

NORTH FULTON PEDIATRICS - AGES 5 YEARS AND OLDER

INFORMACIÓN DE PACIENTE

PACIENTE _____

FECHA DE HOY _____

DIRECCIÓN _____

CUMPLEAÑOS _____

S.S. # _____

CONDADO _____

TELÉFONO # _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES

NOMBRE DE PADRE _____

NOMBRE DE MADRE _____

S.S. # _____ Fecha Nacimiento ____/____/____

APELLIDO DE SOLTERA _____ Fecha Nacimiento ____/____/____
S.S. # _____

DIRECCIÓN (marque si es la misma del paciente _____)

DIRECCIÓN (marque si es la misma del paciente _____)

TELÉFONO # _____

TELÉFONO # _____

TELÉFONO DE TRABAJO # _____

TELÉFONO DE TRABAJO # _____

CELULAR # _____

CELULAR # _____

PATRÓN/Supervisor _____

PATRÓN/Supervisor _____

DIRECCIÓN DE PATRÓN _____

DIRECCIÓN DE PATRÓN _____

SEGURO DE SALUD _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____

Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra que sea necesaria para procesar los cobros del seguro de mi hijo. Esto incluye la facilitación de información médica a otros doctores o compañías de seguros ya sea para referencias o continuación de cuidado médico. Yo autorizo el pago, por servicios rendidos del beneficio médico y estoy en acuerdo con el método y términos de pago mencionados.

FIRMA DEL ASEGURADO _____ FECHA _____

RELACIÓN Y NOMBRE DE PERSONA A LLAMAR EN CASO DE URGENCIA:

NOMBRE _____

TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____

¿COMO SE ENTERÓ DE NORTH FULTON PEDIATRICS?

AMIGO _____ DOCTOR _____

PÁGINAS AMARILLAS _____ SEGURO DE SALUD _____ OTRO _____

MÉTODO DE PAGO: EFECTIVO _____ TARJETA DE CREDITO _____ CHEQUE _____ OTRO _____ MEDICAID _____

Nos reservamos el derecho a cobrar interés en el monto de 1.5% mensual (18% anual) como lo acuerda el Estado de Georgia a todas las cuentas no pagadas después de 60 días.

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIA MÉDICA
(Niños de 5 años a más)
5 years and older

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

Madre _____ Fecha de Nacimiento: _____

Salud: _____

Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Salud _____

Otro niños (Nombre/Fecha de Nacimiento/Salud) _____

Problemas de salud in la Familia: ¿algún familiar del niño padece de siguientes enfermedades?

Marque la opción apropiada:

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco o embolia
(antes de la edad de 60 años) | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Muerte repentina | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

HISTORIA MÉDICA DEL NIÑO

Problemas durante en embarazo y/o parto: _____

Hospitalizaciones y/o Cirugías: _____

¿Tiene el record de vacunas del niño actualizado? _____

¿Es el niño alérgico a algún tipo de medicamento?, ¿Cuales?: _____

¿Toma el niño medicamentos actualmente?, ¿Cuales?: _____

Por favor marque los problemas y/o enfermedades que he sufrido su niño en el pasado:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias |
| <input type="checkbox"/> Bronquiolitis/Bronquitis | <input type="checkbox"/> Infecciones al oído frecuentes | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Garganta inflamada con frecuencia | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Soplo del corazón | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | | <input type="checkbox"/> Se orina en la cama |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

¿Ha tenido su niño problemas en su desarrollo? _____

Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____

Rendimiento Escolar/Problemas: _____

Primer Pediatra y otros especialistas que han visto a su niño (nombre/ubicación): _____

North Fulton Pediatrics

Póliza de Finanzas

Gracias por elegir a North Fulton Pediatrics como el proveedor para el cuidado de su salud. Por favor, comprenda que el pago de sus cuentas es considerado parte de su atención. Los siguientes son los términos de la Póliza de Finanzas y requiere que usted la lea y firme antes de recibir tratamiento.

A causa de frecuentes cambios en la cobertura de las pólizas, requerimos que usted provea un comprobante de su seguro en cada visita. Si usted no tiene seguro, no le es posible proveer comprobante de cobertura de seguro, o está inscrito en un plan en el que nosotros no participamos, será necesario que pague el monto total de los cargos al momento de su visita.

Todos los “co-payments” y deducibles deben ser cancelados en el momento de su visita. Estos costos no pueden ser descartados. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheques, Visa/MC (incluso tarjetas de débito), American Express y Discover.

Seguros sin Convenio:

Para aquellos planes de seguro con los cuales no tenemos convenio, usted será responsable de pagar la cuenta en su monto total al momento de los servicios rendidos. Nosotros le proveeremos con una copia de la cuenta/recibo en cada visita y así usted podrá someter sus cargos con su propia compañía de seguros.

Seguros de Convenio:

Si somos un proveedor participante, los pagos del “co-payment” y deducibles deberán ser cancelados en el momento de su visita. Por favor note que algunos de los servicios que proveemos podrían ser “servicios no reembolsables o cubiertos” por su plan. Usted es personalmente responsable por el costo de estos servicios.

Nosotros procesaremos rutinariamente los cargos de cada visita, con su compañía de seguro. Si hubiese una disputa con su compañía de seguro, trataremos de resolverlo por usted. Durante este período se le enviará un estado de cuentas cada mes que su cuenta muestre un saldo a pagar.

Para todas las compañías de seguros, a excepción de los HMOs, si el seguro no ha pagado dentro de 90 días este saldo será transferido a su balance personal y usted deberá pagarlo de inmediato.

Su póliza de seguros es un contrato entre usted y su compañía de seguro, por lo tanto el saldo pasa a ser su responsabilidad.

Programa de vacunas para Niños (VFC):

Niños sin seguro, o asegurados pero sin cobertura para vacunas, que reciban Medicaid, o que sean indios nativos americanos o nativos de Alaska califican para el programa de vacunas para niños (Vaccines For Children)

Estas vacunas son ofrecidas gratuitamente, pero tienen un cargo administrativo del cual usted debe hacerse responsable. Si su hijo/a califica y usted desea participar en este programa VFC, necesita informarle a la enfermera al inicio de la visita. Este programa no puede ser implementado retroactivamente.

Interés:

Reservamos el derecho a cobrar el monto de 1.5% mensual (18% anual) como lo acuerda la ley del estado de Georgia a todas las cuentas con saldo a pagar.

Cargo Administrativo:

Documentos para inscripción a campamentos, escuelas, y deportes, etc. tendrán un cargo de \$10.00 por procesamiento que debe ser cancelado por adelantado. Cualquier pedido para una segunda copia de los certificados estatales también será cargado \$10.00 a pagar por adelantado.

Pacientes que no son acompañados por padres, guardián/apoderado:

Solo atenderemos a menores de 18 años que sean acompañados por sus padres o guardián/apoderado. Atenderemos a pacientes sin sus padres o guardián/apoderado solamente en caso de un tratamiento de emergencia.

Cargo a cheques devueltos:

Le serán cobrados \$25.00 de procesamiento por cada cheque devuelto a causa de falta de fondos o los cuales tengan un “paro de pago” o que sean de una cuenta ya cerrada. Este monto se le aplicará al balance de su cuenta personal y debe ser pagado dentro de 14 días a partir de la notificación para evitar más acciones a futuro. Cualquier familia con historial de más de dos cheques devueltos por falta de fondos, será requerida a pagar al contado con efectivo o una tarjeta de crédito aprobada para todas las visitas de allí en adelante.

Cuentas delincuentes:

Si se anticipa una cuenta de alto monto, y es necesario hacer un acuerdo para planes de pago usted puede acodar esto con nuestra Administradora, antes de su visita. Una falta de resolución con cuentas con saldo a pagar, o con problemas de cheques devueltos, resultará en una transferencia a una agencia de cobranzas. Si su cuenta es enviada a una agencia de cobranzas, se le cargará el 30% del saldo a pagar a su balance personal como costo de cobranza.

North Fulton Pediatrics podrá divulgar información de su historial médico a las agencia de cobranzas, relacionados con los servicios rendidos si su cuenta es delincuente. Cualquier familia con una cuenta transferida a una agencia de cobranzas será despedida de nuestra oficina. Si usted requiere de un proveedor primario (PCP) entonces una copia de la carta de despido será enviado a su compañía de seguro para que ellos le asignen otro.

Transferencia de antecedentes (Records) médicos:

Porque hay cambios frecuentes en los planes de cobertura de los seguros médicos, y de los proveedores participantes sucede seguido que pacientes necesitan pedir que sus antecedentes médicos sean transferidos a otra oficina médica. Nosotros proveemos certificado de vacunas, gráfico de crecimiento y lista de problema sin costo alguno. De otra manera, un cargo administrativo será cobrado en acuerdo con las reglas estatales relacionadas a la copia de archivos.

Cargo de enfermera:

Cualquier tratamiento otorgado por la enfermera de laboratorio (chequeo streptococo, exámenes de laboratorio, chequeo de visión y audición) que no requiere una cita cara a cara con el Doctor tendrá un costo adicional al del tratamiento efectuado. También es aplicable el cargo del “copay”. Se le pide a todo los pacientes que pasen por “check out” al salir de la oficina. Es contra la ley salir intencionalmente sin antes consolidar sus obligaciones de finanzas, después de que el tratamiento haya sido completado.

Gracias por comprender nuestra Póliza de Finanzas. Haga el favor de hacernos saber si tiene alguna pregunta o duda al respecto.

Yo he leído y comprendo los términos de la Póliza de Finanzas.

Firma padre/guardián/apoderado

Fecha

Nombre del paciente

North Fulton Pediatrics

Receipt of Notice of Privacy Practices Written Acknowledgement Form

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

I, _____, have had the opportunity to review a copy of North Fulton Pediatrics Notice of Privacy Practices.

Signature of Patient/Parent/Guardian

Date

Relationship to patient

FOR INTERNAL USE ONLY

Patient/Parent/Guardian refused to sign _____
Date

Initials

I hereby grant permission to North Fulton Pediatrics to contact me and/or leave a message at either my home or workplace. These numbers are on file and can be used to confirm an appointment, to notify me that test results are available, to notify me that a form or prescription is ready for pick-up, or to conduct any other relevant business that is deemed necessary.

Personal or detailed information will not be left on an answering machine or voice mail.

Signature of Patient/Parent/Guardian

FOR INTERNAL USE ONLY

Patient/Parent/Guardian refused to sign _____
Date

Initials