



REGISTRO DE NUEVOS PACIENTES PEDIÁTRICOS - OFICINA DE MANSFIELD

Por favor, imprima claramente y complete todo el paquete

Información para el paciente				
Apellido	Nombre de pila	Segundo nombre	Dirección de correo electrónico :	
Dirección:		Ciudad	Estado	ZIPCode
Teléfono residencial#		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Fecha de nacimiento __ / __ / __	Edad	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano		
¿Qué categoría describe mejor tu carrera ?? <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/ Latinos <input type="checkbox"/> Otros		Idioma preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lengua de Señas o Auxiliares <input type="checkbox"/> Otros		
Información del Padre/Tutor (Padre con Custodia)				
Relación del tutor con el paciente		SSN del guardián:		
Apellido	Nombre de pila	Segundo nombre	Fecha de nacimiento: __ / __ / __	
Dirección (calle o apartado de correos)		Ciudad	Estado	ZIPCode
Teléfono residencial#		Dirección de correo electrónico:		
Padre/Tutor #2				
Relación del tutor con el paciente		SSN del guardián:		
Apellido	Nombre de pila	Segundo nombre	Fecha de nacimiento: __ / __ / __	
Dirección (si es diferente)		Ciudad	Estado	ZIPCode
Teléfono residencial#		Dirección de correo electrónico:		
Información de farmacia preferida Nombre: _____ _____ Dirección: _____ _____ Teléfono: _____ _____		¿Cómo te enteraste de nosotros? <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Internet/Sitio web <input type="checkbox"/> Ubicación/ Conducción <input type="checkbox"/> Periódico/Revista <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Evento comunitario <input type="checkbox"/> Otros Indique otros:		

Información del seguro (Seguro primario)

Nombre de la compañía de seguros:		Nombre del titular de la póliza:	
Política #	Grupo #	SSN del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Dirección del titular de la póliza		Ciudad	Estado ZIPCode
# de teléfono del titular de la póliza:		Relación del titular de la póliza con el paciente:	

Información del seguro (Seguro Secundario)

Nombre de la compañía de seguros:		Nombre del titular de la póliza:	
Política #	Grupo #	SSN del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Dirección del titular de la póliza		Ciudad	Estado ZIPCode
# de teléfono del titular de la póliza:		Relación del titular de la póliza con el paciente:	

▪**Por favor, proporcione la persona que le gustaría como una situación de contacto de emergencia** en caso de que se produzca una emergencia situación iba a tener lugar mientras estábamos en nuestra (s) oficina(s):

Nombre: _____ Teléfono de contacto: _____

Gracias por elegir a Kidsville Pediatrics como pediatra de su hijo y, como uno de nuestros pacientes, nos gustaría que estuviera al tanto de nuestras políticas financieras. Una vez que haya leído detenidamente lo siguiente, firme este documento y devuélvalo al personal de nuestra oficina.

- La mayoría de los planes tienen deducibles, coseguros y/o copagos que son de su exclusiva responsabilidad en el momento de su visita. **Los copagos se deben pagar en el momento en que se prestan los servicios.** El padre, abuelo, tutor y niñera que lo acompaña es responsable del pago completo en el momento del servicio. A los copagos que no se cobren en el momento de la visita se les cobrará una tarifa de \$ 10.00 más el monto del copago.
- A su llegada, debe presentar su tarjeta de seguro más reciente en cada cita. Si la compañía de seguros que presenta es incorrecta, usted será responsable del pago del costo total de la visita y se le pedirá que envíe los cargos al plan correcto.
- Ciertos seguros requieren que seleccione un médico de atención primaria o un PCP. Llame a su seguro antes de la visita para seleccionar a nuestro pediatra como su PCP. **Si no han sido notificados, es posible que usted sea financieramente responsable de esta visita y/o que su cita deba ser reprogramada.**
- Si nuestros médicos no están en su panel de seguros o usted no tiene seguro, entonces se requiere el **pago total** de los servicios prestados en el momento de la visita. Para las citas que ya han sido programadas, todos y cada uno de los saldos anteriores deben pagarse antes de ser vistos.
- Los saldos de los pacientes se facturan inmediatamente una vez que nuestra oficina ha recibido la explicación de beneficios (EOB) de su plan de seguro. **Su pago vence dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de su factura.**
- Si no puede asistir a su cita programada, le solicitamos que se comunique con nuestra oficina dentro de las **24 horas** anteriores a su cita para reprogramarla o cancelarla. Esto nos permitirá tener otro paciente que necesita esa cita para venir. Si no se comunica con nosotros dentro de las 24 horas, le cobraremos una tarifa de \$ 50.00 por cada niño que estaba programado para ser atendido.
- **Nos reservamos el derecho de dar de alta a cualquier paciente o familia de la práctica después de 3 citas en las que no se presentó.**
- **Si llega más de 15 minutos tarde, es posible que deba reprogramar su cita.**
- Cualquier saldo superior a 60 días se enviará a una agencia de cobranza.
- Llame a nuestra oficina si tiene alguna pregunta sobre su factura. Estaremos encantados de revisar su factura con usted para evitar malentendidos.

Nombre

Fecha

Firma

Fecha

Kidsville Pediatrics PLLC Aviso de Prácticas de Privacidad

La Ley de Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) y la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH) son regulaciones del gobierno federal diseñadas para garantizar la privacidad y seguridad de la información médica protegida (PHI) del paciente. Se aseguran de que conozca sus derechos y cómo se puede utilizar su información médica para proporcionar y organizar su atención médica.

Kidsville Pediatrics PLLC le proporciona su Aviso de Prácticas de Privacidad, que está disponible en copia impresa o en el sitio web de la compañía o en la oficina a su solicitud. Al firmar esto, usted reconoce que ha recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Kidsville Pediatrics PLLC.

Fecha de firma

Consentimiento para tratar

Yo, _____, padre/tutor legal de: **Paciente:**

NOMBRE Fecha de nacimiento

Por la presente, doy mi autorización y consentimiento para que mi hijo (nombrado anteriormente) sea visto por la **Dra. Naima Garrett** (Kidsville Pediatrics PLLC) y / o cualquier médico o enfermera practicante en Kidsville Pediatrics PLLC, consentimiento para la atención médica / quirúrgica, las vacunas y el tratamiento de mi hijo. Además, por la presente autorizo y otorgo que la(s) persona(s) nombrada(s) a continuación tiene(n) permiso de los padres biológicos para firmar cualquier procedimiento, tratamiento o inmunización médica o quirúrgica que se considere necesario para el bienestar de mi(s) hijo(s). Este también es un permiso para traer a mi(s) hijo(s) para chequeos de bienestar y todas las vacunas necesarias, análisis de laboratorio o pruebas rápidas que se administran rutinariamente en la visita de rutina o en cualquier visita por enfermedad. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito.

Por medio de este documento, declaro que tengo la autoridad para dar mi consentimiento para toda la atención y tratamiento médico/quirúrgico de dicho(s) niño(s):

Fecha de firma

Persona(s) autorizada(s):

NOMBRE Relación con el paciente Contacto #

NOMBRE Relación con el paciente Contacto #

▪ ¿Hay algún acuerdo de custodia que debemos conocer? _____

▪ En caso afirmativo, proporcione documentación en la primera cita.



Formulario de Autorización Médica

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

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Por favor, elija la solicitud de liberación:

Full Grabar Immunization grabar solo

INFORMACIÓN SOLICITADA A (NOMBRE DE LA CLÍNICA)

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

ENVIAR INFORMACIÓN A

Nombre: **Kidsville Pediatrics (Mansfield)**

Dirección: 1759 Broad Park Circle South, Suite 201 Mansfield, TX 76063

Teléfono: (682) 341-3910 FAX: (682) 400-1288 Correo electrónico: office@kidsvillepeds.net

Yo, _____ (Nombre), por la presente le otorgo permiso para divulgar información de salud confidencial sobre mí o mi hijo, mediante la divulgación de una copia de mi registro médico, o un resumen de mi información de salud protegida, a **Kidsville Pediatrics**.

Nombre impreso Fecha

Fecha de firma



Pediatría de Kidsville PLLC
1759 Broad Park Circle South
Suite 201
Mansfield, TX 76063
682-341-3910

Formulario de consentimiento para fotos/videos

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

I, _____, _____ Nombre, Apellido Fecha de nacimiento, Padre de los hijos
nombrados a continuación:

_____ (Nombre completo del niño y fecha de nacimiento)

Consentimiento para que todas las imágenes y / o videos que se hagan de mí o de mi hijo / dependiente no se limiten a una fecha de servicio. Acepto que las imágenes se puedan utilizar para fines de redes sociales, incluido el sitio web de Kidsville Pediatrics, la página de Facebook, el boletín informativo o Instagram. Kidsville Pediatrics tiene todos los derechos para usar la foto / videos.

Además, reconozco que no hubo promesas de compensación por dicho uso de fotos médicas y/o videos tomados por el personal de Kidsville Pediatrics, PLLC según lo acordado anteriormente.

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento con una solicitud por escrito por parte del paciente.

Al firmar a continuación, confirmo que entiendo este formulario de consentimiento.

Firma del padre/tutor Fecha _____