

Sunshine Pediatrics, LLC

REGISTRO DE PACIENTES Y RECONOCIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE LA OFICINA FECHA: _____

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ MI _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ GÉNERO: ___ M ___ F RAZA/ETNIA: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

TELÉFONO: _____

=====

PARTE RESPONSABLE / GARANTE (LA PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE PAGAR LOS CARGOS NO CUBIERTOS POR EL SEGURO)

APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ SSN#: _____ - _____ - _____

TELÉFONO (H): _____ CELULAR: _____

DIRECCIÓN: (si es diferente de la anterior): _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (para el portal del paciente y citas de telemedicina): _____

FARMACIA PREFERIDA: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (UN ADULTO QUE NO SEA PADRES O TUTORES)

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ RELATION AL PACIENTE: _____

TELÉFONO (H): _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD

INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ ID/PÓLIZA #: _____

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA PÓLIZA DE SEGURO PRINCIPAL: __/__/__

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

ID/PÓLIZA #: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA PÓLIZA DE SEGURO SECUNDARIO: __/__/__

=====

AUTORIZACIÓN PARA ASIGNAR BENEFICIOS DE SEGURO Y DIVULGAR INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD (PHI).

Por la presente autorizo, asigno y libero directamente a DR. MAIYA Y. E. CLARK AND SUNSHINE PEDIATRICS, LLC todos los beneficios del seguro que de otro modo me serían pagaderos por el tratamiento médico, los servicios y los suministros prestados o proporcionados a mí o al paciente / dependiente mencionado anteriormente por DR. CLARK AND SUNSHINE PEDIATRICS, LLC. Acepto ser responsable de cualquier cantidad de tratamiento médico, servicios y suministros no cubiertos o pagaderos por la compañía de seguros, o por el monto total de los cargos médicos y de suministros si el paciente mencionado anteriormente no tiene o no está cubierto por el seguro. Si el pago no se recibe de la compañía de seguros dentro de los SESENTA (60) DÍAS posteriores a la presentación del reclamo, acepto que el pago se convierta en mi responsabilidad. Para verificar la cobertura de seguro del paciente, entiendo que se debe presentar una tarjeta de seguro actualmente válida para el paciente en cada visita. Además, entiendo completamente mi responsabilidad de NOTIFICAR de inmediato a mi compañía de seguros que el Dr. MAIYA Y. E. CLARK debe ser designado "Proveedor de Atención Primaria" (PCP) del paciente para asegurar los beneficios de mi póliza. **Si ella no está formalmente designada como PCP, no podemos presentar su reclamo de seguro y usted entiende y reconoce que se hará personalmente responsable del monto total de los cargos incurridos por la visita en el momento del servicio.**

INICIAL _____

Autorizo a DR. CLARK AND SUNSHINE PEDIATRICS, LLC a divulgar cualquier información personal de salud (PHI) necesaria para procesar y asegurar el pago del reclamo de seguro. INICIAL _____

Por la presente certifico que la información que he proporcionado con respecto al paciente y la cobertura de seguro mencionada anteriormente es actual y correcta y notificaré de inmediato a SUNSHINE PEDIATRICS, LLC de cualquier cambio posterior en el estado de dicha cobertura o seguro. Estoy de acuerdo y permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original.

INICIAL _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por la presente, autorizo y otorgo permiso a cualquiera de los médicos de la práctica, enfermeras practicantes o sus suplentes designados, para tomar las medidas médicas necesarias en situaciones de emergencia para mi hijo cuando no estoy disponible de inmediato. INICIAL _____

SUNSHINE PEDIATRICS, LLC y su personal clínico siguen las pautas para la atención preventiva, las vacunas y las pruebas de laboratorio de rutina establecidas por la Academia Americana de Pediatría. Usted puede hacerse responsable del pago parcial o total de algunos o todos estos procedimientos dependiendo de su cobertura de seguro. Los padres y tutores del paciente son

responsables de conocer y comprender lo que su póliza de seguro cubre y lo que no cubre antes de la visita del paciente. Cualquier problema o disputa con respecto al alcance de la cobertura o el pago de los beneficios debe ser resuelto por el padre o tutor directamente con su compañía de seguros.

INICIAL _____

Reconozco y entiendo que el pago de los cargos médicos se requiere en cada visita antes de ser visto por el proveedor, y que soy personalmente responsable del pago de todos los servicios prestados y cualquier saldo pendiente de pacientes. Además, acepto pagar todos y cada uno de los copagos, coseguros y / o deducibles requeridos por mi póliza de seguro en el momento de cada visita.

INICIAL _____

POLÍTICA DE CITAS

Las visitas al consultorio en SUNSHINE PEDIATRICS, LLC son solo con cita previa. **NO SE VERÁN VISITAS SIN CITA PREVIA. Hay un período de gracia de 10 minutos para todas las citas físicas. Sin embargo, no hay un período de gracia para las citas programadas por enfermedad el mismo día.** Un padre, tutor legal o apoderado autorizado debe acompañar a un niño menor de 18 años de edad a cada visita para proporcionar el consentimiento legal para todo el tratamiento médico y los servicios proporcionados por la Práctica.

Agregue la cita del paciente a su calendario al programarla. Intentaremos enviarle un recordatorio de la cita por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico, pero usted tiene la responsabilidad final de honrar y cumplir con la cita a tiempo. Las citas perdidas y las cancelaciones intempestivas representan un costo para la práctica, para usted y para otros pacientes que podrían haber sido atendidos durante el tiempo reservado para usted. Si debe cancelar una cita, debe avisar a la oficina con al menos 24 horas de anticipación o se le cobrará una tarifa de cita perdida de \$ 25. Dicha tarifa no está cubierta por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Más de 3 citas perdidas pueden resultar en ser dado de alta de la Práctica.

INICIAL _____

TASAS ADMINISTRATIVAS

Se cobra una tarifa de \$ 15.00 por cada formulario de evaluación de salud de escuela, guardería o campamento completado por la oficina, una tarifa de \$ 20 para los formularios FMLA y una tarifa de \$ 20.00 por cada carta escrita a su solicitud.

INICIAL _____

SEPARACIÓN O DIVORCIO DE PADRES/TUTORES

SUNSHINE PEDIATRICS, LLC no se involucra en disputas entre padres / tutores separados o divorciados y los detalles de sus acuerdos legales con respecto a la responsabilidad financiera de los gastos médicos de su hijo. El padre o tutor que trae al paciente / niño para recibir tratamiento médico es la persona responsable de los cargos. Proporcionaremos un recibo para que la parte que paga los servicios médicos pueda solicitar el reembolso del otro padre / tutor. Esta oficina no facturará a terceros por el pago del saldo adeudado en la fecha del servicio.

INICIAL _____

PACIENTES QUE PAGAN POR SÍ MISMOS

El pago total vence en el momento del servicio, a menos que se haya hecho un arreglo financiero alternativo por adelantado. Bajo las disposiciones de "Pago de su bolsillo" en HIPPA, un paciente asegurado de otra manera tiene derecho a pagar de su bolsillo y no hacer que los servicios se informen a

su compañía de seguros en una fecha de servicio caso por caso. Sin embargo, no podemos enviar algunos de los cargos por servicio al seguro y aceptar el pago de nuestro bolsillo por otras partes de los cargos por servicio incurridos el mismo día. **INICIAL _____**

REEMBOLSOS

Cualquier pago en exceso en la cuenta de un paciente será reembolsado dentro de los treinta (30) días posteriores al momento en que la compañía de seguros lo determine y compensado por cualquier saldo pendiente anterior del paciente.

INICIAL _____

RECONOCIMIENTO DE REVISIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He tenido la oportunidad de revisar cuidadosamente el Aviso de Prácticas de Privacidad para Sunshine Pediatrics, LLC. Este aviso explica cómo la oficina puede usar y divulgar la información de salud personal del paciente y cómo puede obtener acceso a esta información. Usted tiene derecho a una copia de este documento si así lo solicita. **INICIAL _____**

ACUSE DE RECIBO DE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA

Reconozco y certifico que recibí, revisé cuidadosamente y entendí esta y cualquier información adjunta con respecto a las políticas y procedimientos de la oficina. Cumpliré con estas políticas y procedimientos tal como están escritos.

INICIAL _____

He leído, acepto y entiendo completamente las políticas y condiciones establecidas anteriormente y reconozco mi responsabilidad personal por el pago de la cuenta de este paciente.

NOMBRE DEL PACIENTE: (por favor imprima): _____

FECHA: __/__/__

RELACIÓN CON PACIENTE _____

FIRMA DE PADRES O TUTORES LLENANDO LA FORMULARIO

_____ FECHA: __/__/__

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

FIRMA/RECONOCIMIENTO DEL GARANTE DEL PAGO/PARTE RESPONSABLE

_____ FECHA: __/__/__