



Fecha: ____/____/____

Localización de la oficina: _____

Registro de Nuevos Pacientes *Por favor complete un documento POR NIÑO.*

¿Como se entero acerca de Angel kids Pediatría? Por favor, marque todas las que aplican!

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Google Buscar | <input type="checkbox"/> Fun 4 First Coast Kids |
| <input type="checkbox"/> Google Mapa | <input type="checkbox"/> Conducir por Locaiton |
| <input type="checkbox"/> Television | <input type="checkbox"/> Publicidad Online |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Correo directo - Tarjeta Postal |
| <input type="checkbox"/> Senal Electronica o Cartelera | <input type="checkbox"/> Hospital/OB-GYN Oficina/ Médico Remisión |
| <input type="checkbox"/> www.myangelkids.com | <i>(específica por favor):</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> Seminario de Bebe Recien Nacido | <input type="checkbox"/> Familia o Amigo Remisión |
| <input type="checkbox"/> Compañía de Seguros | <i>(específica por favor):</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Evento Comunidad |
| <input type="checkbox"/> Twitter | <i>(específica por favor):</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Brochure | <i>(específica por favor):</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> Jax 4 Kids | _____ |
| <input type="checkbox"/> Jax Moms Blog | _____ |

Informacion del Paciente::

Apellido: _____ Nombre: _____ I. _____

Fecha de Nacimiento: _____ Genero: Masulin Femenino Otro

Primer Lenguaje: _____

Origen Etnico: Hispanic o Latino No-Hispanic o Latino Disconocido

Raza: Asiatico Negro Hawaiano o Pacific Islander Caucasio Indio Americano o Nativo de Alaska Disminución

Direccion Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono del Hogar: __ (____) _____ Telefono de Cell: __ (____) _____

Telefono de Trabajo: __ (____) _____ Otro Telefono: __ (____) _____

¿Como le gustaria ser alcanzado sobre loas siguientes materias? (Mínimo de una selección por aviso.)

Advisos General:

Direccion Postal Texto-a-Cell Telefono de cell Telefono del Hogar Correo Electronico (del hogar) Correo Electronico (del Trabajo)
 Telefono del Trabajo Fax Sin contacto

Recordatorio de Cita:

Direccion Postal Texto-a-Cell Telefono de cell Telefono del Hogar Correo Electronico (del hogar) Correo Electronico (del Trabajo)
 Telefono del Trabajo Fax Sin contacto

Recordar Aviso:

Direccion Postal Texto-a-Cell Telefono de cell Telefono del Hogar Correo Electronico (del hogar) Correo Electronico (del Trabajo)
 Telefono del Trabajo Fax Sin contacto

Notificacion del Portal de Paciente:

Texto-a-Cell Correo Electronico (del hogar) Correo Electronico (del Trabajo)

PARTE RESPONSABLE E INFORMACIÓN ADICIONAL:

Contacto 1:

Nombre: _____ Relacion al Paciente: Madre Padre Otro: _____
¿Vive con el Paciente? Si No FDN: _____/_____/_____ Seguro Social #: _____-_____-_____
Telefono de Cell: _(_____)_____ Telefono del Hogar: _(_____)_____
Telefono del Trabajo: _(_____)_____ Fax: _(_____)_____
Empleo: _____ Ocupacion: _____
Correo Electronico (del hogar): _____ Correo Electronico (del trabajo): _____

Contacto 2:

Nombre: _____ Relacion al Paciente: Madre Padre Otro: _____
¿Vive con el Paciente? Si No FDN: _____/_____/_____ Seguro Social #: _____-_____-_____
Telefono de Cell: _(_____)_____ Telefono del Hogar: _(_____)_____
Telefono del Trabajo: _(_____)_____ Fax: _(_____)_____
Empleo: _____ Ocupacion: _____
Correo Electronico (del hogar): _____ Correo Electronico (del trabajo): _____

Contactos de Emergencia:

Contacto 1:

Nombre (no vive en la misma direccion): _____ Relacion: _____
Telefono del Hogar: _(_____)_____ Telefono de Cell: _(_____)_____
Telefono del Trabajo: _(_____)_____

Contacto 2:

Nombre (no vive en la misma direccion): _____ Relacion: _____
Telefono del Hogar: _(_____)_____ Telefono de Cell: _(_____)_____
Telefono del Trabajo: _(_____)_____

INFORMACION DEL SEGURO:

Poliza de Medico Primaria

Nombre del Titular de la Poliza: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Genero: M F
Nombre de Seguro: _____ I.D. #: _____ Grupo #: _____
Relacion al Paciente del Titular de la Poliza: _____

COBERTURA RECIEN NACIDOS: *Si su hijo no es un recién nacido, por favor, omita esta seccion.*

Isi no lo ha hecho, por favir notifique a su compañía de seguro de la llegada de su recién nacido tan pronto sea posible. Muchos planes de seguro, incluyendo Medicaid, requieren una notificación inmediata. No hacerlo podría resultar en falta de pago de la reclamacion presentada. Al firmar abajo, entiendo que sere responsable por el pago total de los servicios si mi compañía de seguro se niega a pagarlo .

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Nombre de Padre/Tutor: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____

POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y NO SHOW

Su tiempo es importante para nosotros y aunque nos esforzamos por brindar atención de calidad a todos nuestros pacientes y familias, también debemos cumplir con nuestras políticas de práctica. Por favor, comprenda que la hora de su cita programada ha sido reservada especialmente para usted. Las cancelaciones tardías o las citas perdidas afectan negativamente nuestro horario.

Para mejorar nuestra atención, hemos implementado una nueva política de cancelación / no presentación que entrará en vigencia el 1 de enero de 2018. Agradecemos su cooperación y paciencia mientras tratamos de cumplir con estas pautas.

Se requiere que los **nuevos pacientes** lleguen UNA HORA antes de la hora programada para la cita de su hijo por motivos de seguro y papeleo. Para cualquier cita posterior, le pedimos que llegue 15 minutos antes de la hora programada para su cita.

Como cortesía a nuestros proveedores, personal y otros pacientes, le pedimos que llame al menos **24 horas antes de** la hora programada de su cita para cancelaciones. Si no puede, avísenos lo antes posible. **Si llega tarde a su cita y no tenemos disponibilidad, será necesario reprogramar su cita.**

Si no llama para cancelar la cita de su hijo, se documentará una "no presentación" en la historia clínica del niño. Después de TRES "No Show" dentro de los 12 meses, **se le dará de alta** del consultorio y se le pedirá que busque otro consultorio pediátrico para su hijo y sus hermanos.

Escriba sus iniciales junto a cada declaración a continuación.

_____ Después de la primera "no presentación", se le dará una llamada de cortesía para informarle de su cita perdida.

_____ Después del segundo "no show", habrá una tarifa de \$ 50 por no presentarse a su cuenta. Su seguro no cubrirá esta tarifa.

_____ Después del tercer "no show", resultará en una carta de alta vía certificado. del paciente de Angel Kids Pediatrics.

POLÍTICA DE SALA DE EMERGENCIA

Si su hijo tiene 2 o más visitas innecesarias a la sala de emergencias (es decir, secreción nasal, estreñimiento, etc.) durante nuestro horario laboral habitual (incluido el horario de todas las ubicaciones), se le dará de alta del consultorio y se le pedirá que busque otro pediatra para su hijo. y sus hermanos.

Escriba sus iniciales junto a cada declaración a continuación.

_____ Después de la primera "visita innecesaria a la sala de emergencias", se le dará una llamada de cortesía para informarle del uso innecesario de la sala de emergencias y se le pedirá que programe una cita de seguimiento.

_____ Después de la segunda "visita innecesaria a la sala de emergencias", el paciente recibirá el alta de Angel Kids Pediatrics.

Certifico que he leído, entendido y estoy de acuerdo con los términos presentados anteriormente.

Padre/Firma de Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Condición	SÍ	NO	Comentarios
Comentarios			
Lesiones graves o accidentes			
Hospitalizaciones o visitas a Sala de Emergencia			
Cirugías			
Problemas con el oído o audición			
Asma / Bronquitis / Bronquiolitis / o Neumonía (circule si aplica)			
Alérgenos exteriores			
Alérgenos de interiores			
Problemas de Corazon o Soplo Cardíaco			
Anemia o Problema de Sangrado			
Transfusión de Sangre			
Dolor Abdominal Frecuente			
Estreñimiento que requieren visita medica			
Infección de Riñon o Vejiga			
Mojar la Cama (Despues de los 5 Años de Edad)			
¿Si es paciente femenino, Inicio su Periodo Menstrual?			
¿Paciente Femenino, Alguna problema con el Periodo? (Cólicos, Secreción, cyclo irregular)			
Problemas de Piel Cronico o Recurrente? (Acné, Eczema, Etc.)			
Frecuentes Dolores de Cabeza			
Convulsiones u Otros Problemas Nuerológico			
Problemas Endocrinos y de Tiroides			
Algún Otro Problema Significativo			
Cánceres			
Recibe Atención Medica de Algún Especialista			
Toma Medicamentos diarios,Vitaminas o Suplementos de Hierbas			
Retraso o Falta de Vacunas			
Problemas de Salud Recurrentes (Infeccion de Oídos, Estreptococica, Infección Urinarias)			

HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE

HISTORIA SOCIAL	COMENTARIOS
Problemas de Comportamiento o de Salud Mental	
Historia de Abuso Infantil	
Uso de Tabaco, Droga , Alcohol	
Animales/Mascotas en la casa	

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

Condición	SÍ	NO	Miembro de la familia	Comentarios
Comentarios				
Sordera				
Alergia Nasales				
Asma				
Tuberculosis				
Enfermedad del Corazón ante de los 50 años				
Presión Arterial alta antes de los 50 años				
Cholesterol Alto				
Anemia				
Trastorno de Coagulación				
Enfermedad Hepática				
Enfermedad Renal				
Diabetes (Antes de los 50)				
Enuresis Nocturna (después de los 10 años)				
Epilepsia o convulsiones				
Abuso de Alcohol				
Abuso de Droga				
Enfermedad Mental				
Retraso Mental				
Problemas Inmunitarios, VIH o Sida				
Otras Preocupaciones Pertinentes				

HISTORIA DEL NACIMIENTO DEL PACIENTE

Historia de Nacimiento	Comentarios		
Edad gestacional del bebé	_____ semanas		
Peso al nacer	_____ lbs. _____ oz.		
Hospital de Nacimiento			
Médico que entregó al niño			
¿Vaginal or Cesaria?			
¿Lactancia Materna, Fórmula o ambos?			
Por favor, conteste las siguientes	SÍ	NO	Comentarios
¿Fue dada la vacuna contra la Hepatitis B en hospital?			
¿Paso la evaluación de audición en el Hospital?			
¿El niño tuvo ictericia?			

OTROS OCUPANTES QUE VIVEN CON EL PACIENTE:

Nombre: _____

Edad: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Relación: _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

No rellenar este formulario para que ultimos registros puedan obtenerse puede ocasionar que su hijo sea descargado de nuestra practica.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Información solocitada a:

Persona/Instalación: _____ Telefono: ____ (____) _____

Dirección: _____ Fax: ____ (____) _____

** Por fax solo un maximo de 25 páginas,por favor envíela a nuestra oficina. Gracias! **

Información puede ser revelada a:

Person/ Facility: Medical Records Department/ Angel Kids Pediatrics

Telefono: (904) 224-5437

Direccion: 4160 Boulevard Center Rd. Jacksonville, FL 32207

Fax: (904) 862-6159

Con el fin de:

Continuidad del cuidado Uso personal Otro: _____

Información a ser relevada (por fax, correo, or un otro Método compatible con HIPAA):

Record Medico General Historial Medico Resultados Physicos Notas de Progreso

Resultados de Pruebas Inmunización Notas de Consultas Otro

Inicia la siguiente declaracion:

Estos registros pueden incluir información relacionada con: enfermedades de transmisión sexual,

_____ VIH/SIDA, Tuberculosis,abuso de alcohol o drogas, embarazo, salud mental, maltrato infantil, intervención temprana y/o elegibilidad WIC.

La autorización caducara el _____. Entiendo que si no especifico uan fecha de caducidad,esta firma de autorización vencerá (6) meses a partir de la fecha en que se firmo.

Firma de Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Relació al paciente: _____

*** Como Cortesía, por favor, no disco. Gracias! ***

AUTORIZACIÓN DE ESTADO DE SALUD

Yo, _____ (Padre o tutor legal), por la presente autorizo a Angel Kids Pediatrics y su personal para brindar atención médica y tratamiento al paciente, que se enumera a continuación; así como la autorización para la divulgación de información sobre el estado de la atención de mi hijo, incluidos los resultados de laboratorio y de imágenes para proporcionar servicios médicos y tratamiento, en mi ausencia, para:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Telefono del Hogar: (_____) _____ Telefono del Cell: (_____) _____

¿Autorizar el acceso a los registros electrónicos del paciente? Si No

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Telefono del Hogar: (_____) _____ Telefono del Cell: (_____) _____

¿Autorizar el acceso a los registros electrónicos del paciente? Si No

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Telefono del Hogar: (_____) _____ Telefono del Cell: (_____) _____

¿Autorizar el acceso a los registros electrónicos del paciente? Si No

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Telefono del Hogar: (_____) _____ Telefono del Cell: (_____) _____

¿Autorizar el acceso a los registros electrónicos del paciente? Si No

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Si los padres están divorciados o separados, complete la siguiente sección:

¿Quién tiene la custodia primaria del niño? Madre Padre Otro: _____

¿Existe alguna restricción legal que impida que el padre sin custodia dé su consentimiento para el tratamiento médico del niño o de obtener información sobre el tratamiento médico del niño? Si No

En caso afirmativo, explique y proporcione una copia de la documentación legal que respalda esta restricción:

Firma del Padre/Tutor Legal: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Genero: M F

El niño es adoptado? No Si (En caso afirmativo, proporcione documentos judiciales)

Tenga en cuenta que, si se trata de un hogar de crianza temporal o familiar, requerimos que se nos proporcionen los siguientes elementos:

Documentos judiciales, identificación adecuada e información del asistente social.

PRIVACY NOTICE ACKNOWLEDGEMENT

I acknowledge that I have had the opportunity to review a copy of the Angel Kids Pediatrics Privacy Notice. I understand that I am responsible to read this Notice and notify Angel Kids Pediatrics, in writing, of any request for restrictions in the use or disclosure of my child's individually identifiable health information. I understand the notice included electronic access to my child's medical history. Angel Kids Pediatrics has the right to revise this Notice at any time and will post a copy of the current Notice in the office in a visible location at all times and on their website at www.myangelkids.com. Angel Kids Pediatrics will provide me with a copy of its most recent Notice upon my request.

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL: _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL: _____

FINANCIAL RESPONSIBILITY

Entiendo que, en consideración a los servicios prestados al paciente, soy directa y principalmente responsable de pagar el monto de todos los cargos incurridos por los servicios (incluidas las pruebas de laboratorio y radiología) y los procedimientos prestados en Angel Kids Pediatrics. Soy responsable de cualquier deducible, coseguro o copago aplicable antes de la prestación de servicios.

Angel Kids Pediatrics puede presentar un reclamo de pago con mi compañía de seguros según lo requiera el acuerdo contractual. Si la compañía de seguros no paga a Angel Kids Pediatrics de manera oportuna por cualquier motivo, entiendo que seré responsable del pago oportuno de todas las cantidades adeudadas a Angel Kids Pediatrics. En caso de que la cuenta sea remitida a una agencia de cobranza o un abogado para la cobranza, el abajo firmante pagará todos los costos de cobranza, incluidos los honorarios razonables del abogado. El departamento de facturación y / o los gerentes de la oficina manejan los asuntos financieros, no los médicos. Angel Kids Pediatrics seguirá cobrando los copagos, el coseguro y los deducibles correspondientes al momento del servicio del tutor presentador. Dirija sus preguntas en consecuencia.

Los acuerdos / responsabilidades financieras, como el divorcio, deben resolverse entre los padres. No nos involucramos en estos temas.

¿Quién debería recibir los extractos de facturación?

Contacto 1 Contacto 2 Otro (excluyendo seguro): _____

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR PRUEBAS DE SEGURO

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a Angel Kids Pediatric una copia **de la actual tarjeta** de seguro de mi hijo. Si no tengo seguro, sere considerado un paciente de pago privado(o pagar uno mismo)y yo soy financieramente responsable por monto total de los servicios prestado. **Notificaré a Angel Kids Pediatrics inmediatamente sobre cualquier cambio en mi seguro.**

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Por la presente consiento y autorizo el funcionamiento de todos los procedimientos apropiados y curso de tratamiento, la administración de todo los anestésicos y cualquier medicamentos que a juicio de me proveedor puede considerarse necesario o aconsejable para el diagnóstico o el tratamiento de mi hijo.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Angel Kids Pediatrics acepta pagos en: efectivo, cheque, tarjetas de débito y crédito.

Entiendo que cargos adicionales de (\$25.00) se aplicaran a mi cuenta por cualquier cheque devuelto para pagar por me cuenta. Tambien puedo ser cobrado si no cancelo me cita, por no pagar mi co-pago o coseguro o responsabilidad de paciente como el deducible en el momento del servicio y para otros gastos administrative no cubierto por mi plan deseguro..

En el evento de recibir un pago de me aseguradora, estoy de acuerdo en aporbar cualquier pago debido por los servicios rendido a Angel Kids Pediatrics.

PAGOS PARA DOCUMENTOS

Para que documentos especiales sean completados, se le cobrará \$25.00 por documento. Formularios de exámenes físico y vacunas despues de la visita de examen físico incurrirán un cago de \$10.00 por los dos . Esta couta deberá pagarse en su total antes de recibir los formularios completados. Angel Kids Pediatrics no se hace responsable de enviar por fax o correo los documentos. Porfavor avisenos con 48-72 hora de anticipación para que tengamos tiempo suficiente para preparalo.

SEGURO EN LA RED

AETNA PPO, HMO, (COVENTRY-PPO/Meritan Health solo-DR. AFFAN solo), AVMED, ASSURANT, BCBS (BLUECARE, BLUE OPTION, FLORIDA AZUL, PLANES TRADICIONALES), CAMBRIDGE PPO (Plan integrado de salud), CIGNA PPO (GREATWEST/PHCS), GOLDEN RULE, HUMANA, MMSI, TRICARE (PRIME/STANDARD/RETIRED), UMR, UNITED HEALTHCARE PPO ONLY, SUNSHINE (MEDICAID/HEALTHYKIDS-STARS-STARSPUS),MOLINA HEALTHCARE MEDICAID, ALLSTATE (ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICOS SÓLO NECESITAN # DE CASO), DAIRYLAND (ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO SÓO NECESITAN # DE CASO), GEICO (ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICOS SÓLO NECESITAN # DE CASO) DIRECT GENERAL (ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICOS SÓLO NECESITAN # DE CASO)SMARTHEALTH (LOCAL BCBS-DR. AFFAN SOLAMENTE PPO), PROGRESSIVE (ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICOS SÓLO NECESITAN # DE CASO), GEHA PPO, GREAT WEST PPO, HEALTHPARTNERS PPO (DR. AFFAN SOLAMENTE), MAYO PPO (UNA VEZ PRESENTADA LE RECLAMACIÓN EL PCP DEL PACIENTE CAERA BAJO EL TAX ID), MOAA, ONENET PPO (DR. AFFAN SOLO), OXFORD HEALTH (DR. AFFAN SOLO), RSL SPECIALTY, CORESOURCE PPO (DR. AFFAN SOLO), MVP (DR. AFFAN-SOLO), PHCH PPO, MULTIPLAN PPO, STATE FARM (ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICOS SÓLO NECESITAN # DE CASO), UHS SERVICES (DR.AFFAN SOLO), HEALTHEASE KIDS (WELLCARE/STAYWELL EDADES 3-17 SOLO), HUMANA PPO **PLANES FUERA DE LA RED** GATORCARE (BCBS-SHAND/UFHEALTH), UNITED HEALTHCARE HMO/COMPASS/COMMUNITY MEDICAID/HEALTHYKIDS, AETNA (HEALTHSCOPE)

*** TODOS LOS SEGUROS QUE ACEPTAMOS ESTÁN SUJETOS A CAMBIOS SIN PREVIO AVISO.**

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo y asigno todo pago/beneficio de seguro para servicios medicos/procedimiento quirúrgicos rendido al paciente, directamente Angel Kids Pediatrics. Autorizo Angel Kids Pediatrics a comunicar información médica necesaria para obtener el pago. Entiendo que yo soy financieramente responsable por todos los cambios no cubiertos por mi plan de seguro.

FIRMA

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, RECONOSCO QUE LO HE LEÍDO DETENIDAMENTE, ENTIENDO Y ACEPTO LOS TERMINOS Y CONDICIONES.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL: _____ FECHA: ____/____/____

IMPORTANTE: CONOZCA SU COBERTURA DE SEGURO

Lea y coloque sus iniciales en cada línea

_____ **RECIEN NACIDOS: ¡Notifique a su compañía de seguros inmediatamente!** Las compañías de seguros **NO lo saben** automáticamente solo porque recibieron un reclamo por el nacimiento. Se **PRESUME** que el bebé está cubierto por la póliza de la madre durante 30 días (consulte con su plan), pero es **PENDIENTE** que el bebé se agregue al plan.

_____ **Es su responsabilidad saber si su cobertura está activa.** Accedemos a la información de la compañía de seguros, cuando muestran que la póliza está **INACTIVA** notificamos a la persona que presenta al menor. El saldo de la visita vence al momento del servicio, o su cita puede ser reprogramada.

_____ **Algunos planes de seguro médico requieren que elija un médico de atención primaria (PCP).** Uno de nuestros proveedores **DEBE** figurar como su PCP para que la compañía de seguros procese sus reclamos.

_____ **¡Traiga la tarjeta de seguro de SU HIJO a CADA visita!** La tarjeta de su hijo puede tener un número o sufijo diferente y no siempre va secuencialmente (el titular de la póliza puede ser 01, hijo 05 y cónyuge 08). Incluso si mantiene la misma aseguradora año tras año, es probable que la información de la tarjeta se haya actualizado. Su tarjeta a menudo contiene información necesaria en caso de que tengamos que obtener autorización previa para medicamentos, procedimientos, etc.

_____ **NO conocemos los detalles de su póliza de seguro. Es su responsabilidad comprender los detalles del plan de atención médica de su hijo.** Hay muchos beneficios y variaciones de costos elegidos a través de un empleador según la política o el intercambio. Hay docenas de planes diferentes ofrecidos por aseguradoras grandes y pequeñas.

_____ **La mayoría de las pólizas de seguro ahora tienen deducibles, coaseguros y costos compartidos que pueden ser adicionales a su copago.**

_____ **La mayoría de las pólizas cubren visitas de salud preventivas (visitas de bienestar), SIN EMBARGO,** esto no significa que todos los servicios prestados estén cubiertos. Las aseguradoras **NO PUEDEN** cubrir completamente los cargos por exámenes y evaluaciones recomendados por las Pautas de Bright Futures de la Academia de Pediatría.

_____ **SI DESEA QUE EL PROVEEDOR TRADUZCA CUALQUIER PREOCUPACIÓN DE SALUD DURANTE UNA COMPROBACIÓN PREVENTIVA (VISITA DE BIEN), ESTO RESULTARÁ EN LA APLICACIÓN DE COPIA.**

_____ **Nuestros proveedores recomiendan los tratamientos o servicios que creen que son los mejores para su hijo: un servicio (prueba de laboratorio), un tratamiento (como la eliminación de la cera del oído), un procedimiento (como el corte de la lengua), una receta o una derivación al especialista.** Esto no significa que la póliza de seguro de su hijo cubrirá estos servicios. Puede evitar gastos de bolsillo si consulta con su aseguradora para ver si el servicio o los proveedores están en la red antes de que se preste el servicio.

_____ **Las remisiones deben estar en su lugar *antes de hacer una cita con un especialista.*** Es su responsabilidad asegurarse de que haya una remisión **ANTES** de la cita. Comuníquese con el médico que envió la remisión **ANTES de** su servicio. El proceso de remisiones puede demorar de 10 a 15 días hábiles según la gravedad.

_____ **Si lo atienden en una sala de emergencias, el paciente aún debe ser visto por su PCP para que cualquier remisión sea enviada para su procesamiento (*sin importar si se recibió una remisión de un médico de urgencias*).** Este es un requisito de la compañía de seguros.

_____ **Su póliza de seguro es un contrato entre USTED Y LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.** Como cortesía, presentamos el reclamo con la información del seguro proporcionada en la visita. Si el servicio no está cubierto, o no proporcionó la información actual, no presentaremos los servicios que tengan **más de 60 días** y usted puede ser responsable del costo de toda la visita.

_____ **Queremos brindar una excelente atención de manera eficiente.** Trabaje con nosotros brindándonos información oportuna y precisa. Si sabe que va a haber un problema, háganoslo saber por adelantado para que podamos trabajar con usted. **Comuníquese con Billing si tiene preguntas sobre facturación y los médicos para recibir tratamiento.**

He leído todo lo anterior y entiendo / estoy de acuerdo con todas las disposiciones en el mismo con respecto a la responsabilidad financiera, la custodia de los hijos y la información de cobertura de seguro que se enumeran anteriormente.

Nombre del Padre/Tutor Legal (*print*)

Firma del Padre/Tutor Legal:

Fecha (*mm/dd/aaaa*)