

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del paciente: _____ Primer nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ ¿Es el paciente mayor de 21 años? SÍ NO Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____
(Calle) (Apto. n.º)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono principal: (____) _____ Teléfono secundario: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

PERSONA RESPONSABLE (PADRE O MADRE/TUTOR LEGAL/GARANTE)

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Femenino N.º de Seguro Social (SSN): _____

Parentesco con el paciente: _____

Dirección: _____
(Calle) (Apto. n.º)
 La misma del paciente

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono principal: (____) _____ Teléfono secundario: (____) _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

| | |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Igual que la persona financieramente responsable (padre / guardián / garante) listada arriba</p> | <p>Nombre del contacto en caso de emergencia: _____</p> <p>Parentesco con el paciente: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> |
|--|---|

FARMACIA PREFERIDA

Nombre: _____

Ubicación / Intersección: _____

SEGURO

Privado/Costo a cargo del paciente. No deseo que se presente un reclamo a un plan médico por la consulta de hoy.

1 Nombre del proveedor de seguro primario: _____
Nombre del afiliado: _____ Parentesco con el paciente: _____
Fecha de nacimiento del afiliado: ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Femenino N.º de Seguro Social (SSN): _____
Dirección del afiliado: _____
(Calle) (Apto. n.º)

La misma del paciente

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)
Teléfono principal: (____) _____ Teléfono secundario: (____) _____
Empleador: _____ Ocupación: _____

2 Nombre del proveedor de seguro primario: _____
Nombre del afiliado: _____ Parentesco con el paciente: _____
Fecha de nacimiento del afiliado: ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Femenino N.º de Seguro Social (SSN): _____
Dirección del afiliado: _____
(Calle) (Apto. n.º)

La misma del paciente

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)
Teléfono principal: (____) _____ Teléfono secundario: (____) _____
Empleador: _____ Ocupación: _____

¿CÓMO SUPO DE NOSOTROS?

- Pasé en auto/Vivo cerca Google
- Facebook Cita en línea a través de ZocDoc
- Evento comunitario: _____ Evento de la PTA: _____
- Por recomendación del médico: _____
- Remitido por: _____
- De otro modo: _____

¡Gracias por escoger a Just 4 Kids Urgent Care!



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, ASIGNACIÓN Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Me presento voluntariamente o a mi hijo (a) al Pediatric Urgent Care Center of Denton, LP d/b/a Just 4 Kids Urgent Care ("PUCCD") y doy mi consentimiento para el tratamiento por parte del médico de turno y a quien designe como su asistente, asociado, médico tratante y personal de cuidado de pacientes para brindar mi cuidado. Dicho cuidado puede incluir entre otros: procedimientos diagnósticos, evaluaciones y procedimientos radiológicos y la administración de medicamentos recomendables para mi diagnóstico, tratamiento y plan de tratamiento. Reconozco que no se puede dar ninguna garantía, ni se ha dado alguna, en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes y entiendo que todos los tratamientos médicos conllevan riesgos inherentes.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO Y GARANTÍA DE PAGO

En consideración con los servicios prestados, por la presente cedo y transfiero a PUCCD todos y cada uno de los derechos que tengo en las compañías de seguros o terceros pagadores por el pago de los cargos por servicios prestados por PUCCD a mí o a uno de mis dependientes. Autorizo que dichos pagos se apliquen a cualquier saldo impago por el cual sea responsable. Entiendo que soy responsable y que pagaré la porción de mi factura no cubierta por compañías de seguros o terceros pagadores. Estoy de acuerdo en pagar la cuenta en su totalidad después de recibir mi estado de cuenta, a menos que se hagan arreglos de pago con PUCCD. Si mi cuenta pasa a una agencia de cobros, un 35% adicional se agregará a mi saldo. *Nuestra política es que cualquier copago de seguro o deducibles o cualquier saldo de una cuenta pendiente de aquellos sin seguro es pagadera en el momento del servicio.*

CUMPLIMIENTO CON EL GOBIERNO (Reconocimiento de que PUCCD se ajusta a los reglamentos de HIPAA y del gobierno federal)

En cumplimiento con HIPAA y la Ley Stark, PUCCD debe informarle que hay otros cobros relacionados con laboratorios, servicios de diagnóstico o radiográficos. Debe señalarse que usted o su hijo se presentan voluntariamente a PUCCD por necesidades médicas y que como parte de la evaluación de su condición (o la de su hijo) y cualquier tratamiento que se requiera, el médico de turno puede determinar que ciertas pruebas de laboratorio, diagnósticas o radiográficas sean necesarias. PUCCD ofrece muchos de estos servicios dentro de nuestras instalaciones como una conveniencia para nuestros pacientes. Si cualquier paciente quisiera recibir servicios de laboratorio o radiográficos en otro lugar, podemos proporcionarle una lista de ubicaciones cercanas.

LIBERACIÓN Y USO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Autorizo la divulgación de mi expediente médico, información, tratamiento y asesoramiento, así como información específica sobre la salud a:

1. MÉDICOS TRATANTES en el personal de PUCCD y su personal, agentes de otro centro de salud si se requiere transferencia directa a otra institución, y a mi médico atención primaria o cualquier especialista recomendado para seguimiento.
2. COMPAÑÍA DE SEGUROS o terceros pagadores y sus agentes, así como cualquier organización de revisión u organismo gubernamental con el propósito de determinar la elegibilidad y los beneficios disponibles, obtener pago por los servicios prestados y asegurar el cumplimiento de las leyes gubernamentales.
3. FINES DE CALIDAD O INSTITUCIONALES: Instituciones educativas o científicas tal como lo requiere la ley, profesionales de la salud autorizados en entrenamiento, programas internos de mejoramiento de la calidad, asesoría en el manejo de riesgos o asesoría legal cuando se considera que mi atención médica, la investigación médica, el mejoramiento de la calidad, la educación para la salud o la ciencia, la atención de salud se mejorará; para cualquier propósito que autorice la ley.

Yo entiendo que si me niego a autorizar el acceso a mi expediente para la coordinación de la atención, puede afectar adversamente mi tratamiento y podría resultar responsable del costo total de los servicios proporcionados por PUCCD. Entiendo que esta información puede contener mi historial médico personal, examen físico y tratamientos (si es necesario), resultados radiográficos y de laboratorio, y más específicamente resultados en referencia al abuso de alcohol/drogas, la salud mental o las enfermedades infecciosas (incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis u otras enfermedades infecciosas). Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización.

RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Acuso recibo de la Aviso de Privacidad con información detallada sobre como PUCCD puede usar y divulgar mi información de salud protegida. Entiendo que PUCCD se reserva el derecho de cambiar el aviso de privacidad y que una copia del aviso revisado me estará disponible.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, USTED AFIRMA QUE HA LEÍDO EL AVISO DE CONSENTIMIENTO, ASIGNACIÓN, CUMPLIMIENTO Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Nombre del Paciente: _____ Teléfono: _____

Firma del paciente o del padre o la madre/Tutor: _____ Fecha/Hora: _____

Firma del testigo: _____ Fecha/Hora: _____



Podemos dejarle los mensajes de voz:

| | |
|---|--|
| SI | NO |
| Autorizo a PUCCD a dejar un mensaje detallado en el buzón de voz para cualquier propósito médico o de facturación | No autorizo a PUCCD a dejar un mensaje detallado en mi buzón de voz. Reconozco que al elegir esta opción, yo, el paciente o el padre o la madre, asumimos la responsabilidad plena de contactar a PUCCD para los resultados de todas las pruebas, facturación o inquietudes sobre el balance de la cuenta. |
| _____ (Iniciales) | _____ (Iniciales aquí) |

Podemos enviarle mensajes de texto

| | |
|--|--|
| SI | NO |
| Autorizo a PUCCD a enviarme mensajes de texto. Pueden aplicarse tarifas de texto estándar. | No autorizo a PUCCD a enviarme mensajes de texto |
| _____ (Iniciales aquí) | _____ (Iniciales aquí) |

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA/PEDIATRA

Nombre/Clínica: _____

Ciudad: _____

Le enviaremos a su médico un fax con un resumen de su consulta o de la consulta de su hijo.

Hacemos esto para su seguridad y garantizar la continuidad en la atención. Por favor, háganos saber si necesita una recomendación para ver a un médico de atención primaria (*Primary Care Provider, PCP*)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Y FINANCIERA Y DE OTRA ÍNDOLE PARA APROBAR CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

De acuerdo con las normas de privacidad del gobierno federal implementadas a través de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, para que su médico o el personal de PUCCD facilite copias de su estado / exámenes / procedimientos / rayos X a miembros de su familia u otras personas que usted designe, *a excepción de su médico de atención primaria o especialista*, nosotros debemos obtener su autorización antes de hacerlo. En caso de un episodio crítico o si usted no puede dar su autorización debido a la gravedad de su condición médica, la ley estipula que se puede prescindir de estas reglas. Además, debemos obtener su autorización para discutir información financiera de otras personas que usted designe que no sean compañías de seguros o terceros pagadores y sus agentes.

En caso de que usted no esté con su hijo cuando se presenta para recibir atención médica en cualquier establecimiento de PUCCD, puede autorizar a las siguientes personas a "Consentir para recibir tratamiento". Este consentimiento es ilimitado y sin restricciones.

Autorizo a PUCCD a divulgar mi información, o la de mi hijo, sobre la atención médica, estado financiero y el consentimiento para el tratamiento a las siguientes personas:

| Nombre | Parentesco con el paciente | Teléfono |
|--------|----------------------------|----------|
| | | |

Esta persona puede: Acceso a los registros médicos Acceso a los registros financieros Consentimiento de tratamiento

| Nombre | Parentesco con el paciente | Teléfono |
|--------|----------------------------|----------|
| | | |

Esta persona puede: Acceso a los registros médicos Acceso a los registros financieros Consentimiento de tratamiento