

Eastman Pediatric Clinic

Fecha: _____

Paciente/Niño/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Hombre / Mujer

Direccion De Correspondencia: _____

Ciudad / Estado / Codigo: _____

Telefono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Raza/Etnicidad (circulo) Anglo Nativos Americanos Negro/ Afroamericanos Hispano/Latino Asia Otro

Madre: _____

Apellido Nombre

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion De Correspondencia: _____

Calle Ciudad Estado Codigo

Telefono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Empleo: _____ Direccion de Empleo: _____

Raza/Etnicidad (circulo) Anglo Nativos Americanos Negro/Afroamericanos Hispano/Latino Asia Otro

Padre: _____

Apellido Nombre

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico _____

Direccion De Correspondencia: _____

Calle Ciudad Estado Codigo

Telefono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Empleo: _____ Direccion de Empleo: _____

Raza/Etnicidad (circulo) Anglo Nativos Americanos Negro/Afroamericanos Hispano/Latino Asia Otro

Eastman Pediatric Clinic

1223 Plaza Ave Eastman, GA / P O Box 698

Phone: (478) 374-3814

Fax: (478) 374-1478

Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Hermanos: _____		
Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Otro Guardian Legal o Persona Responsable: _____

Apellido	Nombre	Segundo	Nombre Relacion
----------	--------	---------	-----------------

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____

Direccion De Correspondencia: _____

Calle	Ciudad	Estado	Codigo
-------	--------	--------	--------

Telefono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Empleo: _____ Direccion de Empleo: _____

Contacto de Emergencia: _____	Relacion: _____
Telefono (1): _____	Telefono (2): _____
Contacto de Emergencia: _____	Relacion: _____
Telefono (1): _____	Telefono (2): _____

Condiciones del Servicio

Consentimiento de Tratar:

Yo (para el paciente en cuestión) doy el consentimiento voluntariamente para estos cuidados clínicos con evaluación médica, procedimientos diagnósticos y tratamientos médicos que puedan ser ordenados por mi médico o médicos de consulta, sus asistentes o sus representantes. Entiendo que los servicios prestados para el paciente que suscribe se encuentran bajo el control y la dirección de mi médico. Yo también soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y estoy de acuerdo para mantener la práctica.

Inicial _____

Divulgación de información:

Yo autorizo Eastman Pediatric Clinic y las personas designadas para la liberación de estos pacientes, e información de garante de los registros médicos o financieros del paciente que sean necesarias para la tramitación de las reclamaciones de seguros, por adelantado, concurrentes, o revisión retrospectiva de los servicios, para la recepción de beneficios, o para continuidad de la atención de la salud. La información puede ser revelada a terceros pagadores y sus agentes y / o profesionales de la salud en la atención prestada en la clínica o en la atención continuada. También entiendo que la información podrá ser eximido de lo permitido o requerido por la ley.

Inicial _____

Conocimiento de la Notificación de prácticas de privacidad:

Yo reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el aviso de Eastman Pediatrics de las prácticas de privacidad. También doy mi consentimiento para ser contactado por correo ordinario, por correo electrónico o por teléfono (incluyendo un número de teléfono móvil) con respecto a cualquier asunto relacionado con nuestra cuenta con los socios de Eastman Pediatric Clinic, sus sucesores o cesionarios. Este consentimiento incluye cualquier información de contacto actualizada o adicional que pueda suministrar y incluye el contacto que emplea tecnología de auto-marcador y / o mensajes pregrabados. También estoy de acuerdo para tener recordatorios de la cita que me envió la postal abierto.

Inicial _____

Responsabilidad Financiera

Su firma de abajo se compromete a ayudar en la tramitación de las solicitudes de prestaciones y entiende que él / ella estotalmente responsable del pago de todos los gastos de la clínica por los servicios prestados, independientemente de la cobertura de seguros o otras partesresponsables. El que suscribe entiende que ellos son responsables por el pago puntual de cualquier parte no cubierta por el seguro como coseguro, deducibles y co-pagos y puede ser responsable de los servicios no cubiertos y reclamaciones denegadas por su seguro. Abajo firmante reconoce que el pago de los co-pagos que se espera al momento del servicio, así como los posibles saldos anteriores.

Inicial _____

Asignación de los beneficios del seguro

Para que Eastman Pediatric Clinic facture su plan de seguro o presentar una reclamación en su nombre se requiere una tarjeta de crédito o de débito directo en cuenta bancaria de información previa a los servicios que se queden (Colorado pacientes de Medicaid exentos). Su tarjeta de crédito / tarjeta de débito se mantendrá en archivo. Su tarjeta de crédito o cuenta bancaria no se le cobrará hasta 30 días después de los servicios prestados han sido procesados porsu compañía de seguros de salud y el equilibrio considera su responsabilidad. Haremos lo posible para que le notifique por la declaración y o carta a la dirección indicada de los saldos pendientes antes de Pediatría Socios cargo a su cuenta o tarjeta de momento en el que usted puede utilizar una forma diferente de pago para cancelarsu cuenta. A pesar de ser capaz de contactar con usted sin embargo, al proporcionarsu tarjeta y la recepción de los servicios prestados, usted está autorizando a los socios de Pediatría para cargar su crédito / tarjeta de débito de las facturas pendientes de pago o reclamaciones. Sin una tarjeta de archivo, un depósito reembolsable de la estimación del balance se debe en su totalidad en el momento se prestan los servicios. Cualquier reclamación de pago después de que su tarjeta ha sido facturados o recibo de su depósito será devuelto. Con una tarjeta en el archivo que va a presentar un reclamo inicial con la compañía de seguros, u otro pagador de terceros, si el que suscribe ha proporcionado la información necesaria y los formularios requeridos. El abajo firmante se compromete a ayudar a nuestra oficina en la tramitación de las solicitudes para el seguro u otros beneficios. Además él o ella entiende que si la compañía de seguros u otro pagador no hace un pago a la demanda dentro de los cuarenta y cinco (45) días de la presentación, es su responsabilidad de pagar la clínica en ese momento o hacer otros arreglos de pago aceptables para la clínica. El abajo firmante se compromete a mantener todos losseguros y la información demográfica actual y notificará a la clínica por escrito de cualquier cambio. Los cargos efectuados por un menor de edad son responsabilidad de su tutor legal (s). Yo autorizo el pago directo de mi seguro a Pediatric Partners.

Inicial _____

HE LEÍDO Y ENTIENDO Y SE HA DADO LA OPORTUNIDAD DE RECIBIR UNA COPIA DE LOS TÉRMINOS ANTERIORES, CONDICIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS Y SE HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER CUALQUIER PREGUNTA.

ENTIENDO QUE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD NO ES UNA CIENCIA EXACTA Y RECONOZCO QUE NO HAY GARANTIAS HAN SIDO O PUEDE SER QUE ME HIZO SOBRE LOS RESULTADOS DE CUALQUIER EXAMEN O TRATAMIENTO QUE PUEDA SER RENDIDO A MI DURANTE MI VISITA A LA CLINICA.

CERTIFICO QUE ESTOY AUTORIZADO PARA EJECUTAR ESTE DOCUMENTO EN NOMBRE DEL PACIENTE Y ACEPTO LAS CONDICIONES DE SERVICIO INCLUIDOS.

Firma De Persona Autorizada o Paciente

Razon de cuál Paciente no puede firma

Relación al Paciente

(Testigo)

(Fecha)

Autorización de Tratar y/o Hablar de Tratamiento o Resultados y o Procedimientos

(Permite a otros para llevar niños a la oficina y / o recibir los resultados o siga las instrucciones en marcha)

Yo, _____ autorizo las siguientes personas que tengan concentiemiento para traer a mi hijo/hija a su cita medica. Incluyendo a mi hijo/hija si es mayor de los 18 años que pueda venire solo/sola:

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Hay problemas de custodia que la authorizacion de impacto de la atencion medica? Si _____ No _____

En caso afirmativo, por favor explique _____

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____

- Reportar información de interés para la salud pública, como el reporte de víctimas de maltrato, negligencia o violencia doméstica, o para informar a la Administración de Alimentos y Fármacos problemas con productos o reacciones a medicamentos.
- Reportar información de interés para la salud pública, por ejemplo para prevenir la diseminación de una amenaza grave a la salud o a la seguridad de una persona en particular o al público en general.
- Asistir a los oficiales de ejecución de la ley, como la policía, en el desempeño de sus actividades de ejecución de la ley.
- Permitir que los directores de funerarias, examinadores médicos o médicos forenses realicen sus actividades legales tales como la preparación de un certificado de defunción para el estado.
- Cumplir con las leyes y reglamentos relacionados con el Seguro Obrero.
- Permitir que otras agencias del gobierno le proporcionen beneficios y servicios.

Actividades de supervisión de la atención médica- Eastman Pediatric Clinic puede divulgar su información médica a las agencias de salud del gobierno por razones de supervisión de la atención médica, tales como auditorías de programas o revisiones de licencias.

Investigación - Eastman Pediatric Clinic puede usar su información médica para propósitos de investigaciones aprobadas, tales como un estudio para la curación de una enfermedad.

Funciones especiales del gobierno - Las "Funciones especiales del gobierno" tales como la protección de funcionarios públicos o la presentación de informes a varias ramas de los servicios armados, pueden requerir el uso o la divulgación de su información médica.

Obligaciones de Eastman Pediatric Clinic

Eastman Pediatric Clinic requiere:

- Mantener la confidencialidad de su información médica protegida.
- Proporcionarle este Aviso de sus obligaciones legales y prácticas de confidencialidad referentes a su información médica.
- Obtener su autorización por escrito para el uso o divulgación de su información médica por razones diferentes a las indicadas en este Aviso y permitidas por la ley.
- Acatar los términos de este Aviso que actualmente se encuentran vigentes.
- Notificarle si Eastman Pediatric Clinic puede aceptar una limitación solicitada sobre cómo se usa o divulga de su información.
- Permitir solicitudes razonables que usted pueda hacer para que le notifiquen su información médica de una manera o en un lugar que le ayude a conservar la confidencialidad de esta información.

Eastman Pediatric Clinic se reserva el derecho de modificar sus prácticas de información. Las nuevas disposiciones entrarán en vigencia para toda la información médica protegida que el Plan de Beneficios Eastman Pediatric Clinic mantiene. Los avisos revisados se podrán a su disposición cuando llame a la oficina administrativa de las instalaciones a las que acuda.

Si tiene alguna queja respecto a este Aviso sobre las Prácticas de Confidencialidad o respecto a cómo Eastman Pediatric Clinic maneja su información médica, o si de otra manera considera que Eastman Pediatric Clinic ha violado sus derechos de confidencialidad, debe dirigir su queja a:

Eastman Pediatric Clinic
1223 Plaza Ave / PO Box 698
Eastman, GA 31023
(478) 374-3814

Si no queda satisfecho con la manera en que Eastman Pediatric Clinic maneja una queja, puede presentar una queja formal ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en Washington, D.C.

Si usted presenta una queja, no sufrirá represalias por parte de Eastman Pediatric Clinic.

Firma

Fecha

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE.

Eastman Pediatric Clinic está comprometido a proteger su información médica personal. La información médica personal puede incluir documentos tales como formularios de consentimiento médico, información sobre sus antecedentes médicos etc. La ley requiere que se le proporcione este aviso sobre la protección de su información médica. Este aviso le notifica cuáles son sus derechos y cómo Eastman Pediatric Clinic utiliza y divulga su información médica.

Sus derechos sobre su información médica

Usted tiene ciertos derechos referentes a la información médica que Eastman Pediatric Clinic tiene sobre usted. Usted tiene derecho a:

- Solicitar una limitación de ciertos usos y divulgaciones de su información médica; sin embargo, no se requiere que Eastman Pediatric Clinic apruebe su solicitud.
- Solicitar que Eastman Pediatric Clinic le notifique su información médica de una manera o en un lugar que le ayude a conservar la confidencialidad de esta información.
- Recibir una lista de las divulgaciones de su información médica que Eastman Pediatric Clinic haya hecho.
- Retirar su autorización, por escrito y en cualquier momento, para que Eastman Pediatric Clinic divulgue su información médica, excepto la información que Eastman Pediatric Clinic ya haya divulgado antes de que usted suspendiera su autorización.
- Pedir a Eastman Pediatric Clinic que modifique su información médica si usted cree que es incorrecta o que está incompleta.
- Eastman Pediatric Clinic puede denegar su solicitud y, si lo hace, le dará la razón o razones por las cuales denegó la solicitud.
- Recibir una copia impresa o electrónica de este Aviso sobre las Prácticas de Confidencialidad si la solicita.

Si desea recibir una explicación más detallada de estos derechos, o si desea ejercer uno de estos derechos, comuníquese con

Eastman Pediatric Clinic
1223 Plaza Ave / PO Box 698
Eastman, GA 31023
(478) 374-3814

Cómo Eastman Pediatric Clinic puede usar o divulgar su información médica

La ley permite que Eastman Pediatric Clinic use o divulgue su información médica para los siguientes propósitos:

Tratamiento – Eastman Pediatric Clinic puede usar y divulgar su información médica con el fin de ayudarle a recibir tratamiento y servicios médicos. Ejemplo: Eastman Pediatric Clinic puede usar la información sobre sus antecedentes médicos para asegurarse de que usted reciba una atención médica adecuada en el caso de que se lesione.

Pago Eastman Pediatric Clinic puede usar y divulgar su información médica para pagar su tratamiento y servicios médicos. Ejemplo: Su médico puede enviar a Eastman Pediatric Clinic una reclamación por servicios médicos. La reclamación puede contener información que le identifique, su diagnóstico y el tratamiento o suministros que usted haya recibido.

Operaciones de atención médica – Eastman Pediatric Clinic puede usar y divulgar su información médica a auditores internos. Ejemplo: Su información médica se puede divulgar al personal médico o al personal de mejoramiento de la calidad para que revisen la efectividad de la atención médica que usted recibió.

Requerimientos de la ley – Eastman Pediatric Clinic puede usar y divulgar su información médica cuando la ley así lo requiera. Ejemplo: Eastman Pediatric Clinic puede divulgar información para los siguientes propósitos:

- Responder a las solicitudes apropiadas de su información médica presentadas por un tribunal o por otra agencia legal.