

FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____	¿ Paciente Nuevo? ___Si ___No	¿ Establecido Familia? ___Si ___No
	¿ Hijo de Crianza? ___Si ___No	

INFORMACION DEL PACIENTE	
Apellido legal del paciente: _____	Ethnicidad: ___Hispanic ___Non-Hispanic ___Orto___Desconocido
Nombre Legal: _____ Inicial: _____	Carrera: ___Indio Americano ___Nativo de Alaska ___Asiatico ___Negro/Africano ___Caucasico ___Otro ___Desconocido

Otro Nombre o preferencia: _____	El paciente vive con (marque lo que corresponda): ___Madre ___Padre ___Ambos ___Otro: _____	Fecha de nacimiento: _____	Anos: _____	Genero: ___M ___F
----------------------------------	--	----------------------------	-------------	-------------------

Idioma Preferido: ___Inglés ___Español ___Otro _____

GARANTE (RESPONSABLE DE PAGO DE SERVICIOS MÉDICOS) e información de contacto		
Garante: _____	Fecha de nacimiento: _____	Primaria (dia) Teléfono: _____ ¿ Si es Celular, Ok para recordatorio de texto del la cita?: ___Si ___No ¿ Se puede dejar un mensaje? ___Si ___No
Relación: ___Madre ___Padre ___Otro ___	Genero: ___M ___F	Idioma Preferido: ___Inglés ___Español ___Otro _____ Requiere un interprete: ___Si ___No

Dirección: _____ Apto _____	Teléfono Secundario: _____	Email: _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____	¿Se puede dejar un mensaje? ___Yes ___No	El acceso MyChart?: ___Yes ___No (Esto le permitirá acceder a los registros de vacunación en cualquier momento)

Contacto Secundaria: _____	Fecha de nacimiento: _____	Primaria (dia) Teléfono: _____ ¿ Si es Celular, Ok para recordatorio de texto del la cita?: ___Si ___No ¿ Se puede dejar un mensaje? ___Si ___No
Relación: ___Madre ___Padre ___Otro ___	Genero: ___M ___F	Idioma Preferido: ___Inglés ___Español ___Otro _____ Requiere un intérprete: ___Si ___No

Dirección: _____ Apto _____	Teléfono Secundario: _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____	¿Se puede dejar un mensaje? ___Si ___No

Otros niños en Familia					
Nombre: _____	DOB: _____	Gender: ___M ___F	Nombre: _____	DOB: _____	Gender: ___M ___F
Nombre: _____	DOB: _____	Gender: ___M ___F	Nombre: _____	DOB: _____	Gender: ___M ___F
Nombre: _____	DOB: _____	Gender: ___M ___F	Nombre: _____	DOB: _____	Gender: ___M ___F

INFORMACIÓN DEL SEGURO : Por favor dé su tarjeta de seguro (S) Y copago correspondiente a la recepcionista
Si Ningun Seguro Medico: Marque Este Cuadro Auto-Pago

Seguro primario: _____	Identificación de miembro (todos los dígitos) _____	Numero de grupo si es aplicable _____
Fecha de vigencia: _____	Copago \$ _____ (Si es aplicable)	
Nombre del Suscriptor: _____ (El nombre de la persona que tiene el benefició de seguro)	Dirección-si es diferente de Primaria/Secundaria Contacto: _____ Dirección: _____	Teléfono Principal: _____
Fecha de nacimiento: _____ Género: ___M ___F	Apto _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____	Relacion del paciente al suscriptor ___ Niño ___Other _____

SEGURO DE SECUNDARIA (si el paciente tiene 2 Seguros , no se colectará copago al momento del servicio , pero si fuera necesario, El Garante reciba el cobro)

Seguro Secundario: _____	Identificación de miembro _____	Grupo # si es aplicable _____
Fecha de vigencia: _____		
Nombre del Suscriptor: _____ (El nombre de la persona que tiene el beneficio de seguro)	Dirección-si es diferente de Primaria/Secundaria Contacto: _____ Dirección: _____	Teléfono Principal: _____
Fecha de nacimiento: _____ Género: ___M ___F	Apto _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____	Relación del paciente al suscriptor ___ Niño ___Other _____

FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

INDIQUE LOS INDIVIDUOS AUTORIZADOS A LLEVAR EL PACIENTE A LAS CITAS O CON QUIEN NOS PODEMOS COMUNICAR CON LAS CITAS RELATIVAS, RESULTADOS DE PRUEBAS, INFORMACIÓN MÉDICA , ETC.

Nombre (Nombre/Apellido)	Relación:	Teléfono:	Permitido:
Nombre (Nombre/Apellido)	Relación:	Teléfono:	Permitido:
Nombre (Nombre/Apellido)	Relación:	Teléfono:	Permitido:
Nombre (Nombre/Apellido)	Relación:	Teléfono:	Permitido:

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesarias para procesar reclamaciones. También solicito el pago de los beneficios del gobierno a Advanced Pediatric Associates (APA) , que acepta la asignación. Yo autorizo el pago de beneficios médicos en APA para todos los servicios prestados por sus proveedores y / o personal.

Paciente / padre / tutor: Imprimir Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Si el paciente es mayor de 18 años / paciente debe firmar

POLÍTICA FINANCIERA

Advanced Pediatric Associates (APA) se dedica a brindar una excelente atención y servicios excepcionales para cada paciente en cada visita. APA participa con muchos de los principales planes de salud. Debido a los beneficios y exclusiones se proporcionan únicamente al suscriptor y los miembros de su familia, APA no tiene manera de saber lo que incluyen. **Por lo tanto, es responsabilidad del garante y el suscriptor conocer la cobertura y los beneficios de su seguro para su hijo o hijos.**

Lo siguiente identifica las responsabilidades tanto de APA y el garante (padre o tutor legal del niño) que consienta los servicios prestados al paciente.

RESPONSABILIDADES DE APA:

- Para facturar los planes de seguro de atención médica administrada en lo que participamos
- Para cobrar copagos en el momento de servicio basado en el contrato de APA con cada seguro
- Proporcionar servicios de atención de salud, utilizando las mejores prácticas establecidas por la Academia Americana de Pediatría
- Para llevar a cabo el cuidado del niño sano basado en los requisitos de edad específicos establecidos por la Academia Americana de Pediatría, que puede incluir, pero no se limitan a, examen de la visión y audición, cuestionarios de desarrollo y pruebas de laboratorio

NOTA IMPORTANTE: APA no puede garantizar ni prometer que todos los servicios previstos en el momento de la visita serán cubiertos por el plan de seguro médico del paciente o cubiertos bajo un copago.

Los procedimientos realizados, además de la visita al consultorio, incluyendo pero no limitado a una prueba de estreptococos, extracción de sangre, la eliminación de la cera del oído, o pruebas de laboratorio pueden requerir un copago adicional, coseguro y/o deducibles basada específicamente en el plan de seguro individual de cada paciente.

Chequeo para niños sanos: examen de la vista, la audición, la evaluación del desarrollo, pruebas de laboratorio, etc. se consideran procedimientos facturables separados de la visita real del niño sano y puede implicar un coseguro o deducible adicional o, posiblemente, no pueden ser cubiertos por su plan de seguro.

** Si otros problemas de salud o problemas se abordan en el momento de un chequeo del niño sano, Una visita facturable por separado puede ser cargado como un añadido a la visita de verificación de Niño sano, que puede requerir un copago adicional, el coseguro y /o en base deducible de su los Beneficios del plan de seguro.*

Garante (padre o tutor legal) RESPONSABILIDADES:

- Para comprobar que APA y/o sus médicos son profesionales de la salud que participan con el plan de su hijo
- Para comprobar que uno de los médicos de APA se muestra como el PCP (proveedor de atención primaria) con su hijo (s)'s plan si es requerido por su plan de seguro (si hay otro grupo pediátrico o proveedor es el PCP, no podemos mandar la factura a su plan, su hijo puede ser visto, pero el pago será debido en su totalidad al momento de la visita.)
- Para conocer los beneficios y exclusiones previstos por su plan de seguro incluyendo la cantidad del copago, coseguro y deducible, así como la fecha de expiración
- **Proporcionar en el momento de cada visita**, la tarjeta de seguro y toda la información necesaria para mandar la factura al seguro.

- **NOTA:** Si esta información no se proporciona en el momento de la visita, pero siempre en un momento posterior, APA no se hace responsable de ajustar fuera de los cargos si se le niega el reclamo. (cada seguro sólo permite un cierto período de tiempo para presentar reclamos, es decir . 60 días) y el garante será responsable del pago de los cargos negados en su totalidad
- A pagar en su totalidad cualquier servicio que su seguro pueda negar que no es cubierto
- Para pagar todos los coseguros y /o deducible tras la recepción de la primera factura (debido cuando se recibe la primera fractura
- A pagar en tu totalidad en el momento de servicio previsto por APA si no participamos con su plan de seguro. (le daremos un recibo para que mande a su seguro para recibir reembolso)
- Para pacientes sin seguro, cargos deben ser pagados al momento de la visita
- Para comunicarse con **Servicios Financieros del Paciente al 720-974-7185** si no puede pagar al recibir el primer estado de cuenta para establecer acuerdos de planes de pago (Planes de pago debe ser pagado en la cantidad y fecha acordadas).
- Para pagar la comisión bancaria \$20.00 de retorno si se proporciona un cheque sin fondos no suficiente como forma de pago.
- Para pagar las tarifas de cobro que pueden ser aplicados si la cuenta es entregada a colecciones.
- **NOTA IMPORTANTE:** Después de haber realizado todos los intentos de cobrar saldos pendientes de pago, si continua con la falta de pago de la cuenta podría resultar en que le den de baja de la práctica.

Al firmar este formulario reconozco que he leído, entendido y aceptado la política financiera anterior establecido por APA (Si desea una copia de esta política financiera, por favor pregunte a la recepción por una):

Nombre Impreso

Relación al Paciente

Firma

Fecha

PARA PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS (debe firmar si el padre es continuar con el pago de los servicios médicos por APA):

Al firmar este formulario, acepto que, _____, mi _____, para ser financieramente responsable de todos los gastos relacionados con la atención médica que pueda recibir de APA. Autorizo al personal de APA a revelar solamente la información específica con respecto a mi cuenta financiera con la APA a este individuo. Además, autorizo a la APA para enviar todas las declaraciones o solicitudes de información de seguros a este individuo sin restricción. Entiendo que puedo revocar estos privilegios en cualquier momento haciendo mi cuenta financiera de mi exclusiva responsabilidad. Reconozco que esta autorización no autoriza la APA a revelar completamente mi historial médico, y debo llenar la alta médica adecuada de la información para permitir esto.

Nombre impreso

Firma

Fecha

Esta Confirmación se explorará en el registro PERMANENTE médico electrónico del paciente

CANCELACIÓN, SI NO SE PRESENTA, POLÍTICA DE LLEGADA TARDIA

APA se esfuerza para dar cabida a la mayor cantidad de citas el mismo día como sea posible con el fin de proporcionar la mejor atención posible a todos nuestros pacientes. Es nuestra política para pedir al paciente que llegue 10 minutos antes de su cita programada. Si hay más de 1 niño en la familia que sea visto, por favor llegue 15 minutos antes de la cita programada para permitir el registro de entrada y ser visto con prontitud.

Si necesita cancelar una cita, por favor proporcionar 24 horas de aviso o con la mayor anticipación posible para permitir que el tiempo para servir a otro paciente. Si no se proporciona suficiente antelación se podría considerar un "no show". Si va a llegar tarde a la consulta de su hijo, le pedimos que llame a nuestra oficina cuando es capaz de la notificarnos de la demora. A continuación se resumen las políticas:

- **Las Llegadas Tardías:**
 - Una llegada tardía es de 5 minutos o más a partir de la hora de la cita.
 - Llegar tarde o puede hacer que la cita para ser reprogramado en una fecha y hora más tarde para dar cabida a otros pacientes en el calendario que llegó a tiempo.
 - Los reincidentes o la repetición pueden ser dados de baja de la práctica.
- **Las Cancelaciones:**
 - Notificación de cancelar una cita debe ser administrada dentro de las 24 horas o mayor anticipación posible
- **Registros De A Pie:**
 - APA , por regla general, no es capaz de aceptar walk-ins y los pacientes se le proporcionará un tiempo de volver y ser visto
- **Los Niños, Adicionales:**
 - Los padres deben llamar a la APA antes de presentarse a la cita cuando se añade más hijos a una cita ya programada
- **Si No Se Presenta:**
 - APA se reserva el derecho de despedir a una familia de la práctica si hay 3 o más faltas si no se presenta

Al firmar este formulario reconozco que he leído y entendido las políticas anteriores (si el paciente es mayor de 18 años, el paciente debe firmar)

Nombre Impreso

Relación al paciente

Firma

Fecha

Esta Confirmación se explorará en la PERMANENTE registro médico electrónico del paciente

HIPAA ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN

Reconozco que he recibido o he dado la oportunidad de recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA de Advanced Pediatric Associates , LLP.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente (paciente debe firmar si tiene 18 años o más) Fecha

Firma del Representante Personal

Autoridad del Representante Personal para firmar por el paciente (marque uno):

Padre Guardián Poder Legal Otro: _____

Tenga en cuenta: Es su derecho a negarse a firmar este Acuse de Recibo

OFFICE STAFF ONLY:

I tried to obtain written Acknowledgement by the Individual noted above of receipt of our Notice of Privacy Practices, but it could not be obtained due to one of the following:

___ An emergency prevented us from obtaining acknowledgement.

___ A communication barrier prevented us from obtaining acknowledgement.

___ The individual was unwilling to sign.

___ Other: _____

Staff Member Signature

Date

**THIS ACKNOWLEDGEMENT WILL BE SCANNED INTO THE PATIENT'S PERMANENT ELECTRONIC
MEDICAL RECORD.**

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Doy permiso a Advanced Pediatric Associates, LLP para el tratamiento de mi hijo,
_____ (letra de imprenta), de acuerdo con los estándares de atención
definido por la Asociación Americana de Pediatría (AAP) y el reino de la necesidad médica según se
considere apropiado por el proveedor tratante.

Imprimir Nombre

Firma del padre/Guardián

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

Yo, _____ (letra de imprenta), hacer presente el consentimiento
y autorización de Advanced Pediatric Associates, LLP y sus proveedores y el personal para examinar y/o
el tratamiento de mi hijo en mi ausencia. Afirmo que tengo el derecho legal para dar su consentimiento
a esto. Yo entiendo que este consentimiento es legal y vinculante hasta que sea revocado
específicamente por mí mismo o por otra persona que tiene el derecho legal para firmar o revocar esta
autorización. Estoy al tanto que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y
reconozco que no se han garantizado a mí como a los resultados de los exámenes y/o tratamientos.

Doy los proveedores y el personal para tratar a mi hijo en mi ausencia con lo que la vacunación o plan de
tratamiento que consideren necesario y apropiado.

Firma

Fecha