



PEDIATRICS

Primary Physician:

Account#:

DOCUMENTO DE REGISTRO

(Por favor complete en su totalidad, use solo tinta negro)

INFORMACION DEL PACIENTE

| | | |
|---|----------------------|--------------------------|
| Nombre del Paciente: | Fecha de Nacimiento: | Sexo: |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Raza: (elija uno) <input type="checkbox"/> Nativo Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano or Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No Desea Contestar | | Lenguaje de Preferencia: |
| Etnicidad: (elija uno) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Desea Contestar | | |
| Nombre Farmacia Preferida: _____ Localización: _____ Teléfono #: _____ | | |

CONFIRMACION DE CITAS

Prefiero que me llamen por teléfono despues de las 5pm a: _____

Prefiero que me envíen un mensaje de texto a: _____

Para activar los mensajes de texto: escriba "ISLAND" al "622622" y notifique a la recepcionista He activado los mensajes de texto

INFORMACION DE PADRES O GUARDIANES

| Madre o Guardian Legal | Padre o Guardian Legal |
|---|---|
| Nombre: _____ | Nombre: _____ |
| Fecha de Nacimiento: _____ | Fecha de Nacimiento: _____ |
| Seguro Social#: _____ | Seguro Social#: _____ |
| Relación con el paciente: _____ | Relación con el paciente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Vive con el Paciente | <input type="checkbox"/> Vive con el Paciente |
| Dirección Postal: _____ Calle | Dirección Postal: _____ Calle |
| Ciudad Estado Código Postal | Ciudad Estado Código Postal |
| Teléfono Principal #: (_____) _____ - _____ H T C | Teléfono Principal #: (_____) _____ - _____ H T C |
| Teléfono Secundario#: (_____) _____ - _____ H T C | Teléfono Secundario#: (_____) _____ - _____ H T C |
| Empleo: _____ | Empleo: _____ |

Puedo recibir un correo electrónico a: _____

Al proporcionar mi correo electrónico, autorizo contacto a mi correo electrónico por Island Coast Pediatrics

OTRAS PERSONAS EN LA MISMA VIVIENDA

| NOMBRE | FECHA NAC. | RELACION AL PAC. | NOMBRE | FECHA NAC. | RELACION AL PAC. |
|--------|------------|------------------|--------|------------|------------------|
| 1. | | | 4. | | |
| 2. | | | 5. | | |
| 3. | | | 6. | | |

EN CASO DE EMERGENCIA

Contacto de Emergencia (que no viva en la misma dirección):

| | |
|---------------------------|-------------|
| Relación con el Paciente: | Contacto #: |
|---------------------------|-------------|

Firma del Garantizador _____ Fecha: _____

(o si Paciente es mayor e 18 años)

Relación con el Paciente: _____ Revisado por: _____

(para uso de la oficina)



Paciente Forma de Reconocimiento

INSTRUCCIONES: Por favor lea y reconozca esta forma firmando con las iniciales y firmando donde indicado. Por favor, use solo tinta negro.

Planes de Seguro

- Entiendo que es mi responsabilidad para confirmar que Island Coast Pediatrics es contratado con mi plan de seguro. Si no, soy consciente de que podría ser responsable de los servicios no cubiertos. Preguntas acerca de la cobertura de beneficios médicos deberían orientarse a mi compañía de seguros antes de mis visitas. Estoy de acuerdo que soy responsable de todos los copagos, coseguro, deducibles y servicios no cubiertos determinados por mi plan de seguro en el momento del servicio.
- Estoy de acuerdo en proporcionar información precisa de seguro en cada visita y entiendo la retención de información de seguro puede resultar en la expulsión de Island Coast Pediatrics.
- Si no tengo prueba de cobertura de seguro, entiendo que pago es exigible en pleno en el momento del servicio.

Iniciales: _____

Políticas de la Oficina

- Estoy de acuerdo con traer la tarjeta de seguro actual de mi hijo y mi identificación conmigo a cada visita y mantener mi información demográfica actual.
- Si no puedo pagar mi copago o cualquier saldo debido al tiempo de servicio, se podría cancelar mi cita y cobrarle una tarifa de **\$25**.
- Entiendo que es necesario dar aviso de 24 horas para cancelar una cita o se me cobrará un cargo de \$ 50 si no se presenta.
- Island Coast Pediatrics sigue el calendario recomendado de la Academia Americana de pediatría. Requerimos que los físicos se mantengan actualizados y al corriente por las reglas del AAP.
- He recibido una copia del folleto de información de paciente de Island Coast Pediatrics.

Iniciales: _____

Responsabilidad Financiera

- Island Coast Pediatrics acepta efectivo, cheques, tarjetas de débito, MasterCard, Visa, Discover y American Express. Entiendo que mi contrato de seguro es entre mi compañía de seguro y yo. Si no puedo pagar mis saldos previo al tratamiento, me pondré en contacto con el departamento de facturación para hacer arreglos.
- Entiendo que mi seguro tal vez no cubra ciertos procedimientos y pruebas realizadas durante el chequeo físico de mi hijo(a) y que soy responsable financieramente por cualquier cargo que no sea pago, basado en el contrato de mi compañía de seguro.

Iniciales: _____

HIPAA y Autorización Para Tratamiento

- Yo reconozco la recepción de la notificación de Island Coast Pediatrics política de privacidad.
- Si desea permitir a que otros usuarios tengan acceso al registro de su hijo (es decir, abuela, tía, niñeras, etc.), debe completar un formulario de "Limitaciones de HIPAA". Si desea restringir el acceso a registro de su hijo por parte de padre, debe proporcionar la documentación legal.
- Al firmar a continuación doy mi consentimiento para autorizar Island Coast Pediatrics, médicos afiliados y personal de salud aliado para administrar, diagnosticar y realizar los exámenes médicos, tratamientos y procedimientos quirúrgicos que puedan ahora o en el transcurso de la atención del paciente se considere conveniente y/o necesario.

Iniciales: _____

Por favor ponga en una lista a todos los niños en su familia que son pacientes de Island Coast Pediatrics.

Nombre: _____ Fecha nac: _____ Nombre: _____ Fecha nac: _____

Nombre: _____ Fecha nac: _____ Nombre: _____ Fecha nac: _____

Nombre: _____ Fecha nac: _____ Nombre: _____ Fecha nac: _____

He leído y entendido lo anterior de Seguros, oficina, Financieros y HIPAA Políticas.

Firma del padre (o si Paciente es mayor de 18 años) o guardian

Fecha

Revisado por: (uso de oficina sólo)

Revised: 1/1/2013