

Información de Registro
Medicina Pediátrica y Adolescente de Wakefield

Fecha: _____ (Por Favor escriba de forma legible)

Nombre de paciente: _____ Edad: _____
Apellido Nombre de pila Nombre central

M/F Género: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de seguridad social: _____ Nacionalidad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) - _____ Correo Electrónico: _____ Notificación de la cita: Text
Telefono Email

¿Quién es responsable de la cuenta? _____ Relación: _____

Dirreccion _____

Telefono de Casa _____ Telefono Celular _____ Telefono de Trabajo _____

¿Tiene Seguro Medico? No Sí

Nombre de Asegurador Primario: _____ Nombre de tenedor de Poliza: _____

ID de Subscriber: _____ # de Grupo: _____

Nombre de Asegurador Secundario (si alguno): SI__ NO__ Si: Nombre de seguro secundario: _____

ID # de Subscriber: _____ # de Grupo: _____. Favor proveer copia de tarjetas

Información de Padre	Información de Madre
Nombre: _____ <small>Apellido Nombre de pila Nombre central</small>	Nombre: _____ <small>Apellido Nombre de pila Nombre central</small>
Fecha de Nacimiento: _____ #de seguro social: _____	Fecha de Nacimiento: _____ #de seguro social: _____
Ocupación: _____ Teléfono de trabajo: _____	Ocupación: _____ Teléfono de trabajo: _____
Nombre del Patrón: _____	Nombre del Patrón: _____
Educación: _____	Educación: _____
Estado de Salud: _____	Estado de Salud: _____

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Padre solo: No Sí

Nombre de guardián: _____ # de seguro social: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Hermanos: Nombre: Genero: M/F Fecha de nacimiento #de SS

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

¿Quién le remitió usted? _____

Contacto de emergencia _____ Relación: _____ #: (____)-_____

Telefono de Casa: (____) _____ Telefono Celular: (____) _____ Telefono de Trabajo: (____) _____

Requerimos que cargos para visitas incluyendo balances previos, pagos por citas perdidas, co pagos tienen que ser pagados en la hora de servicio.

Reconocimiento de Poliza Financiera: Yo, reconozco que eh repasado La poliza financiera la oficina de Wakefield Pediatric and Adolescent Medicine, P.A. Entiendo y estoy de acuerdo que estos términos pueden ser cambiados por la practica de vez en cuando.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: (Escribe con letra de imprenta): _____

Historia de Nacimiento:

¿Cuándo fue nacido el bebe? : A tiempo Temprano Tarde Indica edad de gestación _____ APGARS:

¿Quién asistió al parto del bebe?: Comadrona Doctor Otros: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Tipo de Parto: Parto Vaginal C-sección Otro: _____

¿Había alguna complicación con el embarazo? : No Sí _____

¿Había alguna complicación con el parto? No Sí _____

¿En el nacimiento, cual era de su bebe? Peso: _____ Longitud: _____ Circunferencia de la cabeza: _____

¿Qué tipo de alimentación? Amamantamiento Formula Variado

Historia de Familia:

¿Ha tenido alguien en la familia de su niño ___?

Por favor indica Sí (S) o No (N) debajo:

S / N	Enfermedad	Relación	S / N	Enfermedad	Relación	S / N	Enfermedad	Relación
	Asma			Enfermedad Mental			Fibrosis de Quística	
	Desorden Alérgico (fiebre del heno, Eczema)			Ataques al corazón antes de los 60 años			Problemas de tiroides	
	Alta Presión			Problemas de Riñón			Anemia falciforme	
	Diabetes			Cáncer			Migrañas	
	Convulsiones			Derrames cerebrales			Tuberculosis	

No Sí Otras Enfermedades: _____ Relación: _____

Historia Médica / Quirúrgica Pasada

¿Alergias a Medicina? No Sí _____

¿Tiene su niño alguna condición corriente medicina? No Sí _____

¿Alguna mediación? No Sí _____

¿Ha Tenido su niño algún procedimientos quirúrgicos o de hospitalizaciones? No Sí Si Sí, por favor hace una lista de

fechas/instalaciones: _____

Historia Social:

¿Algún fumador? S/N ¿Quién? _____ ¿Drogas? S/N ¿Quién? _____

¿Uso de alcohol? S/N Bebida social: _____ Dependencia _____ Rehabilitación _____

Historia de Viajes:

¿Algunos viajes recientes fuera de los EEUU? S/N ¿Dónde?: _____ ¿Desde cuándo? _____

¿Algún animal domestico? _____

Educación:

¿Problemas escolares? No Sí ¿Promovido? No Sí

Nombre de Escuela: _____ Nivel de Grado: _____

Completado por: _____ Relación a paciente; _____ Fecha: _____

Examinado por: _____ Actualizado: _____

Wakefield Pediatric and Adolescent Medicine, P.A.

ACUERDO FINANCIERO

Estamos comprometidos a proporcionar la mejor atención médica posible. Su firma al final de este documento indicará que ha leído, entendido y está de acuerdo con las políticas descritas a continuación.

- Por favor, presente su tarjeta de seguro de salud actual y una identificación válida en cada visita al consultorio.
- Si usted no tiene seguro, usted va a ser responsable de el pago y deberá hacerlo al final de la visita médica
- Los recién nacidos deben ser agregados a su plan de seguro antes del día de la cita
- Co- pagos, co- seguro y deducibles deben ser pagados en el momento del servicio
- Como una cortesía de nuestra oficina, nosotros le cobraremos al seguro pero antes de que usted venga a la consulta debe verificar su seguro para ver si su plan va a cubrir nuestros servicios por que si no usted va a ser el responsable de la cuenta. Archivaremos demandas de seguro en su favor a los portadores que usted nos proporcionó en su forma paciente de la información. Sin embargo, algunos portadores de seguro no reembolsan para los ciertos procedimientos y/o diagnóstico. En el acontecimiento se archiva una demanda y negado para las cargas no cubiertas, usted es en última instancia responsable de todas las cargas negadas.
- Usted va a ser responsable por el total de los pagos aunque cualquier compañía de seguros, arbitrariamente, tome la decisión de modificar nuestros cargos por servicio, a menos que tengamos un acuerdo, por escrito, pre-establecido
- Si el seguro médico no paga nuestros servicios o no paga dentro de los siguientes 60 días después de la consulta el balance total va a ser responsabilidad del garante del Niño.
- Cargas por pagos atrasados del 12% van a ser aplicados a todos los balances del paciente que tengan 90 o más días de atraso.
- Usted tendrá que reprogramar su cita si el co-pago no se paga al momento del check-in.
- Pagos con cheque de más de \$25.00 serán procesados electrónicamente y se debitará de su cuenta bancaria de inmediato.
- El Cargo por cheque devuelto por (NSF) insuficiencia de fondos será de \$25.00. Usted debe pagar por el cheque sin fondos y el pago NSF dentro de 10 días del visto.
- Si una cuenta permanece sin pagar después de 90 días, nos reservamos el derecho a retirar la cuenta a una agencia de colección exterior. Si su cuenta es enviada a una agencia de cobranza se le puede pedir que busque otro proveedor.
- Wakefield Pediatric también se reserva el derecho de reprogramar o negar futuras citas para cuentas morosas.
- PACIENTES DE PADRES DIVORCIADOS: En el caso de que los padres estén divorciados o separados, el padre/ tutor legal que traiga, al menor a la consulta acepta la responsabilidad del pago. La oficina no se compromete a enviar el cobro de las cuentas a el otro padre por problemas de pago o comunicación. Nosotros le comunicaremos acerca del tratamiento y pago con el padre que venga con el niño ese día los padres son responsables entre ellos mismos de comunicarse entre ellos del tratamiento y pago.
- Nosotros requerimos de 24 hrs de anticipación para cancelar o reprogramar una cita. Si falla en darnos el aviso de cancelación o reprogramación puede resultar en un cargo de \$20.00 por perder su cita. Su familia puede ser dada de baja de la práctica si su hijo pierde 3 citas.
- Cargo por formas: Completar formas, cartas, o escribimos comunicaciones requiere de tiempo por parte del Doctor y el personal y toma tiempo del cuidado del paciente por parte del Doctor. Este cargo está determinado por la complejidad de la forma, carta o comunicación. Las formas básicas tendrán un cargo de \$10.00 y demorará 5 días hábiles para completarla. Si necesita la forma la necesita en menos de 5 días, habrá un cargo adicional de \$5.00.
- Cargos por Records Médicos: El cargo por copiar los records médicos será de \$10.00 por las primeras 20 páginas y \$0.25 centavos por página adicional. Es requerido pagar previamente. Por favor permítanos 7 días hábiles para procesar sus records, estos siete días van a comenzar después de haber recibido el pago y firmado la forma autorizándonos a copiar sus records médicos.
- Yo he leído y entendido la política financiera de esta práctica y estoy de acuerdo en acatar estos términos.
- Yo también entiendo y estoy de acuerdo que estos términos pueden ser modificados por la práctica de tiempo en tiempo

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros de pagar a Wakefield Pediatric & Adolescent Medicine, P.A. directamente. Yo por la presente consiento y autorizo la realización de todos los exámenes, tratamientos y servicios médicos por Wakefield Pediatría y su personal, que pueda considerarse conveniente. Mi firma en este documento indica que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las políticas descritas en este documento.

Wakefield Pediatric and Adolescent Medicine, P.A.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Imprima su nombre: _____ Relación con el paciente: _____

****El firma y fecha por favor cada artículo debajo de ****

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN:

- He leído y entiendo el aviso de Wakefield Pediatric & Adolescent Medicine, P.A. de las prácticas de privacidad para la protección de la información de la salud. Yo autorizo el compartir la información para el tratamiento médico y la consulta así como el compartir la información con la compañía de seguros de mi niño para la facturación y proceso de reclamos.

Reconozco que me proporcionaron el aviso de las prácticas de privacidad Wakefield Pediatric & Adolescent Medicine, P.A.

Firmado: _____ Fecha: _____

- Yo doy permiso por este medio que los beneficios del seguro de mi niño paguen directamente al proveedor de salud . Yo autorizo por este medio a mis portadores de seguro incluyendo Medicaid (asignado cargas), a que le pagen directamente a Wakefield Pediatric & Adolescent Medicine, P.A. cualquier beneficio bajo la póliza de seguros de mi niño . Yo estoy de acuerdo a pagar el balance de los costos no pagados bajo este plan, incluyendo deducibles y co-pagos.

Firmado: _____ Fecha: _____

- Yo he leído y entiendo la póliza financiera de Wakefield Pediatric & Adolescent Medicine, P.A.

Firmado: _____ Fecha: _____

- Yo autorizo a WAKEFIELD PEDIATRIC & ADOLESCENT MEDICINE, P.A. a obtener acceso al historial de los medicamentos de mi niño

Firmado: _____ Fecha: _____

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Número del paciente/ Record Medico: _____

Firma del personal: _____

Fecha: _____

PATIENT CENTERED MEDICAL HOME (PCMH)

PATIENT/PROVIDER AGREEMENT
ACUERDO DE PACIENTE/PROVEEDOR

Good communication between patients and physicians is the key to better outcomes. Our staff and I are committed to providing you the highest quality medical care. This can best be accomplished by a clear understanding about our responsibilities to you, and your rights and responsibilities as a patient in our practice.

La buena comunicación entre los pacientes y los médicos es la clave para obtener mejores resultados. Nuestro personal y yo nos comprometemos a brindarle atención médica de la más alta calidad. Esto se puede lograr mejor mediante una comprensión clara de nuestras responsabilidades para con usted, y sus derechos y responsabilidades como paciente en nuestra práctica.

Our Responsibilities to You:

Nuestras Responsabilidades Hacia Usted:

- **Respect you as an individual- we will not make judgments based on race, ethnicity, national origin, religion, gender, age, mental or physical disability, sexual orientation, or genetic information.**
Respetarte como un individuo- No emitiremos juicios basados en raza, etnia, origen nacional, religión, género, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual o información genética.
- **Respect your privacy- your medical information will not be shared with anyone else unless you give permission or as required by law**
Respetar su privacidad- su información médica no será compartida con nadie más a menos que usted lo autorice o lo exija la ley
- **Provide the best possible treatment and advice based on current medical evidence**
Brindar el mejor tratamiento y asesoramiento posible en base a la evidencia médica actual
- **Manage your health status- including well child/person preventive care as well as treatment for acute and chronic diseases and self-management support**
Administrar su estado de salud- incluido el cuidado preventivo para niños y personas sanas, así como el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas y el apoyo de autocontrol
- **Provide you timely access to care in our practice, as well as facilitate timely access to specialists, diagnostic services, behavioral healthcare, and other services if needed**
Proporcionarle acceso oportuno a la atención en nuestra práctica, así como facilitar el acceso oportuno a especialistas, servicios de diagnóstico, atención de la salud del comportamiento y otros servicios si es necesario
- **Provide culturally and linguistically appropriate services- we offer bilingual services and printed materials to meet the language needs of our population**
Proporcionar servicios cultural y lingüísticamente apropiados- ofrecemos servicios bilingües y materiales impresos para satisfacer las necesidades lingüísticas de nuestra población.

What we ask of you:

Lo que pedimos de usted:

- **Ask questions, share your feelings and be part of your care**
Haga preguntas, comparta sus sentimientos y sea parte de su cuidado
- **Be honest about the history, symptoms and other important information about you/your child's health**
Sea honesto acerca de la historia, los síntomas y otra información importante sobre la salud de usted/su hijo
- **Tell the practitioner about any changes in the health and well-being of you/your child**
Informe al profesional sobre cualquier cambio en la salud y el bienestar de usted/su hijo
- **Give your child's/take your medications as ordered and follow your practitioner's advice; if you are unwilling or unable to do so, be honest with the practitioner**
Dele a su hijo o tome sus medicamentos según lo ordenado y siga los consejos de su médico; si no está dispuesto o no puede hacerlo, sea honesto con el médico
- **Make healthy decisions about you/your child's daily habits and lifestyle**
Tome decisiones saludables sobre los hábitos diarios y el estilo de vida de usted / su hijo

- **Prepare for and keep scheduled visits or reschedule visits in advance whenever possible**
Prepárese y mantenga las visitas programadas o re programe las visitas con anticipación siempre que sea posible
- **Call your doctor first with all problems, unless there is a medical emergency**
Llame a su médico primero con todos los problemas, a menos que haya una emergencia médica
- **End every visit with a clear understanding of the practitioner's expectations, treatment goals, and future plans**
Termine cada visita con una comprensión clara de las expectativas del médico, los objetivos del tratamiento y los planes futuros

PLEASE NOTE: Our office is open Monday 8am to 5pm, Tuesday to Thursday 9am to 5pm, and Friday 9am to 12nn.

POR FAVOR NOTE: Nuestra oficina está abierta Lunes 8am a 5pm, Martes a Jueves 9am a 5pm, y Viernes 9am a las 12 del mediodía.

When the office is closed, please contact us by calling (919)570-7010; we have an answering machine that will inform the physician on call to address medical issues, which cannot wait until regular office hours.

Cuando la oficina esté cerrada, por favor contactenos al (919)570-7010; contamos con un contestador automático que informará al médico de guardia para atender los problemas médicos que no pueden esperar hasta el horario habitual de oficina.

It is important that you keep all scheduled appointments and notify us sufficiently in advance if you need to cancel or reschedule appointments.

Es importante que cumpla con todas las citas programadas y nos notifique con suficiente antelación si necesita cancelar o reprogramar citas.

Urgent or Emergent Care: Please attempt to call the office first before going to an after-hours urgent care facility or to an emergency room unless you believe you have a serious problem requiring immediate medical attention.

Atención Urgente o de Emergencia: Por favor intente llamar a la oficina antes de acudir a un centro de atención urgente fuera del horario de atención o a una sala de emergencias, a menos que considere que tiene un problema grave que requiere atención médica inmediata.

Transferring Records: Please have all records transferred to our office by fax (919)570-7020 or mail to Wakefield Pediatrics 11081 Forest Pines Dr Suite 122 Raleigh NC 27614 Attention to: Medical Records.

Transferencia de registros: Haga que todos los registros se transfieran a nuestra oficina por fax (919) 570-7020 o por correo a Wakefield Pediatrics 11081 Forest Pines Dr Suite 122 Raleigh NC 27614 Atención a: Registros Médicos.

By signing below, you indicate that you have read this document, and that it is your wish to join our medical home and to do your best to abide by the statements listed above. This is not a legally binding contract, but it is intended to provide a framework upon which we can build a relationship that will allow you to maximize your health status in a comfortable and welcoming environment.

Al firmar a continuación, usted indica que ha leído este documento y que desea unirse a nuestro hogar médico y hacer todo lo posible para cumplir con las declaraciones mencionadas anteriormente. Este no es un contrato legalmente vinculante, pero tiene la intención de proporcionar un marco sobre el cual podamos construir una relación que le permita maximizar su estado de salud en un ambiente cómodo y acogedor.

Patient Name/Nombre del Paciente

DOB/Fecha de Nacimiento

Parent or Guardian Signature/Firma del Padre
o Tutor

Physician or Representative Signature/Firma del Doctor o Representante

Date/Fecha

Acuerdo de Usuario para el Portal del Paciente

Nos complace ofrecer un portal para pacientes en colaboración con nuestro proveedor de registros médicos electrónicos, AthenaHealth, para uso exclusivo de nuestros pacientes establecidos. El portal del paciente está diseñado para mejorar la comunicación entre el doctor y el paciente. Todos los usuarios deben ser pacientes ya establecidos. Nos esforzamos por mantener toda la información de su historia médica completa y correcta.. Si identifica alguna discrepancia en su historia médico notifíquenos inmediatamente. Además, al utilizar el portal del paciente, el usuario acepta proporcionar información objetiva y correcta.

El Portal del Paciente proporciona acceso a los siguientes servicios:

- Solicitar citas
- Solicitar rellenos de recetas
- Ver su historial médico
- Ver y pagar sus facturas en línea
- Enviar mensajes al personal clínico

El portal del paciente no está destinado a proporcionar servicios médicos de diagnóstico basados en el Internet. Las siguientes limitaciones también se aplican:

- No hay solicitudes de tratamiento y diagnóstico basadas en el Internet. El diagnóstico y el tratamiento solo se puede dar después de que el médico VEA al paciente.
- No hay una comunicación rápida o de emergencia. Cualquier situación rápida o de emergencia debe manejarse llamando a la oficina directamente, yendo a una clínica de atención de urgencias o sala de emergencias, o llamando al 911 si la emergencia es potencialmente mortal.
- No se aceptarán solicitudes de medicamentos narcóticos / controlados.
- No se aceptarán solicitudes de nuevas recetas o rellenos para condiciones para las cuales no está siendo tratado por nuestra clínica.
- Puede tomar de 24 a 48 horas para recibir una respuesta a una solicitud por correo electrónico. Si no recibe una respuesta dentro de las 48 horas, debe comunicarse con la oficina al (919)570-7010.
- Si pierde su nombre de usuario o contraseña, puede solicitar uno nuevo a través del portal web o en persona en la oficina proporcionando una identificación válida.
- Siempre recuerde cerrar su sesión y cerrar su navegador cuando haya terminado de acceder a los servicios del Portal del Paciente protegidos por contraseña. **Nunca debe utilizar una computadora pública para acceder al portal del paciente.**
- No permita que nadie más tenga acceso a su nombre de usuario y contraseña.
- Infórmenos de cualquier cambio en su contacto principal o correo electrónico.
- Siempre haga un seguimiento de su consulta en persona o por teléfono si no le respondemos a su consulta en el portal dentro de un tiempo razonable.

El portal del paciente se proporciona como cortesía a nuestros pacientes. Sin embargo, si persiste el uso abusivo o negligente del Portal del paciente, nos reservamos el derecho, a nuestro criterio, de cancelar la oferta del Portal del paciente, suspender el acceso del usuario y modificar los servicios disponibles a través del Portal del paciente.

Reconocimiento y Acuerdo del Paciente:

Reconozco que he leído y entiendo completamente el contenido de este formulario. Se me han otorgado riesgos y beneficios del Portal del paciente y acepto que entiendo los riesgos asociados con la comunicación en línea entre mi médico y yo, y consiento las condiciones descritas en este documento.

Reconozco que el uso del Portal del paciente es completamente voluntario y no afectará la calidad de la atención que recibo en caso de que decida no usarlo. Además, estoy de acuerdo en adherirme a las normas establecidas en este documento, así como a cualquier otra instrucción o guía que mi médico pueda establecer para las comunicaciones en línea.

Firma del Paciente

Fecha

Wakefield Pediatric & Adolescent Medicine, P.A.

CONSENTIMIENTO GENERAL AL TRATAMIENTO

Nombre de Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Yo _____, soy el padre o guardián legal debidamente autorizado para dar consentimiento en nombre del paciente mencionado anteriormente. Entiendo que al firmar a continuación, proporcionó un consentimiento general para que el paciente mencionado reciba servicios de atención médica de Wakefield Pediatric & Adolescent Medicine, P.A. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento general en cualquier momento. El consentimiento permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que sea revocado.

Además reconozco que Wakefield Pediatric & Adolescent Medicine, P.A. puede solicitar que revise y ejecute documentos de consentimiento informado adicionales antes de que el paciente antes mencionado reciba cierto tratamiento o se someta a ciertos procedimientos. Antes de firmar un documento de consentimiento informado adicional, Wakefield Pediatric & Adolescent Medicine, P.A. me proporcionará toda la información que sea importante para decidir si dar o no el consentimiento al procedimiento o tratamiento recomendado para el paciente. Dicha información incluirá, pero no se limite a: 1) la naturaleza del tratamiento recomendado; 2) los riesgos, las complicaciones y los beneficios esperados del tratamiento recomendado, que incluyen, entre otros, la probabilidad de éxito; y 3) cualquier alternativa al tratamiento recomendado, y los riesgos y beneficios de dicha alternativa.

He leído lo anterior y, por lo general, doy permiso al paciente antes mencionado que recibe servicios de atención médica de Wakefield Pediatric & Adolescent Medicine, P.A.

Padre/Guardian

Fecha

Nombre Escrito

Fecha