



Registración del Paciente

Paciente Nuevo Actualización solamente

PID#: _____

Cards scanned: _____

Patient registration entered by: _____

¿Ha sido atendido por Good Night Pediatrics en los últimos tres años? Si No

¿Ha sido atendido con un nombre diferente? Si No Nombre anterior _____

Información del Paciente:

Nombre: Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Seguro Social del Paciente #: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Estado Civil _____ Raza _____ Licencia de Conducir del Padre/Guardián # _____ Estado: _____

Médico Principal (PCP) _____ Teléfono: (____) _____

Dirección del Médico Principal: _____

¿Cómo se enteró de nuestros servicios? _____

Información del Padre/ Guardián Legal (dirección 1)

Nombre: Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: Casa (____) _____ Cel. (____) _____ Trabajo (____) _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____

Persona a contactar en caso de emergencia, si no se puede contactar al padre/guardián legal de arriba.

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Relación con el paciente: _____ Dirección: _____

Información de la escuela/empleador del paciente

Escuela / Empleador: _____ Ocupación _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

Aseguranza Principal: Aunque tomamos copias de su tarjeta de aseguranza, no toda la información necesaria para iniciar un reclamo esta en la tarjeta. Por favor complete el número de póliza, el nombre de la persona en la póliza, fecha de nacimiento, sexo, relación con el paciente y empleador. Para cobertura militar, también necesitamos el cuerpo militar, estatus y rango. Si la información no está completa, la cuenta será considerada a pagar por el individuo hasta que tengamos la información necesaria para iniciar un reclamo.

Nombre del Plan: _____ Tipo de Plan: _____

Co-Pago _____ Fecha efectiva: _____ verified by: (uso interno solamente) _____

Número del Subscriptor: _____ Número de Grupo: _____

Dirección de Reclamos: _____

Apellido del Titular de la Poliza: _____ Nombre: _____ Inicial: ____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____ Relación con el paciente: _____ Empleador: _____

Cuerpo Militar: _____ Estatus: _____ Rango: _____

Aseguranza Secundaria:

Nombre del Plan: _____ Tipo de Plan: _____

Co-Pago _____ Fecha efectiva: _____ verified by: (uso interno solamente) _____

Número del Subscriptor: _____ Número de Grupo: _____

Dirección de Reclamos: _____

Apellido del Titular de la Poliza: _____ Nombre: _____ Inicial: ____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____ Relación con el paciente: _____ Empleador: _____

Cuerpo Militar: _____ Estatus: _____ Rango: _____

Otra Información:

Lista de alergia a comidas o medicinas _____

Idioma Principal: _____ Religión: _____

Nombre en Imprenta del Garante _____

Relación con el paciente: _____ Completada en la Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN:

Yo autorizo a Good Night Pediatrics a revelar todo o parte de los expediente médicos del paciente y/o cargos clínicos (incluyendo información relacionada con el abuso de alcohol o drogas, enfermedades psiquiátricas o información relacionada a enfermedades contagiosas incluyendo (HIV) virus del sida) a cualquier persona o corporación (i) la cual es o puede ser responsable, o bajo contrato con Good Night Pediatrics para el reembolso, sustitución y/o recuperación directa y coordinación de beneficios para este y todos los reclamos futuros, incluyendo, pero no limitado a hospitales/compañías de servicios médicos, portadores de compensación para trabajadores, fondos de bienestar social, agencias gubernamentales y (ii) cualquier proveedor del cuidado de salud, para una continua atención del paciente. Good Night Pediatrics también puede dar a conocer, de forma anónima, cualquier información concerniente al caso del paciente, la cual sea necesaria o apropiada para avances de la ciencia médica, educación médica, investigación médica, para la colección de datos estadísticos o concernientes a las leyes Estatales o Federales, estatutos o regulaciones. Exceptuando los mencionados arriba Good Night Pediatrics requerirá un consentimiento escrito del paciente, o en caso de un menor de edad, del padre natural o guradián legal, para dar a conocer información del paciente. También estoy de acuerdo, que en todos los casos, los expediente médicos originales (incluyendo radiografías y especímenes de laboratorio) continuarán siendo propiedad de Good Night Pediatrics.

Firma del Garante: _____ Fecha: _____

Favor de firmar solamente 1 de los 2 párrafos siguientes. El primero nos permite remitir la factura a la aseguranza y debe estar firmado para que nosotros podamos hacer el reclamo de sus beneficios. El segundo establece que no quiere que se remita la factura a su aseguranza, aunque este cubierto, y que usted pagará por los servicios.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: En el caso de que el paciente, su representante autorizado o el garante que firma abajo, tiene derecho a los beneficios que surjan de cualquier clase de cualquier póliza de seguros, asegurando al paciente o cualquier otra parte responsable por este, esos beneficios son asignados por esta a Good Night Pediatrics para ser aplicados en contra de la cuenta del paciente. Tales pagos liberarán a la aseguranza de cualquier obligación bajo la póliza, hasta el punto de que el pago haya sido hecho correctamente de acuerdo a los términos de la póliza. El que firma permanecerá responsable por algunos o todos los cargos no pagados por la compañía de seguros y/o no cubiertos por esta asignación. Para cualquier cobertura elegible por Medicare, yo pido que se haga de mi parte el pago de cualquier beneficio autorizado de Medicare; yo asigno los beneficios a pagar por los servicios de médicos al médico u organización que provea los servicios o autorizar a tal médico u organización a someter el reclamo a Medicare para su Pago. Cualquier beneficio, de cualquier clase bajo cualquier póliza de seguros que asegure al paciente, o a cualquier parte responsable por el paciente, es asignada por este a Good Night Pediatrics o al grupo proveedor de servicios para su aplicación a la cuenta del paciente.

Firma del Garante: _____ Fecha: _____

RENUNCIA A LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo entiendo que al no firmar la asignación de beneficios de arriba, seré responsable por un 100% de los cargos incurridos en el momento del servicio. También entiendo que podrá haber cargos adicionales, que no estén disponibles en el momento del servicio y que me serán facturados.

Firma del Garante: _____ Fecha: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo estoy de acuerdo que a cambio de los servicios proveídos al paciente por Good Night Pediatrics, o cualquier otro proveedor del cuidado de salud, Yo pagaré la cuenta del paciente antes de ser dado de alta, o haré un acuerdo financiero satisfactorio a Good Night Pediatrics o cualquier otros proveedores, para el pago. Si una cuenta es enviada a un abogado para colección de pago, Yo estoy de acuerdo en pagar los gastos de colección y cuotas de abogado razonables como se establece por la corte, y no por un jurado en cualquier acción judicial. Una cuenta delictiva puede ser cargada con intereses a una razón legal. QUEDA ENTENDIDO QUE PODRÁ HABER CARGOS ADICIONALES POR RADIOGRAFÍAS Y PRUEBAS DE LABORATORIO REALIZADOS POR EL PROVEEDOR U OTRAS ORGANIZACIONES QUE NO SEAN GOOD NIGHT PEDIATRICS, QUE SERÁN FACTURADOS SEPARADAMENTE.

Firma del Garante: _____ Fecha: _____ **Si quiere una copia de este acuerdo, por favor pida una en la oficina cuando les devuelve los papeles.**



CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR

Al firmar abajo, yo afirmo que soy el padre natural o guardián legal con custodia legal de _____, un/a menor, de edad _____, nacido/a el _____.

Yo le doy permiso a Good Night Pediatrics Inc., en el Condado de Maricopa, Estado de Arizona, a realizar o administrar radiografías, examinación, anestesia, diagnósticos médicos o quirúrgicos y/o tratamientos bajo la supervisión general o especial y bajo el consejo de cualquier médico o cirujano con licencia en el Estado de Arizona, cuando la necesidad para dicho tratamiento sea clara, y cuando los esfuerzos para contactarme no hayan sido exitosos.

Esta autorización permanecerá efectiva por un (1) año desde la fecha en que fue firmada, salvo que antes sea revocada por escrito y entregada a Good Night Pediatrics.

Firma del Garante: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

The portion below is only to be completed if a parent or legal guardian is not present with the minor child at the time of service.

TELEPHONE AUTHORIZATION FOR CONSENT TO TREAT

Date: _____ Time: _____

Reason for acquiring telephone permission: _____

Telephone number called: (____) _____ With whom did you speak? _____

How did s/he identify her/himself? _____ Relationship to patient: _____

Explanation to patient _____

Her/his reply _____

Signature of person placing the call: _____

Printed name of person placing the call: _____

Signature of witness to the call: _____

Printed name of witness to the call: _____.



FORMA DE RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad, provee información acerca de los derechos de privacidad de nuestros pacientes; y de cómo podemos usar o dar a conocer información de salud protegida (PHI, por sus siglas en Inglés) acerca de nuestros pacientes. Las regulaciones Federales requieren que les demos a nuestros pacientes o a sus representantes autorizados, la oportunidad de rever nuestro Aviso antes de firmar este reconocimiento. En nuestra oficina, tenemos a la vista un sumario de una página de nuestro Aviso. A su pedido, se le hará disponible una copia de nuestro Aviso.

Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos o nuestras prácticas de privacidad, por favor envíenos una carta a:

Privacy Officer
Good Night Pediatrics, Inc.
7720 N 16th St, Ste 425
Phoenix, AZ 85020-4492

Le responderemos dentro de los cinco (5) días de trabajo.

Al firmar esta forma, usted solamente reconoce que le hemos proveído un acceso inmediato a nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente o Representate Autorizado

Fecha

Nombre del Paciente en imprenta

Nombre del Representante Autorizado en imprenta