

Pediatric Partners of the Southwest

Es muy importante que tengamos la información del paciente y la familia correcta – **POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE**

PERSONA DE CONTACTO PRIMARIO PARA LA FAMILIA (esta persona será la mejor persona de contacto para recordatorios)

Marque uno: Madre Biológica Madrastra Madre Adoptiva Madre de Acogida Guardian Legal Otro: _____
 Padre Biológica Padrastro Padre Adoptivo Padre de acogida Guardian Legal Otro: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SS#: _____ - _____ - _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____ ¿Vive usted con el paciente? Sí No

Compruebe por favor el medio preferido de contacto para mensajes: Casa Móvil Trabajo Texto

Compruebe por favor el medio preferido de contacto para recordatorios de cita: Casa Móvil Trabajo Texto

PERSONA DE CONTACTO SECUNDARIO PARA LA FAMILIA

Marque uno: Madre Biológica Madrastra Madre Adoptiva Madre de Acogida Guardian Legal Otro: _____
 Padre Biológica Padrastro Padre Adoptivo Padre de acogida Guardian Legal Otro: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SS#: _____ - _____ - _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

E-mail: _____ ¿Vive usted con el paciente? Sí No

¿QUIÉN TIENE LA CUSTODIA PRIMARIA? (si es aplicable) _____

PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA (aparte de los padres o los contactos mencionados)

Nombre: _____ Relación al paciente: _____ Teléfono: _____

PERSONA/S AUTORIZÓ PARA TRAER A PACIENTE A PPSW PARA EL TRATAMIENTO (aparte de los padres)

Nombre/s: _____ Relación al paciente: _____

LISTA SÓLO A LOS NIÑOS QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR SE APLICA

(si los niños tienen una dinámica diferente de la familia de los de arriba, deben tener una hoja diferente)

	PRIMER NIÑO	SEGUNDO NIÑO	TERCER NIÑO	CUARTO NIÑO
NOMBRE				
APELLIDO				
SEXO	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra
FECHA DE NACIMIENTO				
IDIOMA PREFERIDO	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otro: _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otro: _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otro: _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otro: _____
ETNICIDAD	<input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido
RAZA	<input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano

¿Le gustaría una copia de nuestras prácticas de privacidad de HIPPA? (Marque uno) Sí Recibido (escriba sus iniciales) _____ No

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

POLÍTICAS DE LA FINANCIERAS

En acordar ser responsables de su asistencia médica, Los Socios Pediátricos Del Suroeste (PPSW) requieren que usted lee por favor cuidadosamente y ponga sus iniciales donde se indica, reconociendo su comprensión y aceptación de su obligación financiera a nosotros.

Inicial ____ Autorización de trato: Consiento a la examinación y al tratamiento del personal en PPSW para mi niño u otros dependientes. Esto permanecerá en efecto a partir de esta fecha adelante a menos que la revocación escrita de tales se reciba.

Inicial ____ Autorización de lanzar la información y la asignación de beneficios: Autorizo por este medio a médico a lanzar cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento del niño o niños, necesario para procesar demandas de seguro.

Inicial ____ Autorización para pagar beneficios al médico: Autorizo por este medio el pago directamente al médico para las beneficios quirúrgico y/o médicas, si cualquiera, que sea de otra manera pagadero a mí para los servicios rendidos, realizando que soy responsable de todo co-paga, los deductibles, y los servicios no cubiertos según lo determinado por mi régimen de seguros.

Inicial ____ Los planes de seguro médico: Entiendo que es mi responsabilidad confirmar con mi compañía de seguros que el médico está actualmente bajo contrato con mi plan, o estar dispuesto a ser visto en "fuera de red " beneficia. Cualquier pregunta sobre médico, bebé bien/cuidado preventivo, laboratorios/radiografías, y cobertura de la inmunización, se debe dirigir a mi portador de seguro anteriormente a mis visitas. Estoy de acuerdo de ser responsable por todos los co-pagos, los deductibles, y los servicios no cubiertos según lo determinado por mi plan de seguros .

Inicial ____ Pagos: Garantizo que pagaré puntualmente todas las cantidades que han sido determinadas mi responsabilidad por mi plan de seguro cuando recibo mi estado de cuenta. Entiendo que mi contrato del seguro médico está entre mi compañía de seguros y yo mismo. Si mi seguro no paga los servicios rendidos por los doctores de la práctica dentro de 45 días, la práctica puede mirar a mí para el pago. La práctica acuerda consolidar cualquier pago excesivo que he hecho en mi cuenta, en caso que mi seguro pague eventualmente. Cualquier balance restante después de que mi seguro pague, niega, se aplica a mi deducible, o juzga para ser una beneficia no cubierta bajo mi plan, será mi responsabilidad. **Si no he pagado mi cuenta, ni he arreglado para un plan del pago, la práctica puede pedir la ayuda de una agencia de colección exterior. Si mi cuenta es entregado a una agencia de colección, me despedirán de la práctica y recibire no más asistencia médica de PPSW. Entiendo que la práctica trabajará con mí para evitar esto.**

Inicial ____ Tarjeta de crédito en archivo: PPSW recomienda que los padres dejen una tarjeta de crédito en los archivos de nuestra oficina. Usted puede ser asegurado que su información es segura. La tarjeta se puede utilizar como solución conveniente a pagar su cuenta y será utilizada para cuentas que sean atrasadas y las tentativas de entrar en contacto con el partido financieramente responsable han sido fracasadas. Vea la forma unida de la autorización de la tarjeta de crédito.

Inicial ____ El Registrarse: Co-pagas y las cuentas atrasadas son requeridas al momento de registrarse. Venga por favor preparado para pagar. Independientemente de quién traiga a su niño para tratamiento médico, el pago es requerido. La colección del pago no será retrasada por ninguna razón. Si usted no tiene su co-paga, o no han venido preparado para pagar ningunos balances atrasados, la cita puede ser cambiado hasta tal hora que usted puede satisfacer su obligación financiera. Traiga por favor su tarjeta más reciente del seguro con usted en cada visita. Para todas las visitas, pediremos que usted verifique que su seguro e información demográfica en nuestros expedientes esté correctos.

Inicial ____ Citas y llegadas tardías: Pedimos que usted llega a tiempo a su cita. Si usted está más tarde de **15 minutos** puede ser cambiaremos su cita más tarde si el horario permite el mismo día, o puede ser que tengamos que cambiar la cita para otro día.

Inicial ____ Citas incumplidas: Los pacientes que no vienen a sus citas, y que no llaman para cancelar en un tiempo razonable, privan otros de la oportunidad de ver a su doctor. Llámenos por favor tan pronto como usted sabe que no pueda venir a la cita. Si, durante un período de 6 meses, se falta a **3** sin darnos una notificación, nosotros tenemos el derecho de despedir el paciente de nuestra practica.

El nombre del niño/ niños: _____

Firma: _____ Fecha _____/_____/_____

Nombre del padre/del guardian legal: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿QUIEN ES EL GARANTE FINANCIERO? - ÉSTA ES LA PERSONA QUE RECIBIRÁ DECLARACIONES DE LA FACTURACIÓN EN EL CORREO.
(Los padres deben estar de acuerdo en esto y calcular planes entre sí mismos para cuestiones del pago. Pediatric Partners no se puede participar con los argumentos domésticos sobre quien recibe Declaraciones de Facturación)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SS#: _____-____-_____

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

Teléfono de casa: _____ Móvil: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

¿Usted vive con el paciente? Sí No Relación al paciente: _____

QUIEN TIENE EL SEGURO PRIMARIO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

El mejor número de llamada (____) ____-____ Nombre de compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

¿Usted vive con el paciente? Sí No Relación al paciente: _____

QUIEN TIENE EL SEGURO SECUNDARIO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

El mejor número de llamada (____) ____-____ Nombre de compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

¿Usted vive con el paciente? Sí No Relación al paciente: _____

POLÍTICAS DE LA OFICINA

Inicial ____ Entiendo que ambos padres biológicos tienen acceso a la información médico completa, aun si no son el padre custodial, y ambos pueden autorizar representantes del cuidado, a menos que las derechos parentales hayan sido terminadas por orden judicial. Entiendo que si hay órdenes de la custodia en lugar, debo presentar las copias actuales para el archivo de mi niño. Autorizo a gente enumerada en esto para traer a mi niño a cualquier cita en caso de mi ausencia, y doy a Pediatric Partners of the Southwest (PPSW), adjunto designados PPSW, permiso de llamar y de dejar un mensaje con respecto al cuidado clínico de mi niño, incluyendo laboratorio y resultados de la radiografía, en mi ausencia.

Inicial ____ Autorizo PPSW a mandar por fax cualquier forma o archivos de la inmunización a la escuela de mi hijo a mi solicitud.

Inicial ____ Una copia de nuestro aviso de la práctica de la aislamiento será puesta a disposición usted a petición. Firmando debajo de usted reconozca que usted ha tenido la oportunidad que solicitar leer, o reciba una copia, del aviso de la prácticas de la aislamiento de PPSW.

FORMA DE LA AUTORIZACIÓN DE PAGO DE LA TARJETA DE CRÉDITO

Para facilitar el proceso de facturación, Pediatric Partners of the Southwest (PPSW) ha implementado una sistema de pago de tarjeta de crédito. Nuestro objetivo es ayudar a nuestros pacientes a eliminar cuentas vencidas. La ventaja de este programa es que usted ya no necesitará enviar cheques por correo o tener que preocuparse por cualquier pasado debido los saldos de cuentas. Por lo tanto, similar a otras prácticas médicas, estamos solicitando una copia de una tarjeta del crédito/ del debe. Esto no lo hará en compromiso de ninguna manera su capacidad de disputa cargos o, pregunta la determinación de su compañía de seguros de responsabilidad paciente y cargas posteriormente procesados a su tarjeta..

Inicial ____ Cuando su "explicación de beneficios" se haya recibido de su seguro, **cualquier saldo restante su compañía de seguros declare es debido por usted como "la responsabilidad paciente" será cargada a la tarjeta del crédito/del debe se refirió abajo.** Estas cargas no excederán \$75.00 por la transacción, a menos que el equilibrio de la cuenta sea sobre 90 días viejo. Un recibo de esos carga entonces será enviado a usted una vez que esta carga se fije a su tarjeta del crédito/del debe.

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

____ Visa ____ Mastercard ____ del debe ____ de crédito ¿Es esta tarjeta unida con una cuenta HSA/HRA? Sí No

Nombre en la tarjeta: _____ Tarjeta #: _____

Fecha de vencimiento: ____/____

____ NO DESEO MI TARJETA EN ARCHIVO

Firma del guarda/del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Se requiere la firma si opta por conservar una tarjeta de crédito en archivo o no.