

PATIENT'S INFORMATION

Patient's last name: _____ First name _____ Middle name _____
Gender: Male/ Female Age: _____ D.O.B.: _____ Race: _____ Ethnicity: _____
Home Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Home phone #: _____ Cell phone #: _____ Work #: _____
Father's name: _____ SSN: _____ DOB: _____
Mother's name: _____ SSN: _____ DOB: _____
Legal guardian's name _____
E-mail address _____ Can we communicate with you via e-mail, electronic or web
portal? (https://childrenfirstdumfries.com) Yes ___ No ___ Pharmacy name & location _____

INSURANCE INFORMATION

Do you have insurance coverage for your child /minor? Yes ___ NO ___
Insurance name: _____
Policy Holder's Name: _____
Address if different from above: _____
Home phone #: _____ Work phone #: _____
Employer: _____
SSN: _____ DOB: _____ Gender: Male or Female
Plan type: PPO, HMO, MC or POS Tricare: Prime or Standard
Secondary Insurance Name: _____
Policy #: _____ Group #: _____
Ins. Phone #: _____ Address: _____

Patient/ Parent is responsible for all insurance deductibles and for non covered services.

Please notify this office if you change or cancel your insurance plan. Co-pay is due at the time of service.

EMERGENCY CONTACT

In the event of an emergency, whom should we contact?
Name: _____ Relationship: _____ Phone #: _____
In the event that you need some one else to bring your child for medical attention, name a person who is fully authorized to bring, receive
or make medical decisions about you child.
Name: _____ Relationship: _____ Phone#: _____

Please note that no patient under 18 years not be seen without his/her parent or legal guardian.

MEDICAL RECORDS:

**No medical records can be disclosed to an individual other than the parent or legal guardian, unless proper written authorization and
identification is obtained. For all children under foster care, social services, child protection services, legal documentation must be
presented before services are rendered.**

A copy of your child immunization record is required for all new patients.

Release & Assignment:

The information that I have provided is correct and to best of my knowledge. I understand that it will be held in strict confidence and it is
my responsibility to inform this office of any changes in my child's medical status. I certify that my child is covered the insurance
provided above and assigned directly to Dr. Indira Sinha all insurance benefits for services rendered. I understand that I am responsible for
providing all insurance information for all charges whether or not paid by my insurance. I authorize insurance submission whether manual
or electronic. I know that if I have an HMO policy, I must select Dr. Indira Sinha as my child's PCP or accept full responsibility for the balance.

Signature: _____ Relationship to the patient: _____ Date: _____

CONSENT TO MEDICAL CARE.

I consent to treatment as necessary or desirable to the care of my child named above, including but not restricted to whatever drugs, medication performance or surgery and conduct of laboratory, X rays or other studies may be used by **Dr. Sinha** or qualified designated. I understand as part of my/child health care, Children First Inc. originates, generates and maintains medical paper or electronic records describing my/ child's health history, symptoms, examination, test results, diagnosis, treatment, and any plan for future care or treatment.

I understand that this information serves as:

A basis for providing and planning my child's care and treatment.

- A means of communication among other healthcare specialists who contribute to my/child's care.
- A source of information for applying my diagnosis and treatment information to my insurance carrier.
- **A means by which a third- party payer can verify that services billed were actually provided, and**
- A tool for healthcare operation.

I understand and I have been provided with a **Notice of Privacy Practice** that provides a more complete description of information uses and disclosure. I understand that I have the following rights and privileges:

The right to review the notice prior to signing this consent,

The right to object to the use of my health information for directory purposes and

The right to request restriction as to how my health information may be used or disclosed to carry out treatment, payment, or health care operation.

I understand that Children First Inc. is not required to agree to the restriction requested. I understand that I may revoke this consent in writing, except to the extent that the organization has already taken action in reliance thereon. I also understand that by revoking or refusing to sign this consent, this organization may refuse to treat me/my child as permitted by section 164.506 of the Code of Federal Regulation.

I further understand that Children First Inc. serves the right to change their notice and practices and prior to implementation, in accordance with Section 164.20 of the Code of Federal Regulations.

I wish to have the following restriction to the use or disclosure of my protected health information

(PHI): _____

I understand that as part of this organization's treatment, payment, or health care operation, it may become necessary to disclose my protected health information to another entity, such as my insurance carrier, third party payers, collection agency, lawyers, schools, other healthcare practitioner, specialists, etc. and I consent to such disclosure for these permitted uses, including disclosures via fax or mail carrier. I fully understand and accept the terms of this consent.

Authorization for insurance benefits

I authorize and request my insurance company to pay directly to Children First Inc. insurance benefits otherwise payable to me. I understand my insurance carrier may have annual deductibles, coinsurance, waiting periods, exclusions limitations, or pay less than the actual bill service. I agree to be responsible for payments of all services rendered to my child, dependent, or my behalf.

Patient's Responsibility:

Missed appointments. I understand it's the policy of this practice that I must give a minimum of twenty four hours notice if it becomes necessary for me cancel an appointment. In the event that 24 hours notice is not given; I understand that I will be billed \$25.00 for any missed appointment.

Return Check: Please note that there is a \$40.00 charge for any returned check.

STD/Pregnancy test results and care are disclosed and discussed with the patient only, even if he /she is under 18 years. This is due to HIPAA regulations.

Web portal access: if you would to access to your child's medical information, you must first set up an account with our front desk . Please note that the record is read only format. If you constantly forget your pass word, there is a \$5.00 charge to re-set your account.

Shot/medical records: No medical information/ record will be disclosed without prior written authorization from parent or legal guardian. A copy of shots records can be provided free of charges at patient's request. Additional medical copies or copy of medical record: can be provided with a \$ 15 processing fee + 0.25 cent per page.

Important: It is the patient's responsibility to maintain their account current. If you have new insurance, address, phone number, etc. you must provide us with that information. Any insurance claim denied due to: no referral, not active at the time of service, missing information, etc. you will be billed for it. If you have a HMO or MC insurance plan, you must select Dr. Sinha as your primary doctor before you receive medical service. If you forget to pay your co-payment, you will be billed for it + a \$ 3.00 billing fee will be added to your account.

Lab Results: Please note that we do not call our patients with normal test results, abnormal tests results will be notified as soon as possible and will be discussed with patient in the office.

Referrals: Should you need a referral, you must give us 72 hours notice to call your insurance, get authorization for the service you will receive, and generate a referral. Referrals for MRI, CT scan EEG, minor surgeries, outpatient services, must be authorized at least 10 days in advanced.

For security and privacy reasons, we do not fax referrals, medical records, prescriptions or any other medical document unless a life-threatening emergency occurs.

Forms: We charge \$ 10.00 and up to fill out forms. (Depending on the complexity of the form) and takes up to 5 days. Forms without patient's name on it, will not be fill out. Sport physical forms, page 1 & 2 must be complete by patient before you we fill it out. WE DO NOT FAX FORMS.

Reimbursements: You must have an original receipt or any proof of payment in order to get reimbursed.

Financial arrangements

For your convenience, we offer the following methods of payment. Please check the option that you prefer. Payment is due in full at each appointment.

- Cash
- Credit card (not American Express or Discover)
- I wish to discuss the office's payment policy

Late payment charges

If I do not pay the entire amount or make partial payment within 25 days of the monthly billing date, a late payment charge of 1.5% will added to the balance each month. I realize that failure to keep my account current may result on being unable to receive additional treatment/ service except for emergencies or where there is a pre-payment for additional services.

In the case of default of payment, I agree to pay collection cost and reasonable attorney and court fees incurred on attempting to collect on this amount or any future amount balance.

Parent or legal guardian's signature

Date

FOR LOCAL USE ONLY: Consent received by _____ Consent refused by patient, and treatment refused as permitted _____

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: _____
E-mail (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: _____
Tipo: HMO _____ PPO _____ PAR _____ POS _____ MC _____ Medicaid # _____
Número de polisa: _____ Grupo: _____ Teléfono: _____
Dirección del seguro: _____
Nombre de empleador: _____ Teléfono: _____

Tiene algun otro seguro medico? Yes ___ No ___ Si tiene otro seguro, favor de presentarselo a la recepcionista.

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 traer, recibir, obtener y hacer decisiones sobre su niño/ ña.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Asignamiento & Autorizacion de beneficios :

La información que he dado es verdadera y de mi mejor conocimiento, 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 el paciente 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 advierte que si su seguro medico no cubre cualquier servicio que se le ofrece, usted sera completamente responsable por todos esos cargos. Su co-pago es requerido en cada visita

Firma del padre/madre _____ Fecha _____

Garantía de pagos, asignación de beneficios de seguro médicos, Divulgación de información privada de salud (PHI) autorización de tratamiento.

Yo : _____ autorizo tratamiento médico como fuera necesario o conveniente para el cuidado médico de mi niño/ña : _____ incluyendo pero no limitado a cualquier droga, medicamento, cirugía, laboratorio, rayos X o cualquier otro estudio usado o administrado for la Doctora Sinha o sus designados calificados. Yo entiendo que como parte del cuidado médico de mi niño/ña, Children First Inc., crea u origina información médica ya sea en papel o eletronicamente describiendo diagnósticos, tratamientos, exámenes físicos, resultados de laboratorio o planes futuros de cuidado médico.

Yo entiendo que esta información sirbe como:

Planear el tratamiento y cuidado de mi niño/ña.


Un medio de comunicación con médicos especialistas que contribuyen al cuidado de mi niño/ña.


Una fuente de información a mi seguro médico por diagnósticos y tratamientos recibidos.


Un medio por el cual una tercera institución pueda verificar que los cobros hecho a mi seguro médico sean correctos y berdicos.

Una herramienta para cuidado medico en general.

Yo reconosco que recibí una copia de Practicas de Privacidad la cual ofrece y describe esta imformacion mas amplia y detalladamente. Tambien entiendo que teng los siguientes derechos y privilejios:

 El derecho de revisar este aviso antes de firmarlo,

 El derecho a negarme al uso de mi infomacion médica privada.

 El derecho a aplicar restricciones en cómo mi imformación médica pueda ser usada y

divulgada para proveer tratamientos, pagos u operaciones médicas en general.

Yo entiendo que esta oficina no tiene la obligacion de aceptar las restricciones que pueda imponer; al mismo tiempo entiendo que puedo rebocar o cancelar por escrito esta autorización excepto si esta oficina ya ha echo uso de esta autorizacion y mi información médica ya ha sido diseminada.

Entiendo que si me niego a firmar esta autorización, Children First Inc. puede negarse a proveer tratamiento médico a mi niño/ña, según es permitido por ley seccion 164.506 del Codigo Federal de Regulaciones. Ademas entiendo que Children First Inc. se sirve el derecho a cambiar este aviso antes de implementarlos de acuerdo con la seccion 164.20 del Codigo Federal de Regulaciones.

Deseo que las siguientes restricciones sean aplicadas en las Practicas de Privacidad de mi niño/ña:

Entiendo que como parte de tratamientos, pagos de seguro médico, operaciones generales de esta oficina, podría ser necesario diseminar mi información médica privada a otras instituciones tales como compañías de seguro médico, terceras compañías médicas, agencias de colección, abogados, escuelas, oficinas médicas, especialistas, etc. y autorizo y doy mi consentimiento a dichas diseminaciones ya sea via fax, por correo o eletronicamente. Yo entiendo y acepto completamente lo terminos y condiciones de este aviso.

Autorización para recibir beneficios por parte se su seguro médico.

Le autorizo y pido a mi seguro médico, pagar a Children First Inc. todos los beneficios for atencion médica recibida. Entiendo que mi seguro puede tener deductibles, periodos de espera, exclusiones, limitacion, o pagar menos de lo debido; yo acepto ser responsable por todos estos cargos incurridos en atencion médica recibida por parte mia o de mi niño/ña.

Responsabilidad del paciente.

Importante. Es responsabilidad del paciente mantener su cuenta al dia. Si tiene nuevo seguro médico, nueva dirección, número de telefono, o su estado médico a cambiado, es su deber informarle a esta oficina para evitar problemas con su seguro o con la atencion médica que de le presta. Cualquire cobro negador por su seguro médico HMO MC, debido a falta de informacion, o no pidió a su seguro médico asignarle a la Dr. Sinha como la pediatra de su niño/ña antes de recibir atencion médica, o no trajo un referido de su pediatra si yá tiene uno.

Resultados de laboratorios. No se le notificará si su resultado de laboratorio es normal. Resultados anormales seran noficados y discutidos directamente con la doctora en la oficina.

Web acceso medico: Usted puede tener acceso a su expediente medico por medio de internet con su correo electrónico, creando una cuenta con una clave. Para crear esta cuenta usted necesita hablar con la recepcionista quien le explicara paso por paso.

Referidos. Se require aviso de 72 horas de anticipacion para obtener un referido. Referidos para CT scan, MRI, EEG, sirugias menores, etc, necesitan por menos dias de aviso anticipado para poder obtener authorization de su seguro y generar un referido.

Citas médicas/checks sin fondos. Es regla de esta oficina que debe dar aviso de la cancelación de una cita con un mínimo de 12 horas de anticipacion. En caso de no cumplir con esta regla, se me impondrá una multa de \$ 25.00. Tambien se le impondrá una multa de \$ 40 por cada checke sin fondos.

Copia de expediente/informacion médica. Ninguna informacion médica del paciente sera entregada, sin antes obnetner una autorización escrita del padre, madre, o guardian legal. Una copia del record de vacunas gratis se puede entregar a peticion del paciente. Se cobra \$15 por procesar y copiar un expediente +0.25 por página adicional.

Por rasonez de privacidad y seguridad, esta oficina no se envia por fax: referidos, recetas médica, o algun otro dumento medico almenos se trate de algun caso de emergencia.

Formularios: Se le hace saber que demora hasta 5 dias para llenar cualquier formulario & hay un cargo de \$10.00 por formulario. No se puede mandar por fax.

Arreglos financieros.

Para su conveniencia, ofrecemos los siguientes tipos de pagos. Por favor elija el que mejor le convenga.

En efectivo o tarjeta de crédito.

Deseo discutir las reglas de planes de pagos de esta oficina.

Multas por pagos retrasados:

Si no pago la cantidad entera o pago parcial dentro de 25 dias del ciclo mensual, una multa del 1.5% de la cantidad total se me añadirá a mi balance cada mes.

Tambien entiendo que si no mantengo mi cuenta al corriente, podria resultar incapacitado/da a recibir atención o servicios médicos almenos que pague por adelantado o se trate de un asunto de vida o muerte.

En caso de no hacer ningun pago despues de recibir un tercer cobro (90 dias), mi cuenta será transferida a una agencia de colección; en lo cual yo seré responsable por costos de abogados, cortes u otro gasto incurrido en este proceso.

Nombre del padre/madre o apoderado legal

Firma del padre/madre o apoderado legal

Fecha