



Formulario de Registro de Nuevo Paciente

Fecha de Hoy: _____

Número de Cuenta _____

Apellido del Paciente:	Nombre del Financiero Responsable:
Primer Nombre del Paciente:	Dirección:
Segundo Nombre del Paciente:	Ciudad: Estado: Código Postal:
Dirección:	Relación con el Paciente:
Ciudad: Estado: Código Postal:	Fecha de Nacimiento:
Numero de Seguro Social.:	Numero de Seguro Social.:
Celular de Mama:	Teléfono: () _____ - _____
Celular de Papa:	Información del Contacto de Emergencia:
Teléfono de la Casa:	Nombre:
Sexo (circule uno): M F	Relación al Paciente:
Fecha de Nacimiento:	Teléfono: () _____ - _____
El Contacto Primario (circule uno) : MAMA PAPA	Exigido por Mandato del Gobierno (aunque puede declinar):
Paciente Referido Por:	Idioma:
Correo Electrónico:	Raza:
Información del Seguro Medico:	Etnicidad:
Nombre del Plan Medico:	Información de la Farmacia:

Al firmar a continuación, nos autoriza a enviarle recordatorios de texto para sus próximas citas. Proporcionándonos su número de teléfono de celular arriba, usted acepta cualquier tarifa o cargo en el que pueda incurrir su compañía de celular telefónica. No habrá reembolso de Kidsville Pediatrics si algún cargo aplicara.

Nombre del Padre (Imprimir): _____

La Firma del Padre: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ #Cuenta: _____

Programa de Inmunización

De Nacimiento hasta los 4 años:

Hepatitis B:

La dosis 1 se administra en el hospital cuando nace el niño

La dosis 2 se administra en un mes

La dosis 3 se administra 6mo o 9mo

DTaP se administra a 2mo, 4mo, 6mo, 15mo y 4 años de edad

IPV se recibe a los 2mo, 4mo, 6mo y 4 años de edad

HIB se da en 2mo, 4mo, 6mo, 15mo

PCV se da en 2mo, 4mo, 6mo, 15mo

Rotavirus se administra a 2mo, 4mo, 6mo

MMR se administra a las 12mo y 4 años

Varicela se administra a los 12 meses y a los 4 años de edad

Hepatitis A se administra a los 12 meses / # 2 a los 6 meses después de la primera dosis

De los 11 años en adelante:

Tdap es administrada a los 11 años de edad

Menveo (vacuna contra la Meningitis) se administra a los 11 años y a los 16 años de edad

Men B se administran a los 16 años / # 2 es administrada un mes después de la primera dosis

HPV (Gardasil9) de 11 años a 18 años / dosis # 2 es 6 meses después (**vacuna es recomendada**)

Vacuna contra la Influenza 6mo en adelante (**vacuna es recomendada**)

Póliza de Inmunización:

En **Kidsville Pediatrics** nos esforzamos por brindar la mejor atención de calidad médica, mientras también respetando los deseos de nuestros padres. Si una familia desea alterar el programa o suspender todas las vacunas recomendadas, Kidsville Pediatrics considera que esta decisión no solo pone a su hijo en riesgo de enfermedades graves pero prevenibles, sino que también contribuye a los riesgos de salud de los demás. Tenga en cuenta que si desea un calendario de vacuna "alternativa" o si tiene la intención de rechazar las vacunas, lo hace en contra de los consejos de Kidsville Pediatrics, AAP, AAFP, CDC y ACIP. Como se cree que esta decisión pone a su hijo en riesgo de enfermedades prevenibles por vacunación y aumenta los riesgos para la salud de otras personas.

He leído y comprendido el siguiente programa de vacunación y acepto vacunarme en como corresponde.

Nombre del Padre (Imprimir): _____

La Firma del Padre: _____

Fecha Firmada: _____

Autorización del Paciente
Por favor, lea, inicialice y firme a continuación.

(Iniciales) _____ **La Póliza Financiera:** Yo reconozco que recibí, revisé y acepto cumplir con la versión más reciente de la póliza de Kidsville Pediatrics fechada el 1 de agosto de 2018.

(Iniciales) _____ **Responsabilidad Financiera:** Yo entiendo que últimamente soy responsable del pago en la cuenta de mi hijo/hijos. El pago es esperado en el momento del servicio. Entiendo que soy responsable de pagar mi copago, coaseguro o deducible de acuerdo a mi contrato de seguro médico al momento del servicio.

(Iniciales) _____ **Cobertura del Seguro Médico:** Yo entiendo que soy responsable de proveer a Kidsville Pediatrics mi información actual de cobertura del seguro médico y la tarjeta del seguro en cada visita. Seré responsable de pagar cualquier saldo en la cuenta que es debido a resultado de no proveer mi información del seguro más reciente. Entiendo que Kidsville Pediatrics no presentará reclamaciones de forma retroactiva debido a que no proporcioné la información actual del seguro.

(Iniciales) _____ **Asignación de Beneficios:** Por la presente autorizo el pago directamente a Kidsville Pediatrics, por beneficios médicos que de otra manera se me pagarían. Autorizo a mi compañía de seguro médico a revelar a Kidsville Pediatrics información sobre mi cobertura de seguros, que incluye, entre otros, la verificación de mi examen y / o tratamiento a mi compañía de seguros u otro tercio pagador.

(Iniciales) _____ **Tarifa Si No Se Presenta:** Yo confirmo que recibí, revisé y acepto cumplir con la póliza de no presentación de Kidsville Pediatrics y acepto pagar cualquier tarifa incurrida por el incumplimiento.

(Iniciales) _____ **Tarifa de Formularios:** Yo entiendo que recibí un aviso sobre la tarifa para todos los formularios que sean completados por Kidsville Pediatrics y acepto pagar antes de recibir el formulario completo. (Es decir, exámenes físicos deportivos, FMLA)

(Iniciales) _____ **Póliza de Privacidad:** Yo reconozco que recibí, revisé y acepto cumplir con la póliza de privacidad de Kidsville Pediatrics.

(Iniciales) _____ **Póliza de Inmunización y Consentimiento:** Yo reconozco que recibí, revisé y acepto cumplir con la póliza de Inmunización de Kidsville Pediatrics. **Por favor informe al médico si el paciente tuvo una reacción grave a algún medicamento, incluyendo las vacunas. Además, si el paciente razona a conocer tener cualquier alergia que reconozca (es decir, al maní, huevos, etc.) y / o tiene una condición por la cual está recibiendo tratamiento médico o tratamiento previo. Las vacunas pueden contener trazas minúsculas de productos de origen animal y otros componentes. Si tiene alguna inquietud, puede dirigírsela al médico. Al iniciar y firmar este formulario, dará su consentimiento para que su hijo tenga las vacunas descritas en el momento de la visita y según lo recomiende el programa de vacunación.**

(Iniciales) _____ **Consentimiento de Tratamiento:** Tengo el derecho legal para dar acuerdo al tratamiento médico y quirúrgico para este paciente. Yo autorizo y acepto voluntariamente la atención médica, el tratamiento y las pruebas de diagnóstico que los proveedores de Kidsville Pediatrics consideran necesarios para mi hijo. Entiendo que al firmar este formulario, doy permiso a los médicos, enfermeras y otros proveedores de esta clínica médica a dar atención médica para que brinden tratamiento a este niño, siempre que mi hijo / hijos sea un paciente en esta práctica. **En ausencia del tutor legal, la siguiente persona está autorizada a traer al menor para recibir tratamiento médico, EXCEPTO para exámenes físicos y vacunas de rutina.**

Nombre (que no sea padres): _____ Relación al Paciente _____

Nombre (que no sea padres): _____ Relación al Paciente _____

Nombre (que no sea padres): _____ Relación al Paciente _____

(Iniciales) _____ **E-prescripción:** Yo autorizo de forma voluntaria a Kidsville Pediatrics para que permita la prescripción electrónica para la prescripción del paciente, lo que permite a los proveedores de la atención médica transmitir electrónicamente recetas a la farmacia de mi deliberación; además, yo reviso la información de beneficios de la farmacia y la historia de dispensación médica, siempre y cuando este niño sea un paciente en esta oficina.

Al firmar mi nombre a continuación, yo certifico que he leído la información anterior. Cualquier pregunta relacionada con estas pólizas ha sido discutida. Mi firma también certifica mi conocimiento de todos los acuerdos con las pólizas anteriores. Una fotocopia de este documento es tan válida como el original.

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

Nombre del Padre (Imprimir): _____ La Firma del Padre: _____



**Prácticas de Privacidad
Formulario de Reconocimiento de HIPAA**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad para la oficina de **Kidsville Pediatrics** y se me han concedido la oportunidad de revisarlo. Reconozco que esta ley permite que nuestra oficina comparta y divulgue información médica a cual protegida con respecto a su hijo con:

- (1) Otro médico (como un especialista al que nuestros doctores refieran a su hijo), un hospital (donde puede estar ingresado su hijo), una farmacia u otro proveedor de atención médica, como un terapeuta (PT, OT, Habla, etc.), o compañía de DME para equipo médico que su hijo pueda necesitar.
- (2) Compañías de seguros (para procesar reclamos u obtener referidos).
- (3) Para el día a día de las operaciones internas de nuestra oficina (evaluación del rendimiento de trabajo de los empleados, entrenamiento, etc.)

Entiendo que para poder solicitar una copia de los registros médicos de mi hijo (mudanza, cambio a otro PCP, etc.), debo de completar otro formado de divulgación de información diferente, que puede ser obtenido por nuestra oficina, o puedo enviar una carta que incluye el nombre de mi hijo, fecha de nacimiento, motivo de la liberación y una de las firmas de los padres.

La Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha