

FORMULARIO DE REGISTRO PEDIÁTRICO

Youthcare Pediatrics
 (Teléfono) 478-923-3360 | Fax 478-923-9977
www.youthcare.net



INFORMACIÓN DEL HIJO/HIJA - DEBEN COMPLETARSE FORMULARIOS SEPARADOS POR CADA HIJO O HIJA EN LA FAMILIA

NOMBRE COMPLETO DEL HIJO/HIJA (PRIMER, SEGUNDO NOMBRE Y APELLIDO)			GÉNERO DEL HIJO/HIJA <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		IDIOMA PRINCIPAL DEL HIJO/HIJA <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/> ESPAÑOL		FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO/HIJA	
DIRECCIÓN DE HOGAR PRINCIPAL (NO CASILLEROS POSTALES)					DIRECCIÓN DE EMAIL DE LA FAMILIA PRINCIPAL			
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL		ETNIA DEL HIJO/HIJA <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> OMITIR <input type="checkbox"/> NO HISPANO		RAZA DEL HIJO/HIJA <input type="checkbox"/> OMITIR <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO	
NÚMERO DE HOGAR PRINCIPAL		NÚMERO CELULAR PRINCIPAL			NÚMERO DEL TRABAJO PRINCIPAL		<input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> ISLEÑO DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> OTRO: _____	

INFORMACIÓN DE LA MADRE o GUARDIÁN LEGAL

INFORMACIÓN DEL PADRE o GUARDIÁN LEGAL

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE/GUARDIÁN			NOMBRE COMPLETO DEL PADRE/GUARDIÁN					
# DE SEGURO SOCIAL DE LA MADRE/GUARDIÁN		NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE O GUARDIÁN			# DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE/GUARDIÁN		EL NIÑO/NIÑA VIVE CON (TILDE UNO) <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> OTRO: _____	
FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE/GUARDIÁN		ESTADO MARITAL DE LA MADRE/GUARDIÁN <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA <input type="checkbox"/> SEPARADA <input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> VIUDA			FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE/GUARDIÁN		ESTADO MARITAL DEL PADRE/GUARDIÁN <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO	
DIRECCIÓN POSTAL DE LA MADRE/GUARDIÁN				DIRECCIÓN POSTAL DEL PADRE/GUARDIÁN				
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE CASA DE LA MADRE/GUARDIÁN		TELÉFONO CELULAR DE LA MADRE/GUARDIÁN			TELÉFONO DE CASA DEL PADRE/GUARDIÁN		TELÉFONO CELULAR DEL PADRE/GUARDIÁN	
EMPLEADOR DE LA MADRE/GUARDIÁN		TELÉFONO DEL TRABAJO DE LA MADRE/GUARDIÁN			EMPLEADOR DEL PADRE/GUARDIÁN		TELÉFONO DEL TRABAJO DEL PADRE/GUARDIÁN	
DIRECCIÓN DE EMAIL DE LA MADRE/GUARDIÁN				DIRECCIÓN DE EMAIL DEL PADRE/GUARDIÁN				

INFORMACIÓN DEL SEGURO - ESTA SECCIÓN DEBE ESTAR COMPLETA O DEBE HACERSE EL PAGO TOTAL AL MOMENTO DEL SERVICIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO PRINCIPAL		NOMBRE DEL SUSCRIPTOR		FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR		RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL SUSCRIPTOR <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> OTRO: _____	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO SECUNDARIA		NOMBRE DEL SUSCRIPTOR		FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR		RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL SUSCRIPTOR <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> OTRO: _____	

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS

SE REALIZA TODO ESFUERZO POSIBLE PARA PROTEGER LA PRIVACIDAD DE NUESTROS PACIENTES. SIN EMBARGO, EN EL CASO DE UNA EMERGENCIA DONDE UN PADRE/GUARDIÁN LEGAL NO PUEDA SER CONTACTADO, ES POSIBLE QUE NECESITEMOS LLAMAR A ALGUIEN DE PARTE DE SU HIJO O HIJA. POR FAVOR LISTE A CONTINUACIÓN EL NOMBRE DE ALGUIEN CON QUIEN SU HIJO O HIJA NO VIVA Y QUIEN TENGA EL PERMISO DE SER CONTACTADO DE SER NECESARIO.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE NO VIVE CON SU HIJO/HIJA		RELACIÓN CON EL NIÑO/NIÑA		NÚMERO DE TELÉFONO PARA EMERGENCIAS DEL CONTACTO	
---	--	---------------------------	--	--	--

FARMACIA PREFERIDA

NOMBRE DE LA FARMACIA		DIRECCIÓN O INTERSECCIÓN		TELÉFONO (SI LO SABE)		FAX (SI LO SABE)	
-----------------------	--	--------------------------	--	-----------------------	--	------------------	--



POLÍTICA FINANCIERA

Al firmar abajo, usted acepta la responsabilidad financiera de todos los servicios prestados de parte de su hijo así sea que usted esté o no esté presente en la fecha del servicio. Por favor tenga en cuenta que un decreto de divorcio, acuerdo de separación o cualquier otro arreglo financiero entre dos partes no lo exime de su obligación financiera con la cuenta del paciente. Aunque otro guardián o adulto puede proveerle seguro para la salud del paciente, usted sigue siendo responsable de todo el importe restante.

- Nosotros presentamos reclamos a las compañías de seguro participantes como una cortección - usted es y sigue siendo responsable de asegurar el pago completo. Nosotros facturaremos a su compañía de seguro solo si estamos en una red y solo si su aseguradora acepta reclamos electrónicamente. Usted es responsable de confirmar el estado de nuestra red con su plan de seguro antes de programar una cita.
- Si nosotros no recibimos el pago de su compañía de seguro en los primeros 60 días desde la fecha de servicio, entonces se le puede facturar el saldo completo. Nosotros no presentaremos reclamos más de 90 días después de la fecha de servicio y usted debe pagar el saldo pendiente completo.
- El paciente con un saldo pendiente de 90 días o más debe organizar un plan de pago aceptable o su cuenta será entregada a una agencia de cobranzas. Los planes de pago están disponibles para pacientes con dificultades financieras; sin embargo, es su responsabilidad contactar a nuestro especialista en cobranzas para solicitar asistencia antes de que su cuenta esté morosa.
- Ocasionalmente durante las visitas programadas del niño o niña, un médico diagnosticará y tratará un problema. Cuando sea apropiado, los problemas abordados durante los exámenes preventivos serán facturados como cuidado de rutina además de la visita de bienestar del niño/niña. Algunas pólizas de seguro no cubren ambos servicios. En el caso que programe una visita de bienestar para su hijo o hija y sea abordado un problema, usted es responsable de cualquier copago, coseguro, deducible o denegación adicional después de la visita.
- Por ley debemos reportar de forma precisa todos los servicios de nuestros pacientes. No todos los planes de seguro cubren todos los servicios que proporcionamos. Es su responsabilidad saber si usted tiene cobertura antes de que se presten servicios. En el caso que su aseguradora determine que un servicio "no está cubierto" bajo su póliza, nosotros no podemos cambiar los códigos de procedimiento o diagnóstico para que pueda ser pagado.
- Todos los copagos deben pagarse en el momento del servicio sin importar quién lleve al niño o niña a una cita.
- Cuando se pague con un cheque personal, es necesaria una identificación fotográfica válida para verificar al firmante. Solo los cheques que han sido impresos con el nombre y la dirección del firmante serán aceptados. Todos los cheques devueltos serán tasados con un cargo de servicio de \$25.00. Los cheques con fechas posteriores no serán aceptados.
- Si por cualquier razón usted debe cancelar o reprogramar su o sus citas, por favor notifique a nuestra oficina al menos con 24 horas de antelación. Las familias que no se presenten 3 veces en 12 meses pueden ser echadas. Dos cancelaciones de citas con menos de 24 horas de aviso es el equivalente a no presentarse. Si tiene más de 10 minutos de tardanza para una cita, nosotros haremos lo mejor que podamos para servirle, pero nos reservamos el derecho de reprogramar su cita.

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Como el padre o guardián legal listado abajo, yo doy mi consentimiento de realizar procedimientos diagnósticos de rutina y/o tratamientos médicos según como sea necesario o recomendable por el médico de mi hijo o hija en Youthcare Pediatrics. Por lo tanto autorizo a Youthcare Pediatrics del Centro de Georgia para aplicar para beneficios de parte de mis hijos para todos los servicios prestados. Yo certifico que la información que he proporcionado sobre la cobertura de seguro de mi hijo o hija es correcta. Yo autorizo la divulgación de toda la información necesaria para que la compañía de seguro de mi hijo o hija determine los beneficios de los servicios prestados. Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados sean pagables a Youthcare Pediatrics de parte de mi hijo o hija. Yo he leído y estoy de acuerdo con las políticas financieras indicadas anteriormente. Yo entiendo que al final soy responsable del saldo en la cuenta de mi hijo o hija por todos los servicios prestados.

Nombre y firma del padre/guardián

Nombre del niño/niña

Nombre completo del padre/guardián en letra de molde

Nombre del niño/niña en letra de molde

Firma del padre/guardián

Fecha de nacimiento del niño/niña

Fecha de la firma

INDIVIDUOS AUTORIZADOS QUE TIENEN PERMITIDO ACOMPAÑAR A MI HIJO O HIJA PARA RECIBIR CUIDADO MÉDICO Y RECIBIR RESULTADOS MÉDICOS

Por favor liste a cualquiera que tenga su permiso de traer a su hijo o hija a nuestra oficina para recibir cuidado médico en su ausencia y/o quien esté autorizado para recibir la información médica de su hijo/hija. En el caso de una emergencia, solo las personas que usted autorice por escrito, según los requerimientos HIPAA, serán capaces de acompañar a su hijo o hija para que reciban tratamiento sin que usted esté presente.

NOMBRE DEL INDIVIDUO AUTORIZADO (PRIMER, SEGUNDO NOMBRE Y APELLIDO)	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL NIÑO	TELÉFONO PRINCIPAL
NOMBRE DEL INDIVIDUO AUTORIZADO (PRIMER, SEGUNDO NOMBRE Y APELLIDO)	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL NIÑO	TELÉFONO PRINCIPAL