



2024 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: _____ Relacion: _____ 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 mi 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 brindarle atención médica de la mejor calidad. Esperamos que esta información le ayude a comprender el funcionamiento de nuestra oficina y sus responsabilidades. Mientras esté en nuestra oficina, le pedimos amablemente que no coma, beba ni use teléfonos celulares.

Planes de seguro: Entiendo que es mi responsabilidad confirmar con mi compañía de seguros que el médico está actualmente bajo contrato con mi plan o que puede ser visto en beneficios "fuera de la red". Cualquier pregunta sobre la cobertura médica, de bienestar del bebé / preventiva, de laboratorio / radiografías y de vacunación debe dirigirse a mi compañía de seguros antes de mis visitas. Acepto ser responsable de todos los copagos, deducibles y servicios no cubiertos determinados por mi plan de seguro.

Traeré la tarjeta del seguro de mi hijo en cada visita. También puedo ser responsable de los cargos adicionales, como pruebas de laboratorio, exámenes de la vista, etc. según mi cobertura. Si cambio de plan de seguro, se lo informaré inmediatamente. Si no le informo de un cambio en la cobertura, seré responsable del pago de los servicios prestados.

Pago por cuenta propia: Si no tengo comprobante de cobertura de seguro en el momento en que se prestan los servicios, entiendo que el pago vence al momento del servicio.

Los copagos y los saldos adeudados vencen al momento de presentarse a su cita. Vendré preparado para pagar. En caso de que alguien que no sea yo me acompañe, se establecerán los arreglos de pago del paciente. Soy consciente de que se cobrarán \$ 30 a mi cuenta por fondos insuficientes / cheques devueltos.

Política de cobranza: si debemos derivar su cuenta a una agencia de cobranza o bufete de abogados para cobrar cualquier saldo impago, usted tendrá que pagar el costo de cobranza, así como el saldo impago. Si su cuenta se coloca en cobranza, o si no paga el saldo pendiente o no establece un plan de pago, nos reservamos el derecho de discontinuar nuestros servicios y enviar su cuenta al estado moroso. Si tomamos esta medida, le enviaremos un formulario de divulgación de registros médicos para que lo firme, de modo que pueda transferir la atención a un nuevo médico.

Tarifas de servicio: Tiene derecho a un formulario de escuela / campamento / guardería por niño por año. Los formularios adicionales requerirán una tarifa de \$ 10

Divulgación de registros médicos: se requiere autorización por escrito para divulgar registros médicos. El personal le proporcionará un formulario. Tenga en cuenta que hay un cargo de \$.65 por página y una tarifa administrativa de \$ 20.

Citas y llegadas tardías: Requerimos que los pacientes lleguen a tiempo a sus citas. Cuando los pacientes llegan tarde, es imposible cumplir con el horario. Si llega con más de 15 minutos de retraso, es posible que lo reprogramen para que otros pacientes no se sientan incómodos o que lo vean si el horario del día lo permite.

No presentaciones y cancelaciones: esperamos que los pacientes y los padres nos avisen con **24 horas de anticipación** si no van a asistir a sus citas. Cuando se compromete con una cita, otros pacientes pierden la oportunidad de programar esa fecha y hora, los proveedores le dedican su tiempo y, a menudo, se organizan pedidos de productos y personal. **Se le cobrará \$ 50 por una cita programada perdida. Si no se presenta a 3 citas por familia, será dado de alta automáticamente de nuestra práctica.**

DIVORCIO: Desafortunadamente, algunas de nuestras familias se involucran en divorcios. Hacemos todo lo posible para brindar todo el apoyo que podamos para el niño y la familia. Sin embargo, somos defensores del niño y no nos involucraremos en disputas entre padres. El divorcio no elimina la responsabilidad financiera de los padres por la atención médica del niño. **Es nuestra política que el padre o la persona que lleva al niño a nuestra oficina es responsable del pago en el momento de la visita**, independientemente de cuál de los padres tenga la obligación legal última de pagar la atención médica. Nuestra práctica cree firmemente que una buena relación médico / paciente se basa en la comprensión y la comunicación abierta. Nuestro personal ha recibido instrucciones de hacer todo lo posible para aclarar cualquier inquietud que pueda tener sobre su cuenta. Si tiene alguna pregunta sobre nuestra política o necesita ayuda, comuníquese con nosotros. Estamos aquí para ayudar.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

POLÍTICAS DE RESURTIDOS DE MEDICAMENTOS

Las solicitudes de renovación de recetas 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 recetamos medicamentos que no hayamos recetado anteriormente.

Si este medicamento se utiliza a diario y no le queda ningún refill, por favor notifíquenoslo 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 ADD/ADHD.

Necesita una cita de seguimiento para revisar el progreso de su hijo se requiere cada 3 meses. 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 3-4 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 refill 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 refills hasta que su hijo haya sido visto por un proveedor y esté en visitas de seguimiento.

POLÍTICA DE VACUNAS

Creemos firmemente en la eficacia de las vacunas para prevenir enfermedades graves y salvar vidas.

Creemos firmemente en la seguridad de nuestras vacunas.

Creemos firmemente que los niños y adultos jóvenes deben recibir todas las vacunas recomendadas de acuerdo con el calendario publicado por el CDC y la Academia Estadounidense de Pediatría. Los programas de vacunación recomendados son el resultado de muchos años de estudios científicos y recopilación de datos sobre millones de niños por parte de miles de nuestros científicos y médicos más brillantes.

Creemos firmemente que vacunar a niños y adultos jóvenes puede ser la intervención de promoción de la salud más importante que realizamos como proveedores de atención médica.

La campaña de vacunas es víctima de su propio éxito. Es preciso porque las vacunas son tan efectivas para prevenir enfermedades que incluso estamos discutiendo si deben administrarse.

Debido a las vacunas, muchos de ustedes nunca han visto a un niño con poliomielitis, tétanos, tos ferina, meningitis bacteriana o incluso varicela, o han conocido a un amigo o familiar cuyo hijo murió de una de estas enfermedades. Tal éxito puede hacernos complacientes o incluso perezosos a la hora de vacunar. Pero tal actitud, si se generaliza, solo puede conducir a resultados trágicos.

Después de la publicación de una acusación infundada (posteriormente retractada) de que la vacuna MMR causó autismo en 1998, muchas personas en Europa optaron por no vacunar a sus hijos. Como resultado, hubo grandes brotes de sarampión, con varias muertes por complicaciones de la enfermedad. En 2010, hubo más de 3,000 casos de tos ferina en California, con 9 muertes en niños menores de 6 meses. Muchos de los que contrajeron la enfermedad (y la transmitieron a los bebés) tomaron la decisión consciente de no vacunarse.

Al no vacunar a su hijo, se está aprovechando de miles de personas que sí vacunan a sus hijos, lo que disminuye la probabilidad de que su hijo contraiga una de estas enfermedades.

Le estamos informando de estos hechos no para asustarlo o coaccionarlo, sino para enfatizar la importancia de vacunar a su hijo. Reconocemos que la decisión sobre cómo vacunar puede ser muy emotiva para algunos padres. Haremos todo lo posible para ayudarlo a comprender que vacunar de acuerdo con el cronograma es lo correcto. Si tiene dudas, hable de esto con su proveedor de atención médica antes de su visita. Retrasar o "dividir las vacunas" para administrar 1 o 2 a la vez durante 2 o más visitas, va en contra de las recomendaciones de los expertos y no se ha estudiado que sea seguro o eficaz. Al retrasarlo, pone a su hijo en riesgo de una enfermedad grave (o incluso la muerte) y va en contra de lo que creemos que es la mejor práctica como proveedores médicos en Summer Pediatrics.

Finalmente, si se niega absolutamente a vacunar a su hijo a pesar de todos nuestros esfuerzos, le pediremos que busque otra práctica que comparta su filosofía. Como profesionales médicos, creemos firmemente que vacunar a los niños a tiempo con las vacunas disponibles actualmente es absolutamente lo correcto para todos los niños y adultos jóvenes. Nuevamente, no dude en hablar con cualquiera de nosotros sobre cualquier pregunta o inquietud que pueda tener sobre las vacunas.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____