



## 2025 PATIENT REGISTRATION

Fecha Actual: \_\_\_\_\_

Proveedor: \_\_\_\_\_

### Informacion Del Paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: F\_\_ M\_ Unknown\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Hispano: SI NO

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero Principal: \_\_\_\_\_ Numero Movil: \_\_\_\_\_ otro: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_

### Informacion De Los Padres

Padre/Tutor 1 Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero Movil: \_\_\_\_\_ Soltero\_\_ Casado\_\_ Divorciado\_\_

Padre/Tutor 2 Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero Movil: \_\_\_\_\_ Soltero\_\_ Casado\_\_ Divorciado\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

### Informacion Del Seguro

Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Numero De Poliza \_\_\_\_\_ Grupo/Acct# \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Social del Asegurado# ----- Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Numero De Poliza \_\_\_\_\_ Grupo/Acct# \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Social del Asegurado# ----- Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Si los padres están divorciados o separados, complete esta sección:

¿Quién tiene la custodia? \_\_\_\_\_ ¿Existe alguna restricción legal que impida al otro padre dar su consentimiento u obtener información sobre el tratamiento médico de su hijo? SÍ / NO

Por la presente autorizo a Summer Pediatrics a proporcionar tratamiento médico a mi hijo/hijos. Además, doy permiso para divulgar cualquier información médica que pueda ser necesaria para completar los formularios del seguro, formularios de la escuela y el campamento, o para otros fines, según sea necesario. Autorizo el pago de cualquier beneficio médico o quirúrgico directamente a Summer Pediatrics, que de otro modo sería pagadero a mí bajo los términos de mi seguro. Además, reconozco que si algún pago es recibido por mí por error de mi compañía de seguros, yo reembolsaré a Summer Pediatrics por esos pagos. Entiendo que soy responsable de todos los co-pagos y cualquier cargo no cubierto bajo los beneficios de mi seguro. Es mi responsabilidad informar a Summer Pediatrics de cualquier cambio en mi seguro. Los co-pagos son debidos en la fecha del servicio. **Además, reconozco que Summer Pediatrics, LLC me ha proporcionado una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe cómo salvaguardar la información relacionada con la salud y cómo puedo acceder a esta información. También he recibido una copia de las Políticas de Vacunación, Recargas, Financieras y de Oficina.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## POLÍTICAS FINANCIERAS Y DE NUESTRA OFICINA

Bienvenido a Summer Pediatrics. Nuestro personal está dedicado a proveerle con el cuidado de salud de la más alta calidad. Esperamos que esta información le ayude a entender cómo funciona nuestra oficina, así como sus responsabilidades durante sus visitas. Le pedimos que se abstenga de comer, beber, o el uso de teléfonos celulares, mientras que en nuestra oficina.

**Planes de Seguro:** Es su responsabilidad confirmar con su compañía de seguros si nuestro médico está actualmente bajo contrato con su plan o si puede acceder a beneficios «fuera de la red». Cualquier pregunta con respecto a la atención médica, visitas de niño sano, atención preventiva, pruebas de laboratorio, radiografías, y la cobertura de vacunación debe ser dirigida a su compañía de seguros antes de su visita. Usted acepta ser responsable de todos los copagos, deducibles y cualquier servicio no cubierto según lo determinado por su plan de seguro. Por favor recuerde traer la tarjeta de seguro de su niño a cada cita. Usted también puede ser responsable de cargos adicionales, como pruebas de laboratorio y exámenes de la vista, dependiendo de su cobertura. Si cambia de seguro médico, infórmenos inmediatamente. Si no nos notifica de cualquier cambio en la cobertura, usted será responsable de pagar por los servicios prestados.

**Pago por cuenta propia:** Si no tengo prueba de cobertura de seguro en el momento en que se prestan los servicios, entiendo que el pago se debe hacer en el momento del servicio.

Los copagos y cualquier saldo vencido deben abonarse en el momento de la entrada. Me aseguraré de estar preparado para efectuar estos pagos. Si alguien que no sea yo va a acompañar al paciente(s), se establecerán arreglos de pago. Entiendo que mi cuenta será cargada \$30 por fondos insuficientes o cheques devueltos.

**Política de cobro:** Si necesitamos remitir su cuenta a una agencia de cobranza o a un bufete de abogados para cobrar cualquier saldo impago, usted será responsable de pagar los costos de cobranza además del saldo impago. Si su cuenta es enviada a cobranza, o si usted no paga el saldo pendiente o no establece un plan de pago, nos reservamos el derecho de interrumpir nuestros servicios y clasificar su cuenta como morosa. En tales casos, le proporcionaremos un formulario de cesión de historial médico para que lo firme, permitiéndole transferir su atención a un nuevo médico.

**Cuotas de servicio:** Tiene derecho a un formulario de escuela/campamento/guardería por niño y año. Los formularios adicionales requerirán el pago de 10 dólares.

**Divulgación de historiales médicos:** Se requiere una autorización por escrito para divulgar los historiales médicos. El personal le proporcionará el formulario. Tenga en cuenta que se cobran \$15 por unidad USB, y si se solicita en papel hay un cargo de \$.65 por página y un cargo administrativo de \$15.

**Citas y llegadas tarde:** Pedimos que los pacientes lleguen a tiempo a sus citas. Cuando los pacientes llegan tarde, se hace difícil mantener nuestro horario. Si usted llega más de 10 minutos tarde, es posible que sea necesario cambiar su cita para evitar molestias a otros pacientes. Alternativamente, usted puede ser visto si el horario del día lo permite.

**Política de ausencias y cancelaciones:** Esperamos que los pacientes y los padres avisen con al menos 24 horas de antelación si no pueden asistir a sus citas programadas. Cuando usted confirma una cita, significa que otros pacientes pierden la oportunidad de reservar esa franja horaria. Además, nuestros proveedores le dedican su tiempo y, a menudo, el personal y los pedidos de productos se organizan en función de su cita.

Tenga en cuenta que si falta a una cita programada, se le cobrará una cuota de 50 dólares. Si una familia tiene tres citas perdidas sin previo aviso, serán dados de baja automáticamente de nuestra práctica. Gracias por su comprensión.

**DIVORCIO:** Desafortunadamente, algunas de nuestras familias experimentan divorcios. Nos esforzamos por brindar apoyo tanto al niño como a la familia durante este tiempo. Sin embargo, es importante notar que servimos como defensores del niño y no nos involucramos en disputas entre los padres.

Además, un divorcio no libera a los padres de sus responsabilidades financieras en la atención médica de su hijo. Nuestra política establece que el padre o tutor que trae al niño a nuestra oficina es responsable del pago en el momento de la visita, independientemente de cuál de los padres tiene la obligación legal de pagar por la atención médica.

**Política de reposición de medicamentos:** Se pueden solicitar reposiciones de recetas, pero sólo se aceptan a través del portal; las solicitudes de farmacia serán denegadas. Por favor, espere de 48 a 72 horas para todas las reposiciones de recetas.

Tenga en cuenta que esto no se considera un asunto urgente y que ciertas recetas sólo pueden ser rellenas por el proveedor que las prescribió, para promover la continuidad de la atención. NO reponemos medicamentos que no hayamos recetado.

Si este medicamento se utiliza a diario y no le queda ningún recambio, notifiquenoslo al menos 1 semana antes de que se le acabe la receta.

Revisaremos su historial médico para determinar si es necesaria una visita de seguimiento o un ajuste de la medicación antes de volver a surtir la receta. También puede llamar y hablar con una de nuestras enfermeras si no está seguro de si su hijo necesita ser visto. Solicitud de renovación de medicación para TDA/TDAH

Se requiere una cita de seguimiento para revisar el progreso de su hijo cada 3 meses. Les pedimos a los padres que notifiquen a nuestra oficina por lo menos 1 semana antes de que se acabe el suministro, ya que puede tomar de 3 a 4 días hábiles para que la receta esté lista. Los padres o un representante autorizado pueden recoger la receta firmada, NO enviamos recetas por correo. Si se solicita un resurtido y no ha habido un seguimiento en los últimos 3 meses, se le pedirá que programe una visita de seguimiento. Los pacientes deben tener visitas anuales para recibir recambios de Albuterol y Epi-Pen.

No se darán más reabastecimientos hasta que su hijo haya sido visto por un proveedor y esté en visitas de seguimiento.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Política de Vacunas:** En Summer Pediatrics, nos esforzamos por ofrecer una atención integral, centrada en la familia para todos nuestros pacientes. Nuestro objetivo es mantener un ambiente seguro donde nuestras familias reciben atención médica excepcional de conformidad tanto con la Academia Americana de Pediatría (AAP) y los Centros para el Control de Enfermedades (CDC). Formularios / Papeleo  
Por favor, tenga en cuenta que nuestra oficina requiere siete días para completar cualquier papeleo. Apreciamos su comprensión y paciencia, ya que nos esforzamos por ofrecerle el mejor servicio posible.

**Nuestra práctica cree firmemente que una buena relación médico-paciente se basa en la comprensión y la comunicación abierta. Nuestro personal se compromete a abordar cualquier preocupación que pueda tener acerca de su cuenta. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras políticas o necesita ayuda, no dude en ponerse en contacto con nosotros. Estamos aquí para ayudarle. Revisado el 11/2024**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_