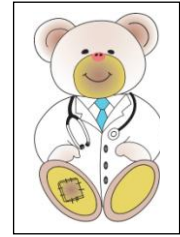


Revisado 02/01/13  
Orlando Pediatrics  
SamerKhaznadar, MD  
Registro de un Nuevo Paciente  
Edades 1-6 Años



## Contables y Pólizas de Seguro

### Pólizas de Pago

El pago completo para todos los co-pagos, deducibles y no cubiertos se espera en el momento de su cita. Todos los otros arreglos de pago deben hacerse con nuestro Departamento de facturación 24 horas antes de la cita.

### Pólizas de Cancelación

Un espacio se ha reservado específicamente para tu cita con el doctor, tratamiento o procedimiento. Si usted debe cancelar una cita por favor llame a menos de 24 horas de anticipación. No hay cargo si no demuestran llegar para una cita o cancelar con menos de 24 horas de antelación, pero esto nos impide dar esta hora de la cita a otra persona que lo necesite

### Precio de Registros Médicos

- HRS 680 (forma de inmunización azul) y HRS3040 (forma física amarillo): primera copia - gratis; Copias adicionales-\$1 cada uno.
  - Forma de incapacidad médica completada: \$15 por conjunto de formas.
  - Copias de registros médicos: \$1 por página hasta 25 páginas, \$0.25 cada página adicional después de eso.
- Nota: Solicitamos un aviso de una semana para completar las solicitudes para copias de registros médicos. Un cargo adicional será cargado si copias se requieren antes.

### Cheques Devueltos/Fondos Insuficientes

No aceptamos cheques personales, pero si aceptamos un cheque en una circunstancia inusual un cheque devuelto tiene penalización de \$25 que se cargará a la cuenta del paciente para cualquier cheque deshonorado por el Banco librado. Esta tarifa se cobrará si el cheque fue devuelto por error, siempre que la documentación se presenta. Los cheques devueltos y penalización deben pagarse en efectivo, tarjeta de crédito o giro postal. Si un cheque devuelto se utilizó para pagar por más de un paciente, cada paciente será evaluado la cuota de cheques devueltos de \$25. Los pagos efectuados por un cheque devuelto se invierten a la cuenta del paciente, dejando el saldo debido y por pagar inmediatamente..

### SalDOS Pendientes

Deducibles de saldos pendientes para el año calendario dará como resultado un costo evaluado de \$100 para nuevos pacientes y \$50 para pacientes establecidos. Si tienes un saldo anterior, usted es responsable de la balanza. El pago total se espera en el momento oportuno, pero no más tarde de 30 días del recibo de su declaración.

### Asignación de Beneficios de Seguro

Por lo presente autorizo el pago directo de beneficios médicas a Orlando Pediatrics por los servicios prestados por los médicos u organización; Entiendo que soy responsable de cualquier saldo no cubierto por el seguro.

### Autorización Para Liberar Información

Autorizo a Orlando Pediatrics para liberar cualquier información médica o incidental que pueda ser necesario para cualquier atención médica o en el procesamiento de beneficios financieros.

### Seguros Firma Autorización Vida

Yo certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el título XVIII de la ley de Seguridad Social esta correcta. Autorizo a cualquier titular de médica u otra información sobre mí para liberar a la administración de la seguridad social o sus intermediarios de la información que la compañía necesita para esto o un relacionados con Medicare/Medicaid u otra reclamación de seguro. Por lo presente asigno, transfiero y que se distribuyan a los médicos u organización, suministro los servicios todos mis derechos, título e interés de mis beneficios de reembolso médico bajo mi póliza de seguro con las compañías de seguros; Permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original.

### Gestionados el Cuidado de Pacientes

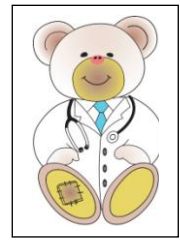
Estoy consciente de que es mi responsabilidad de conocer y comprender los términos y condiciones de mi póliza de seguro. Yo no haré responsable al personal de Orlando Pediatrics si no efectuó en la obtención de la autorización correspondiente; en este caso yo asumiré la responsabilidad total de los servicios prestados.

I hereby certify that I have read, understand, and agree to all of the policies contained on this page.

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre del Padre/Tutor Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación



## Autorización para el Consentimiento de Acompañamiento

Yo \_\_\_\_\_ el/la \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Padre/Tutor Nombre) (Relación con Menor) (Nombre del Paciente) (Fecha de Nacimiento)

por lo presente doy mi permiso para que las siguientes personas lleven a mi hijo a Orlando Pediatrics para la atención médica. Yo concedo este / estos individuos la posibilidad de llevar a mi hijo a cualquier prestación de servicios de proveedor en pediatría del comerciante para evaluación, vacunas y tratamiento médico es necesario que mi hijo pueda necesitar.

Además, este individuo actuará en mi nombre y no puedo responsabilizar cualquier médico o funcionario en Orlando Pediatrics, o perseguir judicialmente las decisiones de cuidado de la salud del individuo nombrado sobre la salud de mi hijo. Este consentimiento será efectivo mientras yo soy el guardián legal y puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Esta autorización sólo es válida para su uso en esta práctica.

**Entiendo que se requiere un diferente y debe ser notariada a fin de darle a estos persona jurídica poder médico.**

**NOMBRE DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN AL NIÑO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN ME:** \_\_\_\_\_

- ¿E esta persona autorizada para recibir los records médicos? [ ] sí [ ] no
- ¿E esta persona autorizada para hacercitas y recibir información sobre el paciente por teléfono? [ ] sí [ ] no

**NOMBRE DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN AL NIÑO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN ME:** \_\_\_\_\_

- ¿E esta persona autorizada para recibir los records médicos? [ ] sí [ ] no
- E esta persona autorizada para hacercitas y recibir información sobre el paciente por teléfono? [ ] sí [ ] no

**NOMBRE DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN AL NIÑO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN ME:** \_\_\_\_\_

- ¿E esta persona autorizada para recibir los records médicos? [ ] sí [ ] no
- E esta persona autorizada para hacercitas y recibir información sobre el paciente por teléfono? [ ] sí [ ] no

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



## Historia de la Salud

### Información del Paciente:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

¿El niño vive con madre, padre, ambos, otro? Por favor especificar: \_\_\_\_\_

¿Quién cuida por el niño durante el día? \_\_\_\_\_

### Historia del Nacimiento:

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Tipo de Entrega: \_\_\_\_\_

¿Plazo Completo? [ ] Sí [ ] No    Peso de Nacimiento: \_\_\_\_\_ lbs. \_\_\_\_\_ oz.    Longitud de Nacimiento: \_\_\_\_\_ in.

### Historia del Desarrollo:

¿Su hijo completa lo siguiente? Si no, a qué edad?

Darse la vuelta los 4 meses: [ ] Sí [ ] No \_\_\_\_\_

Sentarse solo/a a los 6 meses: [ ] Sí [ ] No \_\_\_\_\_

Dice varias palabras en el 1 año: [ ] Sí [ ] No \_\_\_\_\_

Camina a los 15 meses: [ ] Sí [ ] No \_\_\_\_\_

Habla oraciones cortas a los 2 años: [ ] Sí [ ] No \_\_\_\_\_

Podría usar un inodoro a los 3 años: [ ] Sí [ ] No \_\_\_\_\_

Escuela del Niño: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección de la Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Escuela: \_\_\_\_\_

### Historia Clínica:

¿Su hijo/a tenido alguno de los siguientes? ¿en caso afirmativo, por favor especificar?

Alergias específicas: [ ] Sí [ ] No \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones:: [ ] Sí [ ] No \_\_\_\_\_

Lesiones graves: [ ] Sí [ ] No \_\_\_\_\_

Enfermedades Graves: [ ] Sí [ ] No \_\_\_\_\_

Cirugías: [ ] Sí [ ] No \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales: [ ] Sí [ ] No \_\_\_\_\_

¿Ha su hijo experimentado dificultad con cualquiera de los siguientes?

[ ] Cabeza [ ] Orejas [ ] Urinación [ ] Neumonía [ ] Sistema digestivo

[ ] Ojos [ ] Corazón [ ] Sarampión [ ] Asma

[ ] Nariz y garganta [ ] Varicela [ ] Músculos y huesos [ ] Bronquitis o Tos

[ ] Rubéola [ ] Piel [ ] Anemia [ ] Sistema nervioso

[ ] Pulmones [ ] Boca [ ] Paperas [ ] Trastornos de la sangre

### Historia de Familia:

Ha habido una historia familiar de:

[ ] Diabetes [ ] Tuberculosis [ ] Fiebre del heno [ ] VIH/SIDA

[ ] Enfermedad cardíaca [ ] Cáncer [ ] Enfermedad renal [ ] Enfermedad de la tiroides

[ ] Convulsiones [ ] Asma [ ] Defectos genéticos [ ] Otros: \_\_\_\_\_

### Seguridad y Prevención de Accidentes:

Por favor respuestasí o no:

¿Son todos los medicamentos, productos de limpieza y otras sustancias peligrosas bajo llave y fuera del alcance? [ ] Sí [ ] No

¿Esta tu casa equipada con detectores de humo? [ ] Sí [ ] No

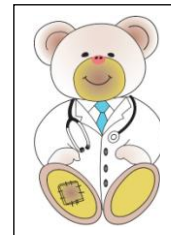
¿Tiene clavijas de seguridad en los enchufes de pared no utilizados? [ ] Sí [ ] No

¿Tienes el número telefónico de Control de envenenamientos? [ ] Sí [ ] No

¿Su hijo sabe cómo nadar? [ ] Sí [ ] No

¿Su hijo siempre usa un asiento de coche o cinturón de seguridad? [ ] Sí [ ] No

¿Ha tenido entrenamiento de primeros auxilios? [ ] Sí [ ] No



## Aviso de Prácticas de Privacidad

Nuestra práctica se ha comprometido a educar a nuestros pacientes sobre temas de salud que les afectan. Como resultado, ponemos a su disposición información general sobre la regla de privacidad, una regulación federal de la HealthInsurancePortability and AccountabilityAct (HIPAA) de 1996 junto con una breve descripción de nuestro aviso de privacidad. Nuestra práctica está cumpliendo con las regulaciones de HIPAA.

### ¿Qué es HIPAA y cómo la regla de privacidad le afectan?

Cuando la HealthInsurancePortability and AccountabilityAct (HIPAA) fue aprobada en agosto de 1996, esto le dio al gobierno federal la capacidad de establecer planes de cómo profesional de la salud, proveedores y cámaras de compensación almacenar y enviar información personal del paciente, lo que se refiere a la asistencia sanitaria. La regla de privacidad fue creada para proteger sus derechos como paciente de nuestra práctica y nosotros estamos obligados por ley a cumplir con esta regulación en 14 de abril de 2003. Bajo la regla de privacidad le garantiza acceso a sus registros médicos, permitidas control sobre cómo su información de salud protegida es utilizada y divulgada y pueden tomar acción si su privacidad se ve comprometida por la política de la práctica. Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información personal.

### ¿Cuál es la información de salud individual identificable (IIHI)?

Cualquier información de salud que proporciona nuestra práctica, incluyendo su dirección de correo electrónico. IIHI es cualquier información que es creada y retenida por nuestra práctica o recibida por otro proveedor de atención médica que se refiere al tratamiento, pago o le identifique como individuo.

### Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su IIHI:

1. Tratamiento
2. Operaciones de atención médica
3. Recordatorios de cita
4. facturación y opciones de pago
5. Información de contacto del paciente
6. Opciones de Tratamiento
7. Solicitudes de informes de progreso por la aseguradora
8. Beneficios y servicios relacionados con la salud
9. Lanzamiento de información a familiares / amigos
10. Divulgación requerida por la Ley
11. Examen por Especialistas

### Las siguientes categorías describen situaciones únicas en las que podemos utilizar o divulgar su información de salud identificable:

1. Riesgos para la salud pública
2. Actividades de supervisión de salud
3. Los presos de Seguridad Nacional
4. Amenazas graves a la salud o la seguridad
5. Aplicación de la ley
6. Pacientes fallecidos
7. Donación de Órganos y Tejidos
8. Demandas y procedimientos similares
9. Compensación a los Trabajadores
10. Venta de Prácticas
11. Militar
12. Investigación

### ¿Cuáles son sus derechos con respecto a su información de salud individual identificable (IIHI)?

You have rights regarding the IIHI that we maintain about you. In our Notice of Privacy you can view the policies and procedures you will need to follow for the areas listed below:

1. Comunicaciones confidenciales
2. Solicitar restricciones
3. Inspección y Copias
4. Enmienda
5. Informe de divulgaciones
6. Derecho a recibir un copia impresa de este aviso
7. Derecho a presentar una queja
8. Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones
9. Derecho a la transferencia de expedientes médicos a otro proveedor (es)

### Por favor lista de nombres de personas que podemos discutir atención médica del paciente con:

NombredelCónyuge: \_\_\_\_\_

NombredelOtro Padre: \_\_\_\_\_

OtroNobre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

### ¿Autoriza Orlando Pediatrics para dejarmensajes cortos que contienen información del paciente al número de teléfono que has escrito en las formas de registros?

[ ] sí [ ] no

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con nuestro oficial de privacidad: SamerKhaznadar (407-483-7925)

He leído el corto plazo proporcionado por la práctica de Orlando Pediatrics y han sido informado de cómo obtener más información sobre nuestro aviso de privacidad.

\_\_\_\_\_  
(Escriba el Nombredel Padre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Relación)