



FORMULA DE REGISTRO

Informacion Del Paciente:

Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:

Fecha De Nacimiento: Genero: M F Seguro Social:

Estado Civil (Paciente Adulto): Soltero Casado Viudo Divorciado Separado

Direccion:

Ciudad: Estado: Codigo Postal:

Direccion (si diferente que arriba):

Ciudad: Estado: Codigo Postal:

Telefono Preferido: Celular Casa Trabajo

Otro Telefono: Celular Casa Trabajo

Padre/Tutor Legal (Menores de 18 años):

Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:

Fecha De Nacimiento: Genero: M F Seguro Social:

Esta Persona es primario en la Asegurnaza? Si No

Contacto de Emergencia:

Nombre: Telefono: Relacion:

Informacion de Aseguranza:

Nombre de Aseguranza : La Fecha de Vigencia:

ID #: Grupo/Poliza: Nombre de Plan:

Nombre de Asegurado/Apellido: Primer Nombre:

Fecha De Nacimiento: Genero: M F Seguro Social:

Direccion (Si es diferente que la de Paciente):

Ciudad: Estado: Codigo Postal:

Relacion Al Paciente: Mismo Padres Conyuge Otro

Aseguranza Secundaria : La Fecha de Vigencia:

ID # : Grupo/Poliza: Nombre de Plan:

Nombre de Asegurado/Apellido: Primer Nombre:

Fecha De Nacimiento: Genero: M F Seguro Social:

Direccion (Si es diferente que la de Paciente):

Ciudad: Estado: Condigo Postal:

Relacion Al Paciente: Mismo Padres Conyuge Otro

Nombre De Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento Para Tratamiento & Vacunacion

Autorizo y consiento a los proveedores de atencion medica con licencia de Tuscany Children Clinic para que examinen a mi persona. Realicen cualquier estudio de diagnóstico médico, proporcionen cualquier tratamiento médico que sea consistente con la atención médica de calidad, y que proporcionen todas las inmunizaciones según sea necesario.

Firma del paciente o parte responsable: _____ Fecha: _____

Autorizacion de por vida para divulgar informacion y asignacion de beneficios

Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno el pago de los beneficios a los que tengo derecho, incluido el seguro privado y otros planes de salud, a Tuscany Children Clinic.

Tambien autorizo el pago de los beneficios medicos directamente a la clinica Tuscany Children Clinic de los beneficios debidos por los servicios prestados a mi o a mis dependientes.

Entiendo que debo estar de acuerdo con los servicios médicos que no están cubiertos por el beneficio de mi Plan de seguro médico, que soy responsable de todos esos procedimientos o servicios no cubiertos.

Además autorizo a Tuscany Children Clinic a divulgar cualquier información requerida para procesar y pagar mis reclamos de seguro.

Firma del paciente o parte responsable: _____ Fecha: _____

HIPPA

Yo _____ Reconozco que he leído una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad". Mi firma significa que estoy de acuerdo y consentimiento para permitir Tuscany Children Clinic para utilizar y revelar mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud.

Una copia de las pautas de HIPAA está disponible en nuestra oficina. Si desea una copia para llevar a casa, por favor pregunte en la recepción.

Politica Financiera

Enfatizamos que como proveedores de atención médica, nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros. Como cortesía, archivaremos su reclamo de seguro por usted. Si su compañía de seguros no responde o paga dentro de un período de tiempo razonable (60 días), se espera que usted haga un seguimiento con su compañía de seguros. Usted es responsable de cualquier monto que su seguro no pague.

Usted es responsable de cualquier monto no pagado por su compañía de seguros por coaseguro y/o deducible o cualquier otro gasto de bolsillo

Como paciente en nuestra oficina, es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio en su cuenta con respecto a su seguro o información de dirección. Se requiere una identificación de seguro aceptable si usted cambia las compañías de seguros. Esto se define como una tarjeta de seguro válida actualizada cuando reciba una nueva tarjeta de seguro.

No hay Seguro: Si usted no tiene seguro: El total debe ser pagado en el momento de servicio.

Cheques devueltos: los cheques devueltos por fondos no suficientes tendrán un cargo de servicio de \$35.00.

Colecciones: Si usted no ha hecho pagos a su cuenta y si no ha habido ningún intento de contactar con nuestra oficina con arreglos financieros, puede ser asignado a una agencia de cobranzas después de 90 días sin pago a cuenta. Usted será responsable de todas las cuotas de cobro y interés asignadas por la Agencia de cobro. Tenga en cuenta que después de que su saldo ha sido enviado a las colecciones, usted puede ser despedido como un paciente en nuestra oficina. Su saldo tendrá que ser pagado en nuestra agencia de cobranza en su totalidad

Firma del paciente o parte responsable: _____ Fecha: _____

Certifico que la información que he reportado con respecto a mi cobertura de seguro e información personal es correcta.

PREGUNTAS ACERCA DE SU NIÑO/A

Su pediatra quiere conocer a su niño/a mejor como persona, y no tratar un solo padecimiento en específico. Muchas de las siguientes preguntas no están relacionadas con la visita de hoy, pero ayudaran a que su pediatra conozca más de su niño/a. Esta información ayudara a prevenir otros problemas antes de que empeoren. Sus respuestas serán confidenciales.

	No	Si
1. El embarazo de su niño/a fue 2-3 semanas mas largo/corto de lo normal?	_____	_____
2. La mama del niño/a tuvo alguna complicación seria durante el embarazo?	_____	_____
3. La mama fumo durante el embarazo?	_____	_____
4. La mama uso algún tipo de droga antes o después de saberse embarazada?	_____	_____
5. Fue un embarazo “no planeado” (“oops”)?	_____	_____
6. El parto fue normal/vaginal _____ o fue cesaría _____? Cual fue el peso del niño/a al nacer? _____	_____	_____
7. El niño/a tuvo alguna complicación al nacer o se quedo hospitalizado mas que la mama?	_____	_____
8. El niño/a fue admitido al hospital (no solamente a emergencias) durante el primer mes de nacimiento o durante su niñez?	_____	_____
9. El niño/a ha sido sometido a alguna operación? Si fue así, de que tipo y a que edad? _____	_____	_____
10. El niño/a ha tenido alguna enfermedad crónica seria? Si fue así, cual fue y a que edad comenzó? _____	_____	_____
11. El niño/a se atraso en su aprendizaje (sentarse, pararse, caminar, hablar, etc...) o en su inteligencia?	_____	_____
12. Esta usted preocupado que su niño/a no habla, escucha o mira bien?	_____	_____
13. Su niño/a moja la cama (si es mayor de 4 años)?	_____	_____
14. Su niño/a tiene problemas para defecar (constipación)?	_____	_____
15. Existe asma, convulsiones u otro problema serio en algún lado de la familia?	_____	_____
16. Cuantos niños hay en la familia (total)? _____ Son de padre/madre diferentes?	_____	_____
17. Los padres del niño/a están separados o divorciados?	_____	_____
18. Alguno de los padres del niño fuma?	_____	_____
19. La mama o papa del niño/a ha tenido algún problema con el alcohol, drogas o violencia? (ex. violencia domestica)?	_____	_____

Nombre del Niño/a

Fecha de Nacimiento

Fecha