

CLARKSBURG PEDIATRICS, LLC

Clarksburg Office
23218 Brewers Tavern Way
Clarksburg, MD 20871
(301) 528-8181
Fax: (301) 528-8282

Montgomery Village Office
18506 Office Park Dr.
Montgomery Village, MD 20886
(301) 869-6461
Fax: (301) 869-8960

North Potomac Office
12105 Darnestown Rd. Suite 21
North Potomac, MD 20878
(301) 987-7111
Fax: (301) 740-3113

FORMULARIO DEMOGRAFICO DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre/Paciente: _____ DOB: _____ F ___ M ___
Last Name First Name MI

Direccion del menor: _____

Número de Seguro Social: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Persona Responsable: _____

La responsabilidad de la persona responsable es asegurar los pagos de los gastos médicos a nuestras oficinas.
Nuestra oficina envía los cobros y espera que su compañía de seguros haga los pagos antes de cobrarle al paciente.
Si su a seguridad no hace ningún pago, la responsabilidad cae sobre el la persona responsable.

Informacion de Padres/Guardián

Nombre de la Madre _____ DOB: _____
Apellido Nombre Inicial

Teléfono de la Madre _____ Celular _____ Trabajo _____

Direccion: _____
Direccion Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Padre _____ DOB: _____
Apellido Nombre Inicial

Numero de teléfono del padre _____ celular _____

Direccion: _____
Direccion Ciudad Estado Código Postal

Información del seguro primario

Dueño de la póliza _____ Empleador _____

Número de ID _____ Fecha de Nacimiento: _____

Día de efectividad _____ Group # _____

Información del seguro secundario

Dueño de la póliza _____ Empleador _____

Número de ID _____ Fecha de Nacimiento: _____

Día de efectividad _____ Group # _____

HISTORIAL DEL PACIENTE

Nombre del Menor _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padres-Guardián: Por favor escriba todas las personas que viven en la misma casa del niño(a).

Nombre	Relación con el niño (a)	Fecha de Nacimiento	Problemas Médicos
--------	--------------------------	---------------------	-------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Peso de Nacimiento: _____ Vaginal _____ Cesaría _____

Historial Materno: _____

Durante el Embarazo: Uso de Tabaco _____ Drogas _____ Bebidas Alcohólicas _____

Fue él bebe fue dado de alta y llevado a casa junto con la Madre? _____

• Su hijo tiene alguna condicion de salud cronica? No Si, explique?

• Su hijo a estado en el hospital desde la noche en que nació? No Si, explique?

• Su hijo a tenido alguna cirugia? No Si, explique?

• Su hijo tiene algún problema médico en este momento (e.g.: asma, infecciones de iodo recurrente, diabetes)? No Si, explique y la edad

• Hay otros médicos al cuidado de su hijo(a) (e.g.: especialistas de alergias, aido, vista, etc.)? No Si, explique

• Tiene su hijo (a) alergias? Por favor mencione.

Medicamentos

Animales

Comidas

Temporadas

Otros: _____

• Tomas u hijo (a) medicamentos? (incluya vitaminas) No Si, explique:

• Ha recibido su hijo (a) inmunizaciones: Si, al corriente No, ninguna Ha recibido algunas pero no todas .

• Tiene preguntas acerca del menor? Comportamiento físico, mental o el desarrollo académico en la escuela? No Si, explique?

• Con quien vive el menor? _____

• Estado de los Padres: Casados Solteros Separados Divorciados

FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA TRATAR/CONCENTIR

Yo, _____ padre de _____ Entiendo que al firmar este formulario permito a **CLARKSBURG PEDIATRICS, LLC** y a sus empleados mi consentimiento para usar o revelar información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento para mi hijo (a), obtener pago de compañías de seguros y operaciones de atención médica, tales como revisiones de calidad. Me han informado que puedo revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad de la clínica antes de firmar este consentimiento. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se utiliza mi información médica protegida. Sin embargo, también entiendo que la práctica no está obligada a aceptar la solicitud. Si la práctica está de acuerdo con mi restricción solicitada, deben seguir la restricción. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, haciendo una solicitud por escrito, excepto por la información ya utilizada o divulgada.

Firma: _____

Fecha: _____

Relacion con el Paciente: _____

AUTORIZACION PARA LIBERAR LA INFORMACION DEL PACIENTE

Yo, _____ Padre/Madre de _____

Por la presente autorizo _____ de liberar la siguiente información a:

Clarksburg Pediatrics, LLC
23218 Brewers Tavern Way
Clarksburg, MD 20871
Phone: 301-528-8181 FAX: 301-528-8282

Esta solicitud de registro debe incluir:

___ Registro medico completo

O

Otra información mencionada abajo

Padre/Guardián firma: _____ Fecha: _____

Padre/Guardián nombre: _____

Autorización vence un año después de la fecha de arriba.

CLARKSBURG PEDIATRICS, LLC

"Nada de lo que hagas por los niños se pierde..." Garrison Keller

PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Al firmar este recibo por escrito de Clarksburg Pediatrics 'aviso de la prácticas de privacidad, por la presente reconozco conocimiento del aviso de la práctica de privacidad del paciente

Firma del paciente o representante legal

Nombre del paciente o representante legal

Fecha

Conocimiento NO obtenido porque...

Paciente o representante legal rechazo el aviso de privacidad

Otro, Por favor explique

Firma del Empleado

Fecha

TENGA EN CUENTA

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que es mi responsabilidad saber mi plan de seguro y sus deducibles, co-pagos, co-seguros. También entiendo que es mi deducible no se ha cumplido, o un porcentaje es mi responsabilidad, la oficina espera los pagos en el momento en que se prestan los servicios. El pago de los cargos de las visitas anteriores no cubiertas por su seguro es debido en el momento de registrarse. La presentación de reclamaciones de pagos a su seguros es una cortesía que extendimos a nuestros pacientes, usted es responsable de los saldos después de que su seguro procesa su reclamo. Si no se paga dentro de **120 días**, el **DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN DE PEDIATRÍA DE CLASBURG** comenzará varias actividades de recolección incluyendo, pero no limitado a, la presentación de la cuenta vencida a la agencia de cobranza también llamadas colección.

TARJETA Y POLÍTICA DE SEGUROS

Entiendo que debo traer una tarjeta de seguro físico y una forma actual de identificación a cada cita. Sin los dos físicamente presentes, se me puede pedir que vuelva a programar mi cita. No se aceptarán fotos de la tarjeta de seguro y de la identificación con foto en su teléfono. Tampoco podemos aceptar que las copias sean enviadas por correo electrónico a la oficina, ya que es una violación de la regulación **HIPPA**.

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS

Entiendo que esta oficina **NO** vuelve a prescribir medicamentos para el dolor crónico y los medicamentos para dormir. Si es necesario, la oficina me dará referencia para el manejo del dolor.

Cuota por el formulario. Los cargos por llenar los formularios son los siguientes (**formularios deportivos, formularios escolares**) El pago de la cuota se debe pagar por adelantado. Permita por favor **5 días** laborales, a menos que el doctor esté fuera de la oficina. Algunos formularios requieren una evaluación más compleja antes de completarse y pueden requerir una visita adicional para completar el formulario.

- **Todas las formas - \$ 10.00**

POLÍTICA DE RECARGA DE PRESCRIPCIÓN

Póngase en contacto con su farmacia para obtener todas las recetas de medicamentos recetados y pídale que envíen una solicitud electrónica. Tenga en cuenta que nuestra oficina requiere un aviso de **48 horas** en **TODOS** los pedidos de relleno, por lo que puede tardar hasta 2 días para completar su solicitud.

POLÍTICA SELFPAY

Con el fin de atender la necesidad de nuestros pacientes sin seguro, ofrecemos un descuento del **30%** de nuestros honorarios estándar. Para calificar, el pago debe hacerse **EN COMPLETO** antes o al finalizar su visita o procedimiento. Cualquier saldo restante no es elegible para un descuento. Este descuento se ofrece sólo en el momento del servicio. Esta política no se aplica a cargos varios.

ASISTENCIA FINANCIERA

Para pacientes con necesidades financieras, ofrecemos planes de pago extendido. Por favor, hable con uno de nuestros empleados para discutir sus opciones. Tenga en cuenta que el descuento de auto pago no se aplica a los planes de pagos

Firma del representante legal

Fecha

CLARKSBURG PEDIATRICS, LLC

TIENE QUE HACER LOS CARGOS SIGUIENTES

1. Hay un cargo de \$ 10.00 para completar cualquier formulario (ESCUELA, GUARDERÍA, CAMP, COLLEGE, ETC...) incluyendo cuando el niño(a) es visto por un físico, sin excepciones.

Por favor trate de darnos 5 días hábiles para completar los formularios.

2. Hay un cargo de \$ 10.00 por copiar, enviar por correo y enviar por fax todos los registros médicos por paciente.

3. NO ACEPTAMOS CHEQUE PERSONAL: SIN EMBARGO, HAY UNA CARGO DE \$35.00 POR UN CHEQUE REVOCADO.

4. Llame 24 horas antes de su cita para cancelar o reprogramar. La repetición de "NO SHOWS" incurrirá en un cargo de \$ 25.00 por adelantado el 1 de enero de 2012

Gracias,

CLARKSBURG PEDIATRICS, LLC

Paciente/Padre Guardián: _____

Firma del Paciente/Padre Guardián: _____

Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ESTA NOTIFICACIÓN

DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISARLO CON CUIDADO.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida, a notificarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, y a notificar a las personas afectadas después de un incumplimiento de información de salud no segura. Este Aviso resume nuestras obligaciones y sus derechos con respecto a su información. Nuestros deberes y sus derechos están expuestos más detalladamente en 45 CFR Parte 164. Estamos obligados a cumplir con los términos de nuestra Notificación que está actualmente en vigor.

1. Usos y revelaciones que podemos hacer sin autorización escrita. Podemos usar o divulgar su información de salud para ciertos propósitos sin su autorización por escrito, incluyendo lo siguiente: Tratamiento. Podemos usar o divulgar su información con el propósito de tratarlo. Por ejemplo, podemos divulgar su información a otro proveedor de atención médica para que puedan tratarlo; Proporcionar recordatorios de citas; O para proporcionar información sobre alternativas de tratamiento o servicios que ofrecemos. Pago. Podemos usar o divulgar su información para obtener el pago de los servicios que se le proporcionan. Por ejemplo, podemos revelar información a su compañía de seguro médico u otro pagador para obtener el pago por el tratamiento. Operaciones de Salud. Podemos usar o revelar su información para ciertas actividades que son necesarias para operar nuestra práctica y garantizar que nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar información para entrenar o revisar el desempeño de nuestro personal o tomar decisiones que afectan la práctica. Otros Usos o Divulgaciones. También podemos usar o divulgar su información para ciertos otros propósitos permitidos por 45 CFR § 164.512 u otras leyes y regulaciones aplicables, incluyendo lo siguiente: • Para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad o a la salud o seguridad de otros. • Según lo requiera la ley estatal o federal, como reportar abuso, descuido o ciertos otros eventos. • Como lo permiten las leyes de compensación de trabajadores para su uso en procedimientos de compensación de trabajadores. • Para ciertas actividades de salud pública tales como reportar ciertas enfermedades. • Para ciertas actividades de supervisión de salud pública tales como auditorías, investigaciones o acciones de licenciamiento. • En respuesta a una orden judicial, una orden judicial o una citación en procedimientos judiciales o administrativos. • Para ciertas funciones gubernamentales especializadas como las instituciones militares o correccionales. • Para fines de investigación si se cumplen ciertas condiciones. • En respuesta a ciertas solicitudes de las fuerzas del orden de localizar a un prófugo, víctima o testigo, o reportar muertes o ciertos crímenes. • A los forenses, directores de funerarias u organizaciones de adquisición de órganos, según sea necesario para permitirles desempeñar sus funciones.

2. Divulgaciones que podemos hacer a menos que usted objete. A menos que nos indique lo contrario, podemos revelar su información como se describe a continuación. • A un miembro de su familia, familiar, amigo u otra persona que esté involucrada en su atención médica o pago por su atención médica. Limitaremos la divulgación a la información relevante a la participación de esa persona en su atención médica o pago.

3. Usos y revelaciones con su autorización escrita. Otros usos y revelaciones que no se describen en este Aviso se harán solamente con su autorización por escrito, incluyendo la mayoría de usos o revelaciones de notas de psicoterapia; Para la mayoría de los propósitos de la comercialización. Usted puede revocar su autorización enviando un aviso por escrito al contacto de privacidad identificado abajo. La revocación no será efectiva en la medida en que ya hemos tomado medidas en dependencia de la autorización.

4. Sus derechos con respecto a su información de salud protegida. Usted tiene los siguientes derechos sobre su información de salud. Para ejercer cualquiera de estos derechos, debe presentar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad identificado a continuación. • Puede solicitar restricciones adicionales sobre el uso o divulgación de información para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar la restricción solicitada, excepto en la situación limitada en la que usted o alguien en su nombre paga por un artículo o servicio y solicita que la información relacionada con dicho artículo o servicio no sea revelada a un asegurador de salud. • Normalmente nos comunicamos con usted por teléfono, correo electrónico en su dirección de casa y posiblemente por correo electrónico si usted ha dado su dirección de correo electrónico. Usted puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted por medios alternativos o en lugares alternativos. Vamos a dar cabida a las solicitudes razonables. • Usted puede inspeccionar y obtener una copia de los registros que se usan para tomar decisiones sobre su cuidado o pago por su cuidado, incluyendo una copia electrónica. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por proporcionar los registros. Podemos denegar su solicitud bajo circunstancias limitadas, por ejemplo, si determinamos que la divulgación puede resultar en daño para usted u otros. • Usted puede solicitar que su información médica protegida sea enmendada. Podemos denegar su solicitud por ciertas razones, por ejemplo, si no creamos el registro de si determinamos que el registro es exacto y completo. • Puede recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho de su información de salud protegida. Puede recibir la primera contabilidad dentro de un período de 12 meses sin costo alguno. Podemos cobrar una tarifa basada en el costo razonable para todas las solicitudes posteriores durante ese período de 12 meses. • Usted puede obtener una copia impresa de este Aviso cuando lo solicite. Usted tiene este derecho incluso si ha aceptado recibir el Aviso electrónicamente.

5. Cambios a este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento y de hacer que el nuevo Aviso sea efectivo para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si cambiamos sustancialmente nuestras prácticas de privacidad, publicaremos una copia del Aviso actual en nuestra área de recepción y en nuestro sitio web. Usted puede obtener una copia del Aviso operativo de nuestra recepcionista o del Oficial de Privacidad.

6. Quejas. Usted puede quejarse con nosotros o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Privacidad. Todas las quejas deben ser por escrito. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.