



North Florida Pediatrics

Paquete de Nuevo Pacientes

Nombre de la persona que completa el paquete: _____ Fecha: _____

Información del Paciente

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

¿Sexo? Femenino Masculino Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Raza: Indio Americano Asiático Nativo Hawaiano Blanco Negro/Afroamericano Hispano Otro: _____

Etnicidad: Hispano or Latino No Hispano or Latino No desea informar

Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____

Persona Responsable

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

¿Sexo? Femenino Masculino Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Relación al Paciente: Madre Padre Abuelo Padre Adoptivo Otro: _____

Persona Responsable

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

¿Sexo? Femenino Masculino Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Relación al Paciente: Madre Padre Abuelo Padre Adoptivo Otro: _____

Farmacia

Nombre de su Farmacia: _____ Teléfono de su Farmacia: _____

Pharmacy Dirección /Localidad: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____ Relación al Paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alergias

Por favor liste todas y cada una de las alergias a los alimentos y/o medicamentos:

Hospitalizaciones/Cirugías

Fecha: _____ Tipo: _____

Fecha: _____ Tipo: _____

Fecha: _____ Tipo: _____

Fecha: _____ Tipo: _____

Hermanos

Por favor, liste los hermanos del paciente que son pacientes de North Florida Pediatrics

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento para que otro adulto traiga al paciente a nuestra oficina para tratamiento

Paciente (Menor) Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____, soy el padre/madre natural o adoptivo, tutor, o persona autorizada por la orden de la corte para dar el consentimiento para el menor mencionado. Autorizo a North Florida Pediatrics a proveer tratamiento medico a los menores mencionados arriba.

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____



Firma del Padre/Tutor:

Fecha:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Poliza Financiera:

Gracias por elegir North Florida Pediatrics, PA como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle a usted y a su familia el mejor cuidado posible.

Se le requiere que lea y firme nuestra **Poliza Financiera** *antes del tratamiento*.

Respecto al seguro

Aceptamos la asignación de beneficios de seguro para sus visitas. No podemos facturar a su compañía de seguros a menos que nos dé su información de seguro. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte en ese contrato. En el caso de que su compañía de seguros no haya pagado su cuenta en su totalidad dentro de los 90 días, el saldo se convertirá automáticamente en responsabilidad del paciente / tutor. Tenga en cuenta que algunos y quizás todos los servicios prestados pueden ser servicios no cubiertos y no se consideran razonables y necesarios bajo su póliza de seguro, lo que significa que el pago de estos cargos será su responsabilidad.

En cuanto a los planes de seguro donde somos proveedores participantes. Todos los co-pagos y deducibles son debidos en el momento del servicio. En el caso de que su cobertura de seguro cambie a un plan en el que no somos proveedores participantes, consulte el párrafo anterior.

Tarifas habituales

Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es habitual en nuestra área. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros de las tarifas habituales.

Pacientes Menores

El adulto que acompaña al menor y el padre (o los tutores del menor) son responsables del pago. Para los menores no acompañados, se negará el tratamiento no urgente.

Liberación de información:

Por medio de la presente, autorizo a cualquier médico que me examine y / o me trate a liberar a cualquier tercero (como una compañía de seguros o agencia gubernamental) ejemplo: Blue Cross Blue Shield, Medicare o cualquier reclamo médico y psiquiátrico para el pago de dicho tratamiento y / o diagnóstico.

Asignación de seguro médico:

Yo, el suscriptor abajo nombrado, por la presente autorizo el pago directamente a cualquier médico que me examine o me trate de cualquier grupo y / o beneficios individuales quirúrgicos y / o médicos especificados en este documento y que de otro modo se pagarán a mí por sus servicios como se describe.

Medicaid/Medicare:

Autorización de certificación del paciente para divulgar información y solicitud de pago. Certifico que la información dada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVII/XIX de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social/División de Servicios a la Familia o a sus intermediarias para cualquier reclamación relacionada con Medicare / Medicaid. Por la presente certifico que todo el seguro relacionado con el tratamiento será asignado al médico que me trate.

PERMITIO UNA COPIA DE ESTAS AUTORIZACIONES Y ASIGNACIONES PARA SER UTILIZADO EN EL LUGAR DEL ORIGINAL QUE ESTÁ ARCHIVADO EN LA OFICINA DEL MÉDICO. ESTOY DE ACUERDO DE QUE LA CANTIDAD DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO ES INSUFICIENTE PARA CUBRIR LOS GASTOS, SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DE LA DIFERENCIA Y DEL MONTO TOTAL DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES RENDIDOS SI EL GASTO NO ESTÁ CUBIERTO POR MI POLÍZA.

Titular de la póliza o firma responsable:	Fecha:
Nombre imperso:	Relación al paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que he recibido y comprendido la Notificación de Prácticas de Privacidad de North Florida Pediatrics que contiene una descripción de los usos y divulgación de mi información médica. Además, entiendo que North Florida Pediatrics puede actualizar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento y que puedo recibir una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad de North Florida Pediatrics.

Firma:	Fecha:
Nombre impreso:	Relación al paciente:

Reconocimiento de Recibo de la Declaración de Derechos de Florida

Reconozco que he recibido y entiendo la Declaración de Derechos de Florida.

Firma:	Fecha:
Nombre impreso:	Relación al paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento para el uso y divulgación de información de salud identificable para tratamiento, pago y/o operación de atención médica:

Entiendo que como parte de mi atención médica, North Florida Pediatrics recibe, origina, mantiene, revela y usa información de salud identificable, incluyendo, pero no limitado a, registros de salud y otra información de salud que describe mi historial de salud, Exámenes y resultados de las pruebas, diagnósticos, tratamiento, planes de tratamiento, e información sobre facturación y seguro médico. Entiendo que North Florida Pediatrics y sus médicos, otros profesionales de la salud y personal pueden usar esta información para las siguientes tareas:

- Diagnosticar mi condición médica / psiquiátrica / psicológica.
- Planee mi cuidado y tratamiento.
- Comunicarse con otros profesionales de la salud sobre mi cuidado.
- Documentar los servicios de pago / reembolso.
- Realizar operaciones rutinarias de atención de la salud, como el aseguramiento de la calidad (el proceso de monitoreo de la necesidad, la adecuación y la calidad de la atención prestada) y la revisión por pares (el proceso de monitoreo de la efectividad del personal de salud).

He recibido una *Notificación de Prácticas Privadas/de Información* que explica completamente los usos y divulgaciones que North Florida Pediatrics hará con respecto a mi información de salud individualmente identificable. Entiendo que tengo el derecho de revisar la Notificación antes de firmar este consentimiento. North Florida Pediatrics me ha brindado suficiente tiempo para revisar este Aviso y ha contestado cualquier pregunta que tenga a mi satisfacción. También entiendo que North Florida Pediatrics no puede usar o divulgar mi información de salud identificable individualmente, excepto la especificada en el Aviso. También entiendo, sin embargo, que North Florida Pediatrics se reserva el derecho de cambiar su notificación y las prácticas detalladas allí prospectivamente (para usos y divulgaciones que ocurren después de la revisión) si envía una copia de la notificación revisada a la dirección que he proporcionado.

Entiendo que no tengo que consentir el uso de la divulgación de mi información de salud individualmente identificable para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, pero que si no doy mi consentimiento, North Florida Pediatrics puede negarse a proporcionarme servicios de atención médica A menos que la ley estatal o federal aplicable exija que North Florida Pediatrics proporcione tales servicios.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre el uso o divulgación de mi información de salud individualmente identificable para realizar el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Además, entiendo que North Florida Pediatrics no está obligado a aceptar la restricción solicitada, pero que, si está de acuerdo, debe cumplir con la restricción a menos que solicite que deje de hacerlo o North Florida Pediatrics me notifique que ya no va a Honrar la solicitud.

Solicito las siguientes restricciones (si las hay) sobre el uso o divulgación de mi información de salud individualmente identificable:

Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricción en cuanto al método de comunicaciones para mí. Por ejemplo, podría solicitar que todas las facturas médicas sean enviadas por correo a una cierta caja de correos en vez de a mi casa. Además, entiendo que North Florida Pediatrics debe cumplir con esta solicitud si *el método de comunicación* es razonable. North Florida Pediatrics puede no preguntarme por qué quiero el método de comunicación alternativo.

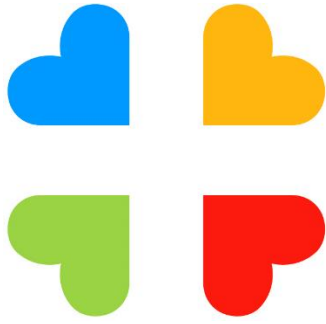
Entiendo que tengo derecho a objetar el uso y/o la divulgación de mi información de salud individualmente identificable para los directorios de la institución y los miembros de la familia.

Me opongo a los usos y divulgaciones de la siguiente manera:

Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, pero que la revocación no será efectiva en la medida en que North Florida Pediatrics ya haya tomado medidas basadas en mi consentimiento efectivo anterior.

Entiendo que la información de salud que está sujeta a las normas de privacidad específicas establecidas por el estado de la Florida o las leyes federales (salud mental, abuso de sustancias, STD, HIV/AIDS, información genética) sólo serán utilizadas y divulgadas de acuerdo con esas leyes.

Titular de la póliza o firma responsable:	Fecha:
Nombre impreso:	Relación al paciente:



North Florida Pediatrics

Solicitud de Comunicaciones Confidenciales

De vez en cuando en el cuidado de nuestros pacientes, puede ser necesario ponerse en contacto con usted por teléfono. A menudo nuestros pacientes no están disponibles cuando los llamamos, y nos gustaría poder dejar mensajes telefónicos detallados (es decir, resultados de laboratorio) cuando sea posible. Para proteger su privacidad necesitamos su permiso por escrito para dejar mensajes telefónicos detallados en su contestador automático o en su sistema de correo de voz.

Sin embargo, debe notarse que nuestro aviso actual de prácticas de privacidad nos permite dejar mensajes no detallados como recordatorios de citas, una solicitud para devolver una llamada a la oficina, un recordatorio para programar un físico o recibir vacunas, etc.

Nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/tutor llenando el formulario: _____ fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, y Código postal: _____ Teléfono: _____

Doy Consentimiento para que se dejen mensajes detallados:

Mi contestador automático


Mi celular

Otro:

No acepto que se dejen mensajes detallados en cualquier contestador automático o correo de voz; Prefiero ser contactado personalmente.

No consiento que cualquier documentación sea enviada a mi dirección registrada, prefiero que la correspondencia sea enviada por correo a:

* Esto permanecerá en vigor hasta que lo revoque por escrito.

 Firma:	Fecha:
Nombre impreso:	Relación al paciente:

