

Plan de sociedad con el paciente

Estimado paciente,

Bienvenido a nuestra práctica. Tenemos la intención de brindarle todo el cuidado y servicio que usted espera y se merece. Lograr la **mejor salud posible** requiere de una “sociedad” entre usted y su médico. Como nuestro “socio en la salud”, le pedimos que nos ayude del siguiente modo:

Programando visitas con mi doctor para realizar exámenes físicos de rutina y otras pruebas de salud recomendadas

Comprendo que mi doctor me indicará cuáles pruebas de salud de rutina son adecuadas para mi edad, género y antecedentes personales y familiares. Comprendo que tendré que completar estas pruebas de salud recomendadas (inmunizaciones, pruebas de desarrollo, pruebas de sangre, etc.). **Estas pruebas de salud son exámenes que pueden ayudar a detectar o prevenir enfermedades o condiciones que ponen en riesgo la vida.** Si yo visito a mi médico para el tratamiento de problemas inmediatos y me olvido de programar una cita para realizar pruebas regulares de salud, corro el riesgo de que no se detecten problemas graves de salud. Yo programaré visitas regulares con mi médico para completar mi examen físico y conversar sobre estas pruebas de salud.

Realizando las visitas de seguimiento y reprogramando aquellas a las que no concurro

Entiendo que mi médico querrá saber cómo evoluciona mi condición después de que me retiro de la consulta. Volver a ver a mi doctor a tiempo le dará a él/ella la posibilidad de controlar mi condición y la respuesta al tratamiento. Durante una visita de seguimiento, mi médico podrá ordenar pruebas, referirme a un especialista, prescribir medicación, o hasta descubrir y tratar una condición seria de salud. Si no concurro a una consulta y no la programo nuevamente, corro el riesgo de que mi médico no pueda detectar y tratar una condición de salud seria. Haré todo lo posible por reprogramar la cita a la haya faltado lo antes posible.

Llamando a la oficina si no se me informa sobre los resultados de laboratorio, otras pruebas y estado de las autorizaciones previas

Entiendo que un objetivo de mi médico es informarme sobre los resultados de las pruebas de laboratorio y de otros exámenes tan pronto como sea posible. Entiendo que algunas veces autorización previa es requerida por el seguro para que yo reciba los servicios o beneficios médicos. Sin embargo, si no me llaman de la oficina de mi médico en un tiempo determinado, yo me pondré en contacto con su oficina para conocer los resultados de las pruebas o estado de las autorizaciones previas.

Informaré a mi médico si decido *no* continuar el plan de tratamiento que él/ella recomiendan

Entiendo que después de examinarme, mi médico puede dar algunas recomendaciones basado en lo que él/ella considera que es mejor para mi salud. Esto puede incluir prescribir medicación, referirme a un especialista, ordenar análisis de laboratorio y otras pruebas, o hasta pedirme que regrese en un período de tiempo determinado. Entiendo *que no seguir* mi plan de tratamiento puede causar graves efectos negativos sobre mi salud. Le comunicaré a mi doctor si decido *no seguir* sus recomendaciones de modo que él/ella puedan informarme en detalle sobre los riesgos que implica mi decisión de retrasar o rechazar el tratamiento.

Gracias por ser socio. Como nuestro paciente, usted tiene el derecho a informarse sobre su cuidado de la salud. Lo invitamos, **en cualquier momento**, a que nos haga preguntas, informe sobre síntomas, o converse sobre cualquier inquietud que tenga. Si necesita más información sobre su salud o condición, por favor pregunte.

Firma del padre/madre o tutor legal

Fecha

Firma del médico

Nombre del paciente

PREM PEDIATRICS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de Hoy: ___/___/___ Nombre de la persona que llena esta forma: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Apellido	Primer nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Masculino
				<input type="checkbox"/> Femenina
Dirección de casa	Apt	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de casa ()	Idioma Principal:	Necesita un Traductor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		El paciente vive con:
Nombre del hermano/a:			Fecha de nacimiento:	
Nombre del hermano/a:			Fecha de nacimiento:	
Nombre del hermano/a:			Fecha de nacimiento:	
Nombre del hermano/a:			Fecha de nacimiento:	

INFORMACIÓN DEL PADRE

Nombre del padre: Apellido	Primer nombre	Inicial	Fecha de nacimiento
Dirección de casa	Apt	Ciudad	Estado Código postal
Teléfono de casa ()	Teléfono celular ()	Teléfono de trabajo ()	
Empleador	Dirección de trabajo		
Estado/Numero de Licencia	Numero de seguridad social	Correo electrónico	

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Nombre de la madre: Apellido	Primer nombre	Inicial	Fecha de nacimiento
Dirección de casa	Apt	Ciudad	Estado Código postal
Teléfono de casa ()	Teléfono celular ()	Teléfono de trabajo ()	
Empleador	Dirección de trabajo		
Estado/numero de Licencia	Numero de seguridad social	Correo electrónico	

EN CASO DE EMERGENCIA (Dos personas que NO viven con usted)

Nombre	Relación	Número de teléfono ()
Nombre	Relación	Número de teléfono ()

INFORMACIÓN DE SU ASEGURANZA

Nombre de la aseguranza principal	# de ID	# de Grupo	Nombre del suscriptor
Nombre de la aseguranza secundaria	# de ID	# de Grupo	Nombre del suscriptor

PREM PEDIATRICS

Reglas Varias de la Oficina

Las siguientes son las condiciones de la oficina con la que los pacientes y tutores legales deben estar familiarizados. Al firmar abajo, Ud. reconoce que acepta las reglas de esta oficina.

- Por favor de llegar 15 minutos antes de su cita para que nuestra oficina tenga suficiente tiempo de registrarlos, verificar la información de la seguridad, y actualizar la información de los contactos. Favor de actualizar los contactos en cada visita.
- Si llega tarde a su cita, puede que tengamos que reprogramarla.
- Todos los pagos de menos de \$30.00 deben ser hechos en efectivo. Todos los pagos/ copagos deben hacerse en el momento de servicio.
- Por favor traiga la cartilla de vacunas de su niño/a a cada examen físico.
- Por favor traiga cualquier medicamento que su niño/a puede estar utilizando a todas las visitas.
- Por favor no traiga comida o bebidas, excepto la fórmula para bebés, en los cuartos del examen.
- No utilice teléfonos celulares en los cuartos de examen. Los celulares deben de estar apagados mientras permanezca en al cuarto de examen.
- Solamente los pacientes y los padres/tutores legales están autorizados de entrar al cuarto de examen.
- Si es solicitado por el paciente o el tutor legal, la finalización de formas o la redacción de cartas por los doctores pueden estar sujetas a una tarifa.
- **Reglas de Vacunas:** Para la máxima seguridad de su niño/a y de todos en la oficina, Prem Pediatrics no acepta pacientes que no están vacunados. Nosotros creemos firmemente en el calendario de vacunas establecido por el Centers of Disease Control y el American Academy of Pediatrics y desalentamos cualquier otra alternativa. Si Ud. decide vacunarse pero tiene preguntas sobre la rutina de las vacunas programadas o de las vacunas mismas, estamos disponibles para hablar con Ud. Y ofrecerle la información más adecuada y actualizada. Si Ud. decide no vacunar a su niño/a contra enfermedades que amenazan la vida, le pediremos que por favor encuentren a otro médico de atención primaria.

La Autorización para la evaluación médica y el tratamiento de un menor de edad por guardián no-legal

En caso de que un padre o un guardián legal no esté disponible para traer al paciente para la evaluación y el tratamiento, favor de proveernos una lista de personas autorizadas a consentir la evaluación y el tratamiento de su niño/a por los proveedores de Prem Pediatrics. Estas personas deben traer su identificación legal con foto al momento de la visita. Esta autorización se mantendrá en efecto hasta que sea cambiada por escrito.

Yo, _____ (padre/madreo tutor legal) autorizo a las personas siguiente a traer a mi hijo/a, _____ (su nombre), a Prem Pediatrics para la evaluación y también para consentir su tratamiento.

En letra molde:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Firma del padre/madre, o tutor legal

Fecha

Letra de molde nombre del paciente, padre/madre, o tutor legal

Nombre del paciente en letra de molde

**PREM PEDIATRICS
PARAG MEDICAL, INC**

Consentimiento para fines de tratamiento, pago, difundir información y operaciones de atención médica

Mi "información de salud protegida" quiere decir toda información de salud, incluyendo mi información personal, recopilada por mí y creada o recibida por mi médico, u otro proveedor de salud. También incluye mi plan de salud, mi empleador o mi compensador del seguro de salud. Esta información de salud protegida se relaciona a mi pasado, presente o mi futura salud física, mi salud mental, o condiciones que me identifiquen o exista una base razonable para creer que la información me puede identificar.

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información protegida a Prem Pediatrics y sus médicos, para el fin de diagnosticarme o proporcionarme tratamiento, para obtener el pago de mis gastos médicos, o para llevar a cabo las operaciones de cuidado médico en esta oficina. Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, organización médica, compañía de seguros, u otra organización para intercambiar a cada uno la información adquirida, incluyendo los beneficios pagados o por pagar, acerca de mi información de salud protegida, cuando se considere necesario.

Por este medio acepto que he recibido copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, de esta práctica médica. Estoy informado/informada que una copia del aviso actual estará disponible en la área de recepción, y también estará disponible una copia de cualquier modificación al Aviso de Prácticas de Privacidad, en cada cita. El Aviso de Prácticas de Privacidad me da detalles de mis derechos y de los usos y divulgaciones de mi información de salud durante mi tratamiento, el pago de mis cuentas, o el desempeño de mis operaciones de atención médica. Este aviso también describe las obligaciones de Prem Pediatrics y sus médicos con respeto a mi información de salud protegida. Prem Pediatrics se reserva el derecho a cambiar las practicas de privacidad de acuerdo a las modificaciones de prácticas hechas por las leyes estatales y federales. Yo he revisado elAviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este documento.

Doy consentimiento para examinación, diagnóstico y tratamiento mío o de mis dependientes según se considere necesario por los proveedores de Prem Pediatrics, como prueba por mi firma, hasta que sea revocada por escrito.

Por medio de la presente autorizo a terceras personas a pagarle directamente a Parag Medical, Inc. cualquier beneficio de aseguranza debido por servicios prestados al paciente mencionado. Firmando esta autorización, entiendo que soy financieramente responsable de los cargos por todos los servicios de los proveedores, que no cubre mi compañía de seguros. Entiendo que los pagos incluyendo copagos y deducibles se deben hacer en el momento del servicio. Entiendo que es común por las compañías de seguros procesar reclamos médicos dentro de 30-45 días de la fecha de presentación, pero también entiendo que si soy encontrado no elegible por la cobertura del seguro, soy en última instancia responsable por el pago total a Parag Medical, Inc., por los servicios prestados. Si la cuenta va a colección, habrá un cargo (40% del saldo atrasado más el interés de 1.5% por mes) agregado al total de la cuenta. Si cualquier cheque es rechazado por insuficiencia de fondos o cuenta cerrada, habrá \$25.00 de cargos agregados al monto del cheque.

Una fotocopia de esta autorización será válida como original. Por este medio certifico que las declaraciones en adelante y las que se adjuntan son verdaderas y correctas según mi entendimiento. Entiendo que es un fraude llenar esta forma con información falsa u omitir hechos importantes, y que las sanciones penales y/o civiles pueden resultar.

Firma del padre/madre o tutor legal

Fecha

Letra de molde nombre del padre/madre o tutor legal

Nombre del paciente