

REGISTRACION DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Sexo: M: _____ F: _____ Edad _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Raza _____ Grupo étnico _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____

Nombre del padre: _____ fecha de nacimiento: _____ # seguro social _____

Nombre de la madre: _____ fecha de nacimiento: _____ # seguro social _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Correo electrónico _____ Nombre de su farmacia _____

Persona Responsable Financieramente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ C postal _____

Número de seguro social: _____ Teléfono _____ Empleador _____

Información De Su Seguro Médico:

Nombre de su seguro Primario: _____

Tipo: HMO _____ PPO _____ PAR _____ POS _____ MCO _____ Medicaid # _____

Número de pólisa: _____ Grupo: _____ Teléfono: _____

Dirección del seguro: _____

Nombre de empleador: _____ Teléfono: _____

Nombre se seguro secundario _____ ID _____

Tipo de suguro: Medicaid _____ PPO _____ HMO _____, MCO _____ Tricare _____ Telefono _____

Si usted tiene un plan de HMO o MCO , usted es responsable de elegir a la Dr. Indira Sinha como PCP (médico de atención primaria) de su niño/a ántes de que los servicios se presten o tendra que asumir plena y total responsabilidad de todos los cobros médicos de su nino/a.

Contacto de Emergencia

Nombre de una persona que notificar en caso de emergencia: _____

Relación con el paciente: _____ Numero de Teléfono: _____

Pacientes menores de 18 años no seran atendidos si no estan acompañados por sus padres o alguien que tenga custodia legal.

En caso que usted necesite que otra persona le traiga a su niño/ña para recibir atención médica, nombre una persona a quien usted le autorize raer, recibir, obtener y hacer deciciones sobre su niño/ ña.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Asignamiento & Autorizacion de beneficios :

La información que he dado es verdadera y correcta, y entiendo que será mantenida en estricta confidencia. También entiendo que es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio de salud de mi niño/a. Certifico que mi hijo/ja esta asegurado con _____ y asigno a Dr. Sinha todos los beneficios del seguro. Autorizo a esta oficina proveer infomacion médica necesaria para facilitar pagos por parte de mi seguro y acepto ser responsable por cargos o cobros no pagados por mi seguro médico. Se le avisa que si su seguro medico no cubre cualquier servicio que se le ofrece, usted sera completamente responsable por todos esos cargos. **Su co-pago y balance es requerido en cada visita**

Nombre: _____ relación con el/la paciente _____

Firma del padre/madre o tutor legal

Fecha

Consentimiento para Atención Médica: Con mi firma o firma electrónica a continuación, garantizo que soy el padre/madre o tutor legal del niño registrado (s) en este formulario. Por la presente solicito y autorizo a los médicos y otros proveedores de atención médica de Children First, Inc y de su personal profesional para llevar a cabo cualquier procedimiento de diagnóstico médico, atención quirúrgica, laboratorios, inyección medicas, radiografías u otros estudios que en su juicio profesional se considera necesaria para diagnosticar o tratar la condición (s) que han dado lugar a mi búsqueda de servicios de atención médica para mi hijo (a) en esta oficina. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, que existen riesgos y beneficios asociados a recibir tratamiento médico. Reconozco y acepto que Children First no me garantiza los resultados o tratamientos de mi niño(a). Como parte de la atención medica al paciente, Children First. origina, genera y mantiene expediente médico o registros electrónicos que describen el historial médico de mi hijo(a) tales como síntomas, examen, resultados de laboratorios, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuro.

Prueba paraVIH / hepatitis B o C: Reconozco que estoy informado de conformidad con la Sección 21.1-45.1 del código de Virginia ,, 1950, según enmendada, que si la prestación de servicios al paciente registrado (s) expone al proveedor a los fluidos corporales del paciente, de manera que pueden transmitir el virus de la inmunodeficiencia o virus VIH o la hepatitis B o C, entonces se considerará que el paciente ha consentido a las pruebas del virus del HIV or hepatitis B o C y para la divulgación de dichos resultados a la persona (s) expuestas, según lo dispuesto por la ley.

La ley de HIPAA: Reconozco que Children First, Inc me ha proporcionado con una copia de las prácticas de privacidad de la ley de HIPAA, que da una descripción más completa de información de usos y revelaciones. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en que esta oficina ya ha hecho usos sobre ella. También entiendo que puedo negarme a firmar este consentimiento, pero esta organización puede negarse a tratar mí / mi hijo según es permitido por la sección 164.506 del Código de Regulación Federal. Además, entiendo que Children First Inc. sirve el derecho de cambiar su aviso y prácticas, antes de su aplicación, de conformidad con la Sección 164.20 del Código de Regulaciones Federales. Deseo restringir la siguiente información de salud privada (PHI): _____

Divulgación de información médica: Por la presente autorizo Children First, Inc a revelar todo o parte del contenido del expediente médico de mi hijo. Entiendo que como parte de la operación de tratamiento, pago o atención de la salud de esta organización, puede ser necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, como a la compañía de seguros, laboratorios, agencia de colección, abogados, escuelas, especialistas, etc. incluyendo revelaciones a través de fax, correo electrónico o cartero. Esta autorización se da con el conocimiento y el entendimiento de que dicha divulgación puede contener información que puede resultar en una negación válida de seguro, o de lo contrario no podrán servir al interés del paciente registrado en este formulario.

Asignación de seguro: Por la presente autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente a Children First Inc. Todos los cobros médicos de mi niño(a). Entiendo que mi compañía de seguros puede tener co-pagos, deducibles anuales, exclusiones, y limitaciones. Estoy de acuerdo en ser responsable por todos esos balances no cubiertos por mi seguro medico.

Los niños menores de 18 años deben tener un padre o tutor legal presente: Niños menores de 18 años no pueden autorizar legalmente a su propio tratamiento. El tratamiento sólo puede ser aprobado por un padre o tutor legal. Si no puede asistir a su cita y debe enviar a su hijo solo, o con persona, por favor envíe una carta firmada de autorización con ellos.

Responsabilidad de los padres o tutor legal:

Citas perdidas: Es ley de esta oficina que tengo que dar un mínimo de 24 de aviso previo para cancelar o cambiar una cita. De lo contrario se me facturará \$ 25.00.

Cheques sin fondo: Por favor, tenga en cuenta que hay un cargo de \$ 40.00 por cualquier cheque devuelto.

STD/Embarazos: Resultados de la prueba de embarazo o STDs solo puede discutirse con el paciente, incluso si él / ella es menor de 18 años. Esto es debido a las regulaciones de la ley de HIPAA.

Acceso al Web portal: Si desea acceso a la información médica electrónica de su hijo, primero debe activar una cuenta con nuestra recepción. Para eso tendrá que proporcionarnos con su correo electrónico. Esta cuenta le permitirá imprimir su propia copia médica sin ningún costo.

Copia de expediente o vacunas: Ninguna información médica será revelada sin la autorización previa y por escrito de los padres o tutor legal. Una copia del registro de vacunas puede ser proporcionada libre de cargos a petición del paciente. Si desea la copia completa de su expediente médico, hay un cargo de \$ 15 de procesamiento + \$ 0,25 por página, además deberá presentar su identificación.

Importante: Es responsabilidad de los padres mantener su cuenta al día. Si usted tiene un nuevo seguro, dirección, número de teléfono, etc, debe proporcionarnos esa información. Cualquier reclamo de seguro denegado debido a: falta de referido, póliza inactiva, o información incompleta, etc, se le cobrará a usted. Si usted tiene una póliza HMO o MCO, usted es responsable de elegir a la Dr. Sinha como su pediatra (PCP) antes de recibir servicio médico. Si tiene dos o más seguros médicos, deberá proporcionarnos toda esa información, de lo contrario, dará lugar a que los cobros médicos sean negados, lo cual lo hará responsable a usted en su totalidad. Si se olvida de pagar su co-pago, se le facturará por ello más \$ 10.00 de multa.

Resultados de laboratorio: Tenga en cuenta que no llamamos a nuestros pacientes con resultados normales, pruebas anormales serán notificadas tan pronto como sea posible y la doctora los discutirá con los padres o tutor legan en la oficina.

Referidos: En caso de que necesite un referido, debe darnos aviso de 72 horas para llamar a su seguro, obtener autorización para el servicio que recibirá. Referidos para MRI, CT scan EEG, o servicios de especialistas, deben ser autorizadas al menos 10 antes de su cita. Por razones de seguridad y privacidad, no se envía por fax, ningún record médicos, recetas o cualquier otro documento médico a menos que sea una emergencia.

Formularios: Cobramos \$5.00 a \$10.00 para llenar formularios y toma hasta 5 días para completarlos. Formas sin nombre y fecha de nacimiento del paciente, no se llenan. Formas físicas deportivas, página 1 y 2 deben ser completa por el paciente antes de que llene el resto.

Reembolsos: Si usted paga por una visita al consultorio debido a un problema de seguro, y quieres que se le reembolse la visita, tendrá que presentar su propio reclamo a su compañía de seguros. Si usted está buscando el reembolso de nuestra oficina, usted debe traer el recibo original, además hay \$15.00de procesamiento. Reembolsos se hacen con arreglo previo y solo hasta después que su seguro haya pagado la visita.

Acuerdo Financiero y garantía: Acepto plena y total responsabilidad financiera por todos los servicios médicos prestados a mi hijo / s, y de todos los co-pagos, deducibles o cualquier cobro no cubierto que puede tener mi seguro médico, además entiendo, y estoy de acuerdo que en el caso de que no llevo a hacer pagos de acuerdo con las políticas de pago de Children First, Inc, o en caso de incumplimiento de mi obligación financiera, esta oficina puede terminar la relación "médico-paciente" (s) de acuerdo con el código de Virginia. Además, mi cuenta se transferirá a TRANSWORLD SYSTEMS (agencia de cobranza) por falta de pago, o en el caso que mi hijo (s) no están cubiertos por un plan de seguro médico, tendré que hacer un pago completo en el momento de la visita. También tengo la opción de hacer un plan de pagos antes de recibir atención médica.

Cuentas retrasadas: Si no pago la totalidad del monto o hago un pago parcial dentro de los 30 días de la fecha de facturación mensual, un cargo por pago tardío de 1,5% se añadirá al saldo cada mes. El hecho de no mantener mi cuenta corriente puede resultar en no poder recibir tratamiento / servicio adicional excepto en casos de emergencias o tengo que pagar por adelantado. En caso de incumplimiento de pago, estoy de acuerdo en pagar costo de de abogados y judiciales incurridos en el intento de cobrar su balance.