



NUEVO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE

El nombre del niño: _____

(ÚLTIMO)

(PRIMERO)

(MEDIO)

(Sufijo-Jr, III, etc.)

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Macho Femenino SS#: _____

Raza: indio americano asiático negro / afroamericano más de una raza blanco hispano / latino prefiere no responder

Preferencia de Idioma: Inglés Español Otro: _____ Etnicidad: Hispano / Latino NO Hispano / Latino Prefiero no contestar

Principalmente reside en: _____ Madre y Padre _____ Madre _____ Padre _____ Otro: _____

Apellido de soltera de la madre: _____

Padre / Tutor # 1 (La persona que completa este formulario): _____

Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____

Dirección de envío: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono alternativo: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Relación con el paciente: _____

Padre / Tutor # 2 (¡NO liste a los padrastros aquí!): _____

Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____

Dirección de envío: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono alternativo: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Relación con el paciente: _____

_____ Teléfono

_____ Mensaje web (a través del Portal del paciente)

_____ Correo postal

Marque con un círculo el proveedor UNO que prefiere que su hijo vea: (Siempre puede ver a alguno de los proveedores y es posible que tenga que ver a otros proveedores a veces)

Dr Stephen Wall

Dr Steven Hammel

Dr Karin McLelland

Dr Sarah Evers

Dr Tyler Vereen

Anne Sarzynski, PNP

Karen Shaw, CPNP

Página 1

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Recibí una copia de Haywood Pediatric and Adolescent Medicine Group, Aviso de Prácticas de Privacidad de P.A., versión vigente desde 1/8/2013. Doy mi consentimiento para el tratamiento médico y los procedimientos de diagnóstico por parte de los proveedores de atención médica de Haywood Pediatrics. He leído el consentimiento para usar o divulgar información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica y, por la presente, autorizo la divulgación / transmisión de la información médica pertinente necesaria para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También he leído la Autorización para el uso y la divulgación de información de salud individualmente identificable y entiendo que si me niego a firmar esta autorización, la ley puede permitir que Haywood Pediatrics rechace el tratamiento. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud como se describe en el Aviso.

Por la presente autorizo a Haywood Pediatrics a proporcionar información sobre mi hijo a mis aseguradoras, a otras personas médicas a quienes Haywood Pediatrics ha derivado a mi hijo para recibir tratamiento, y al hospital de admisión en caso de que mi hijo sea admitido.

Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud individualmente identificable como se describe a continuación. Entiendo que la información que autorizo a una persona o entidad a recibir puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Seguro

Como cortesía, presentaremos reclamos para todas las visitas. Sin embargo, se espera que el pago al momento del servicio cubra los copagos, los montos deducibles, etc. y es responsabilidad del representante del paciente verificar con el seguro que estamos participando con su póliza y saber qué beneficios están cubiertos por ese seguro. política. Participamos con NC Medicaid / Health Choice, Aetna, BCBS, Cigna, Crescent, Medcost, Tricare, United Healthcare y varios otros planes.

Política financiera

Haywood Pediatrics se compromete a cuidar a los niños y jóvenes del condado de Haywood y brindar una excelente atención a los niños enfermos, independientemente de su situación financiera. Para ayudarlo, tenemos la siguiente política. Si tiene alguna pregunta, hable con un miembro del personal.

A menos que usted o su compañía de cobertura de salud hayan hecho otros arreglos por adelantado, el pago total se debe realizar al momento del servicio. Aceptamos efectivo y tarjetas de crédito / débito.

Esperamos el pago puntual de nuestros servicios, pero estamos dispuestos a discutir planes de pago para los padres de niños enfermos que están pasando por dificultades económicas.

A continuación están nuestras políticas financieras:

- **El pago se espera al momento en que se prestan los servicios.**
- **El adulto que trae al paciente a la oficina es responsable de la factura. No podemos responsabilizarnos de los arreglos entre padres divorciados y otros arreglos de custodia.**
- **Todos los copagos de seguro deben pagarse en el momento del servicio. A los pacientes no asegurados se les ofrecerá un descuento por pagar en su totalidad al momento del servicio.**
- **Esperamos pagos regulares (al menos cada 30 días) en los saldos pendientes y el representante del paciente es responsable de establecer los arreglos de pago con Haywood Pediatrics. De lo contrario, es posible que su cuenta sea derivada a una agencia de cobranza y la terminación de la misma a su familia.**
- **No se programarán las visitas de Cuidado de rutina y de Bienestar hasta que se liquiden los saldos pendientes o se hayan realizado los arreglos de pago adecuados**

Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos en Haywood Pediatrics y autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Haywood Pediatrics. Soy responsable del pago de todos los cargos no cubiertos por contratos de seguro, incluidos los copagos, deducibles, servicios no cubiertos y aquellos determinados por la compañía de seguros, donde no hay contrato con Haywood Pediatrics, por encima de lo habitual de la compañía de seguros. y tarifa habitual.

Nombre de la compañía de seguros: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Titular de la póliza Fecha de nacimiento: _____

Yo, como padre / tutor legal del niño en la lista, solicito y autorizo a Haywood Pediatric and Adolescent Medicine Group a realizar los servicios necesarios para mi hijo que el proveedor considere necesarios, esté o no presente en la cita en sí. Juro que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender:

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

CONTACTOS HIPAA

Indique a toda persona **MAYOR DE 18 AÑOS** que pueda llevar a su hijo al médico para recibir un diagnóstico, tratamiento e inmunizaciones, recoger formularios y recetas, y que podamos contactarlo en caso de emergencia. Entiendo que se hará todo lo posible para contactarme en caso de accidente, enfermedad grave o ingreso al hospital. (Si desea que un padrastro o un abuelo puedan traerlos **DEBEN** figurar en la lista aquí)

*** ¡YA NO PODEMOS TOMAR CONSENTIMIENTOS VERBALES! ***

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

16 Y 17 AÑOS: Doy mi consentimiento para que mi hijo de 16/17 años sea visto por Haywood Pediatric and Adolescent Medicine Group y para que la práctica realice los servicios necesarios para mi hijo que el médico / proveedor considere aconsejables, ya sea que esté presente. en la cita real.
_____ SÍ _____ NO Iniciales: _____

¿Se pueden dejar mensajes confidenciales (incluidos recordatorios, resultados de pruebas, etc.) en los contestadores / mensajes de voz?

_____ SI ___ NO

¡SÓLO PARA USO DE OFICINA! Reviewed by _____ on _____