para tratamiento médico o obtener información sobre el paciente? __ Si __ No

Si dijo si, por favor explique

★ ¿Cuál padre se debe contactar primero? Madre o Padre

★ Quien es responsable de recibir las cobras del paciente: Madre o Padre

★ { Nombre _____
 Relación al paciente _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____

★ ¿Cómo prefiere recibir el estado de cuenta? Dirección de Casa / E-mail

★ **Contactos de Emergencia, otras personas aparte de los padres:**

¿Tienen permiso para traer a los niños?

| Nombre y Relación | | | Si | No |
|-------------------|-----------------|-------------|----|----|
| 1: _____ | Relación: _____ | tel#: _____ | | |
| 2: _____ | Relación: _____ | tel#: _____ | | |
| 3: _____ | Relación: _____ | tel#: _____ | | |

Información de seguro:

Seguro Primario: _____
 Persona responsable de la póliza: _____
 Fecha de nacimiento del responsable: _____ Seguro social: _____
 Número de Identificación _____ Numero de grupo _____

Restricción de Privacidad (Elige Uno):

★ { Sin restricciones. Está bien dejar mensaje.
 Restricciones – Persona a persona con paciente o guardián.
 Restricciones: _____

★ _____
Firma del padre o guardián

Fecha

Notificación de Prácticas de Privacidad (HIPAA)

Este resumen no sustituye al aviso completo de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede ser utilizada para:

- La conducta, el plan y el seguimiento entre los diferentes profesionales de la salud que participan en los tratamientos directa e indirectamente.
- Obtener pagos de terceros pagadores
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificación médica.

Entiendo que la política completa de Notificación de Prácticas de Privacidad se puede ver en nuestro sitio web ya petición suya, nuestro personal estará encantado de proporcionarle una copia. También entiendo que Premier Pediatrics of Manassas puede enmendar el Aviso de vez en cuando. Todas las enmiendas se aplican retroactivamente.

★ _____
Firma del padre o guardián

Fecha

**** Si alguna sección está incompleta, este formulario puede ser inválido ****

Póliza Financiera

Premier Pediatrics of Manassas sigue las directrices estatales y federales en la facturación de los servicios prestados a nuestros pacientes. Esto requiere que obtengamos información específica para cada paciente en la familia. Entendemos que la recopilación de esta información puede parecer abrumadora, sin embargo, es necesario para proporcionarle un servicio más eficiente.

Por favor, lea cuidadosamente la siguiente información. Si tiene alguna pregunta, nuestro personal estará encantado de contestarlas. Si necesita ayuda para solucionar un problema de facturación, comuníquese con el Departamento de facturación entre las 9:00 am a las 4:00 pm de Lunes a Viernes, 703-330-9222.

1. Se requiere una identificación de gobierno válida en el momento del servicio de la persona que autoriza los servicios de atención médica para el niño. Si este derecho se concede a un cuidador que no es el tutor legal del niño, debemos tener una autorización por escrito del tutor legal.
2. Si existe un acuerdo financiero entre los padres sobre la responsabilidad financiera de la atención médica de sus hijos, este arreglo es entre los dos tutores y no absuelve al padre que trae al niño para servicios de su obligación financiera a nuestra práctica.
3. El padre / guardián debe proporcionar información demográfica y de seguro correcta antes del tratamiento del paciente. Si está cubierto por un seguro de salud, estaremos encantados de cobrar su seguro. Proporcione su información de seguro al personal y verificamos su cobertura y beneficios como una cortesía. Aceptar su seguro no es una garantía de beneficios o de pago. Usted será responsable de cualquier balance no pagado por su plan.
4. Es responsabilidad del padre / guardián saber qué beneficios no están cubiertos por el programa de seguro en el cual participan, ya que el personal no tiene acceso a esta información. Además, el padre / guardián es completamente responsable de todas las tarifas que se deniegan como servicios no cubiertos, deducibles, coaseguro y copagos. Si el padre o tutor tiene preguntas sobre su cobertura, debe comunicarse directamente con el departamento de recursos humanos de su empleador, su agente de seguros o su compañía de seguros.
5. Es la responsabilidad del padre / guardián para abrir y leer la explicación de los beneficios enviados a ellos de su seguro. Si creen que ha habido un error en el procesamiento de su reclamo, tienen que llamar a la compañía de seguros directamente. El departamento de facturación Premier Pediatrics of Manassas estará encantado de ayudarlo a resolver el reclamo.
6. Creemos que el examen físico anual de rutina con trabajo de laboratorio de detección es muy importante para mantener una buena salud. Sin embargo, los beneficios de los seguros pueden variar. Algunas compañías de seguros cubren el "bienestar" y otras cubren las visitas cuando usted tiene una queja. Es posible que se le cobre una visita por enfermedad si el proveedor pasó mucho tiempo discutiendo la queja durante la visita de bienestar. Infórmese sobre sus beneficios antes de su cita para que sepa qué cubre su plan de seguro.
7. Con base en los contratos Premier Pediatrics of Manassas con varias compañías de seguros, debemos facturar por los servicios prestados dentro de un tiempo (definido por los contratos individuales). Si se descubre que la información correcta no fue proporcionada por el padre para los servicios prestados y no cumplimos con el plazo de presentación oportuno, el paciente será responsable de la cantidad total adeudada.
8. Para los recién nacidos con Medicaid pendiente (visitas por enfermedad o pichicos) la tarifa es de \$ 50 depósito que se reembolsará después de que se reciba el pago del seguro. No hemos recibido información de Medicaid a los 4 meses de edad se espera que pague las visitas en su totalidad. Los niños mayores con Medicaid en espera de cualquier visita física o por enfermedad deben recibir el pago completo al momento del servicio.
9. Si no está asegurado, el padre / guardián es completamente responsable de todos los honorarios.
10. El pago debe realizarse en el momento en que se presten los servicios. Si usted no paga su copago tiene que pagar una penalidad de \$15.00. Después de la explicación de los beneficios de la compañía de seguros se recibe, cualquier saldo que se determina que la responsabilidad del paciente se debe dentro de los treinta (30) días. Si no se realizan pagos puntuales, todos y cada uno de los saldos pendientes de más de 30 días se cargarán a la tarjeta de crédito registrada. El cuidado de los niños sanos será diferido hasta que todos los saldos se paguen por completo.
11. Hay un cargo de \$50 por todos los cheques devueltos. Escribir un "cheque malo" es punible bajo la ley. Si la cuenta no se resuelve completamente dentro de los 7 días de la notificación de su banco de que los fondos no estaban disponibles, nos reservamos el derecho de cancelar todos y cada uno de los servicios proporcionados a su familia.
12. Cargos para las formas presentadas en los chequeos físicos o de deportes tendrá un cargo mínimo de \$15. Para las formas FMLA habrá un cargo de \$25.
13. Si un paciente llega 15 minutos o más después de su hora de cita, su cita puede ser reprogramada con el fin de mantener a los otros pacientes y los médicos a tiempo.
14. Falta de cita / Política de cancelación tardía – Entendemos que hay ocasiones en que debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones para el trabajo o la familia. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, puede estar evitando que otro paciente obtenga el tratamiento que tanto necesita. Las cancelaciones se solicitan 24 horas antes de las citas de cuidado y 2 horas antes para las visitas del mismo día enfermo. Premier Pediatrics of Manassas, cobra una cuota de \$50 por citas que se pierden o bien visitas el mismo día cancelado. Esta cuota no está cubierta por su compañía de seguros.
15. Si su familia pierde citas y no cancela, nos reservamos el derecho de pararle servicios a su familia.
16. Las citas que tienen lugar en un sábado o un día de fiesta federal le harán un cargo adicional de \$50, que se factura a su compañía de seguros.
17. Cuando nuestra oficina está cerrada o está fuera del horario normal de oficina, hay un cargo de \$25 por las llamadas realizadas a nuestro servicio de llamadas después de horas de servicio. Esta cuota no está cubierta por su compañía de seguros, animamos a los padres a que llamen a la oficina durante horas regulares, sin costo alguno, por consejo de naturaleza no urgente, cuando nuestras enfermeras tengan acceso directo al historial médico de su hijo.

Entiendo firmando a continuación que he leído, entiendo y acepto la política mencionada anteriormente.

Nombre del Paciente Completo (Legal)

Fecha de Nacimiento

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____

Firma _____

Fecha _____

Escribe tu Nombre _____

Relación _____