

Children's Surgical Associates
Patient Registration and Financial Agreement
(Favor Escriba Legible)

Información del Paciente (Por Favor el nombre legal de paciente NO apodos)

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
Fecha de Nac _____ Edad _____ Niño/Niña _____ #Seguro Social _____
Dirección Residencial _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

PADRE/ENCARGADO (Persona responsable del cuidado y situación financiera del paciente)

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
Fecha de Nac. _____ #Seguro Social _____ Ocupación _____
Dirección Residencial _____
Teléfono _____ Teléfono alterno _____
Compañía de trabajo _____ Teléfono _____
Correo electrónico _____
Nombre de otro Padre/Encarga _____ Teléfono _____

Padres separados ó divorciados? Sí _____ No _____

Si usted no es el Padre del paciente, es usted el encargado legal? Sí ___ No ___

Información Adicional

Nombre del Pediatra o Dr. Que refirió al paciente con nosotros (Por favor provea el nombre completo del Dr.)

_____ Teléfono _____

Si paciente ha visto un Cardiólogo, Neurólogo o Gastroenterólogo favor proveer nombre completo del medico.

Información del Plan Medico (Favor complete esta parte)

Medicaid (Por favor el tipo de círculo)

Amerigroup /Wellcare /Peachstate /Peachcare /Straight Medicaid

Suscriptor /Member# _____ Medicaid # _____

Seguro Primario

Nombre de compañía de seguro medico Primario _____

De Póliza _____ Grupo número _____

Nombre de la persona asegurada _____

Fecha de Nac. _____ #Seguro Social _____

Cual es su relación con el paciente _____

Nombre de la compañía para la que trabaja _____

Seguro Secundario

Nombre del plan medico _____

Póliza _____ Grupo número _____

Nombre del asegurado primario en la póliza _____

Fecha de Nac. _____ #Seguro Social _____

Cual es su relación con paciente: _____

Nombre la compañía para la que trabaja _____

AUTORIZACION DE PLAN MEDICO: (Iniciales_____)

Solicito que todos los beneficios de seguros abonará directamente al Children's Surgical Associates infantil. Permito una copia de esta autorización a utilizarse en el lugar de la original.

Usted tiene derecho a una comprensión clara de sus obligaciones financieras antes de que se presten los servicios. Nosotros participar con numerosos planes de atención administrada y a lo mejor de nuestra capacidad, verificar sus beneficios antes de ser visto. Es extremadamente difícil para nosotros saber todos los requisitos individuales de cada plan. Su empleador negocia los beneficios de su plan y no tenemos control sobre cómo reclamaciones pueden o no pueden ser procesadas. Cada plan es diferente con respecto a lo que está cubierto, con qué frecuencia, y donde los servicios pueden prestarse. Si usted tiene seguro o auto pago mantenemos que usted es financieramente responsable por todos los gastos incurridos.

Es obligatorio que usted nos notifique de planes de seguro secundarios antes de ser visto. Si no se da aviso, usted será responsable de los gastos, así como la presentación de la reclamación con su póliza de seguro secundario para el reembolso. (Iniciales_____)

No presentar planes de indemnización o compañías de seguros no contratado, a menos que sea por fuera de la cirugía de la Oficina. Si los servicios están ordenados (radiología, laboratorio, cirugía), tratamos de ayudarle a obtener servicios cubiertos; pero no son responsables si no están cubiertos bajo su contrato y se le facturará. Es su responsabilidad asegurarse que una remisión se ha obtenido, (Iniciales_____) si es necesario. Nosotros estamos contratados como especialista. Todos los planes HMO, CMO de Medicaid, Champus/Tricare y algunos planes POS requieren un referido. Si no tenemos una referencia de archivo nos alegra verte como un yo pagar a paciente y pago completo será necesario al tiempo de servicio.

Si seguro no puede ser verificada por fecha de servicio esperamos el pago en su totalidad. Aceptamos efectivo, cheques y tarjeta de crédito. Si no tienes seguro esperamos que pago en su totalidad, a menos que se han hecho arreglos previos con la Oficina de negocios.

- Copagos vencen en el momento del servicio. Si no se paga al tiempo de servicio con mucho gusto una factura a un costo adicional de \$20.00 por cada visita/niño.
- Recogemos depósitos de cirugía o procedimiento antes de ser prestados los servicios.
- Se cobra un cheque devuelto \$30.00.
- Tenemos una tarifa de cancelación de la cirugía de \$150 si aviso de 72 horas no se da.
- Es una tarifa cargará 50 dólares facturados a usted sin previo aviso de 24 horas de cancelación/reprogramar.
- Registros médicos pueden obtenerse con liberación firmada y tarifas aplicables.
- Prácticas de esta Oficina Buró de crédito informes de saldos vencidos de todo.

Padre/Responsable _____

Fecha _____

Children's Surgical Associates, PC
Mark C. Stovroff, MD, FAAP, FACS
ADVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo la información médica sobre su hijo puede ser usada y revelada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Este aviso toma efecto el 26 de marzo de 2003 y sigue hasta que se sustituya.

Nuestro compromiso con su privacidad: La privacidad de la información médica de su niño es importante para nosotros. Entendemos que la información médica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Creamos un registro de la atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso le dirá las maneras que podemos utilizar y compartir la información médica, describe sus derechos y nuestras obligaciones relativas al uso y divulgación de información médica.

Nuestro deber legal: La ley nos obliga a llevar registros médicos de su hijo privado. Además, para darle aviso que describe nuestros deberes legales, prácticas de privacidad y sus derechos sobre su información y sus médicos. Tenemos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que los cambios son permitidos por la ley. Si hacemos cambios, las nuevas condiciones serían eficaces para toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información anterior creado o recibido antes de los cambios. Haremos el aviso nuevo disponible a petición, si nosotros hacemos cambios importantes en nuestras prácticas de privacidad.

Uso u divulgación de información médica de su hijo: La sección siguiente describe las maneras en que usamos y revelamos información médica. No cada uso o revelación se listará. No vamos a usar o revelar información médica de su hijo para cualquier propósito que no se enumeran a continuación w/o su autorización específica. Cualquier autorización escrita específica que usted proporcione puede ser revocado en cualquier momento por escrito con nosotros.

Para el tratamiento: Podemos usar información médica sobre su hijo para proporcionar tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar información médica acerca de su hijo a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, los organismos de salud en el hogar y farmacéuticos. Además, podemos compartir información médica con ambos padres y hermanos o hermanas.

Para pagos: Podemos utilizar y revelar información médica de su hijo para fines de pago.

Para operaciones de atención médica: Podemos utilizar y revelar información médica de su hijo para nuestras operaciones de salud. Esto podría incluir la evaluación de la calidad de la atención recibida, la realización de actividades de planificación de negocio y obtener las licencias y credenciales.

Recordatorios de citas: Nuestra oficina puede utilizar y revelar información médica de su hijo en contacto con usted y recordarle de una cita o hablar de fechas quirúrgica.

Los beneficios relacionados con la salud/servicios: Nuestra oficina puede divulgar información médica de su hijo a la familia/amigos que participan en el cuidado de su hijo con su aviso por escrito.

Divulgaciones exigidas por ley: Nuestra práctica va a usar y divulgar información médica de su hijo cuando sea requerido para ello por el gobierno federal, estatal o local.

Esto puede ser en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, petición de información, orden u otro proceso legal. Podemos compartir información limitada con los funcionarios de aplicación de la ley relativa a la información médica de un testigo, víctima del delito, o persona desaparecida. Compartimos la información médica de una persona en custodia legal con las autoridades policiales o agencias del gobierno. Podemos divulgar la información de su hijo para la salud pública o las autoridades judiciales que están autorizados a recabar información sobre reacciones adversas a medicamentos o problemas con productos o dispositivos.

Sus derechos individuales: Usted tiene el derecho,

1. Ver u obtener copias de la información medica de su niño. Usted debe presentar su solicitud por escrito a nuestra oficina. Contacto medico coordinador, en nuestros registros 404-252-7900 para inspeccionar y/u obtener una copia de la información. Nuestra practica puede cobrar un cargo por los costos de copiado, envío, mano de obra y suministros asociados con su solicitud.
2. Nos pide enmendar información de salud de su hijo si usted cree que es incorrecta o incompleta. Podemos negar su petición si no creamos la información que usted desea cambiado o por ciertas otras razones. Si negamos su solicitud, le proporcionara un escrito explicación. Usted puede responder con una declaración de desacuerdo que se añadirá a la información que desea cambiar.
3. Solicitar restricciones en el uso o la divulgación de información medica de su hijo/ a solamente ciertos individuos involucrados en el cuidado o el pago para el cuidado de su hijo. No estamos obligados a estar de acuerdo con sui petición, per si lo hacemos, vamos a cumplir con nuestro acuerdo, excepto en situaciones de emergencia.
4. Solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de información medica de su hijo por diferentes medios o diferentes lugares. Para solicitar un tipo de comunicación confidencial, usted debe hacer una solicitud por escrito a nuestro gerente de la oficina especificando el método de contacto, o del lugar donde que desea alcanzar. Nuestra práctica acomodara petición razonable. Usted no necesita dar una razón para su solicitud.
5. Recibir una lista d todas las veces que nosotros o nuestros socios de negocio compartido su información medica para fines destinos de tratamiento, pago, operaciones de atención médica, y otras excepciones especificadas.
6. Recibir una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Para obtener una copia impresa de este aviso póngase en contacto con nuestro gerente de oficina.
7. Presentar una queja. Si sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con nuestra práctica o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestra práctica, por favor, póngase en contacto con el administrador de oficinas en 404-252-7900. Todas las quejas deben presentarse pro escrito. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

TUTOR LEGAL: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

Fecha de hoy _____

Children's Surgical Associates, PC
755 Mt. Vernon Hwy NE, Suite 460 Atlanta, GA 30328 404-252-7900 Fax 404-252-7905

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre completo del niño legal _____

Fecha de Nac _____ Edad _____ Niño/Niña _____ Nickname _____

Quien le refirió a nuestra oficina? _____

Quien es el pediatra de su niño? (Si es diferente del anterior) _____

Por qué estas aquí hoy? _____

Cuando noto pro primera vez o el problema empezar? _____

La salud del niño en general es: (marque) Bueno Regular Malo

Son las vacunas del niño hasta la fecha? Si _____ No _____

Si NO, Por favor, especifique: _____

MEDICAMENTOS

Liste todos los medicamentos, incluidos los complementos que su hijo esta tomando actualmente: _____

Liste todos los medicamentos de su hijo es alérgico a: _____

HISTORIA MEDICA

Lista de todas las cirugías de su hijo ha tenido, cuando y donde: _____

Lista de todos las hospitalizaciones que no sean de las indicaciones de la cirugía por que, cuando y donde: _____

HISTORIA DE LA FAMILIA

Por favor, compruebe el trastorno apropiado que se encuentra en la historia de su familia

_____ Problemas de Sangrado/hemorragia prolongada

_____ Problemas con la anestesia/ sedación

_____ Cancer

_____ Trastornos genéticos/ síndromes

_____ Anemia de células falciformes o el rasgo de células falciformes

_____ Otro

Por favor, especifique si alguno de los anteriores se comprueba: _____

Lista de hermanos y edades: _____

Hay un fumador viviendo en el hogar del niño? (circulo) Si No

Hay animales que viven en el hogar del niño? (circulo) Si No En case afirmativo, indique: _____

Tiene su casa utilizar: (circulo) Cuidad de agua Agua de pozo

EXAMEN DE LOS SISTEMAS DE NOMBRE DEL NIÑO

Por favor, compruebe la línea adecuada, si su hijo tiene alguno de los siguientes

HISTORIA DE NACIMIENTO

- ___ Prematuridad: semanas de gestación _____ semana o principios de _____
 ___ Cesarea
 ___ Monitor de apnea
 ___ Otro _____

CORAZON O PROBLEMAS DE SANGRE ___ SI ___ NO

- ___ Cardiopatía congénita
 ___ Problemas de sangrado
 ___ Celula de la hoz Disease/ Rasgo
 ___ VIH Positivo
 ___ Otro _____

ENFERMEDAD PULMONAR O RESPIRATORIA PROBLEMAS ___ SI ___ NO

- ___ Asma/ sibilancias
 ___ El crup
 ___ Bronquitis crónica
 ___ Fibrosis Quística
 ___ Otro _____

SISTEMA DIGESTIVE PROBLEMAS ___ SI ___ NO

- ___ Hepatitis
 ___ Intestinos intestinos
 ___ Hígado
 ___ Reflujo gastro-esofágico
 ___ Estómago
 ___ Otro _____

PROBLEMAS DEL SISTEMA NERVIOSO ___ SI ___ NO

- ___ Convulsiones, convulsiones o ataques
 ___ Parálisis Cerebral
 ___ Hidrocefalia
 ___ Síndrome de Down
 ___ El mielomeningocele
 ___ Retraso en el desarrollo
 ___ Problemas de Aprendizaje
 ___ Otro _____

MÚSCULO O HUESO / MIXTO PROBLEMAS ___ SI ___ NO

- ___ Trastorno muscular
 ___ Enfermedad ósea
 ___ Enfermedad Común
 ___ Artritis Reumatoide
 ___ Otro _____

RIÑÓN O LA VEJIGA PROBLEMAS ___ SI ___ NO

Explique _____

GLANDULAR PROBLEMAS ___ SI ___ NO

- ___ Diabetes
 ___ De la tiroides
 ___ Otro _____

¿MENSTRUATION HA COMENZADO? ___ SI ___ NO

Fecha de la última menstruación: _____

CÁNCER / QUIMIOTERAPIA ___ SI ___ NO

En caso afirmativo, explique: _____

OTROS PROBLEMAS O SÍNDROMES ___ SI ___ NO

En caso afirmativo, explique: _____