

GALAXY PEDIATRICS

556 BLUEBIRD LN, RED OAK, TX 75154 PHONE: 972-617-6660 FAX: 469-218-0070

Fecha _____ Referido por _____

Apellido del Paciente _____ Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento _____ Género (Masculino) _____ (Femenino) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Nombre de la Madre _____ Apellido _____

Fecha Nacimiento _____ Número Licencia _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Lugar de Empleo _____ Ocupación _____

Tel. del Trabajo _____ Tel. Celular _____

Nombre del Padre _____ Apellido _____

Fecha Nacimiento _____ Número Licencia _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Lugar de Empleo _____ Ocupación _____

Tel. del Trabajo _____ Tel. Celular _____

¿Con quién vive el paciente? _____

Todos sus niños menores de 18 años:

Nombre _____ Género: M / F Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Género: M / F Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Género: M / F Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Género: M / F Fecha de Nacimiento _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (familiar que no viva con ustedes)

Nombre _____ Parentesco _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono(s) _____

Explicación de Reglas de Pago:

Nosotros aceptamos dinero en efectivo, cheques, tarjetas de débito y tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, Discover, American Express). Los pagos son requeridos al momento de la visita.

Todos los pagos por concepto de deducibles y co-pagos son pagaderos al momento de la cita. Si la información provista por usted es obsoleta o incorrecta, el pago será responsabilidad del guardián/padre.

Todos los beneficios de su seguro de salud por reclamos sometidos por GALAXY PEDIATRICS antes de estar completamente saldados son asignados a nuestra oficina. Si su seguro es cancelado, los servicios provistos no están cubiertos, o cubiertos parcialmente, el suscrito es responsable por el pago total de los servicios rendidos por nuestra oficina.

Yo, el suscrito, acepto que todos los cargos médicos incurridos por mi niño por servicios en GALAXY PEDIATRICS, y todos los cargos necesarios para el cobro de mi cuenta son mi responsabilidad. También, si es necesario enviar mi cuenta a una agencia de cobros, yo seré responsable por cualquier recargo impuesto por dicha agencia.

Firma _____ Nombre del Paciente _____

Fecha _____

Autorización para Tratamiento

Yo autorizo a los médicos de GALAXY PEDIATRICS, o a cualquiera que ellos designen a tratar a (Nombre del Paciente) _____ en mi ausencia como ellos consideren necesario.

Firma _____

Fecha _____

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT

I understand that under the Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA,) I have certain rights to privacy regarding my protected health information. I understand that this information can and will be used to:

- Conduct, plan and direct my treatment and follow-up among the multiple healthcare providers who may ne involved in that treatment directly and indirectly.
- Obtain payment from third-party payers.
- Conduct normal healthcare operations such as quality assessments and physician certifications.

I have received, read and understand your *Notice of Privacy Practices* containing a more complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that this organization has the right to change this *Notice of Privacy Practices* from time to time and that I may contact this organization at any time at the address above to obtain a current copy of the *Notice of Privacy Practices*.

I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used or disclosed to carry out treatment, payment or health care operations. I also understand you are not required to agree to my requested restrictions, but if you do agree then you are bound to abide by such restrictions.

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que según la ley de portabilidad y rendición de cuentas de seguro médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi protegida información médica. Entiendo que esta información puede y será usado para:

- Planificar y dirigir el tratamiento y seguimiento entre todos los proveedores médicos y/o organizaciones dde salud que puedan estar envueltos en el tratamiento médico, directa o indirectamente.
- Obtener el pago por servicios médicos prestados.
- Realizar las operaciones normales de la salud tales como evaluaciones de calidad y certificaciones para los médicos y esta organización.

He recibido, leído y entiendo su aviso de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar este aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo contactar esta organización en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia actualizada del aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que puedo pedir por escrito que se restrinja el cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. También entiendo no es requisito que esta organizacion acepte dichas restricciones, pero en caso de aceptarlas, está obligada a regirse por ellas.

Patient's Name (Nombre del Paciente) _____

Name of Parent or Guardian (Nombre Padre, madre o encargado) _____

Signature Parent or Guardian (Firma padre, madre o encargado) _____

Date (fecha) _____

GALAXY PEDIATRICS

237 E OVILLA RD, RED OAK, TX 75154 Phone: 972-617-6660 Fax: 469-218-0070

NORMAS DE TRINITY PEDIATRICS, PA

Nos comprometemos a proveerles el mejor cuidado médico posible. La mejor forma de lograr este objetivo es mantenerlos informados de las normas de nuestra oficina. Nuestra relación se beneficia si usted entiende dichas normas. Nos comprometemos a tratar a todos justamente y por igual.

SEGURO MEDICO:

Esperamos recibir el pago por servicios en el momento en que se ofrecen. "Pago" quiere decir deducible, co-seguros, o co-pago de seguros médicos en los que somos proveedores. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito y crédito (Mastercard, Visa, American Express). Todos los balances deben ser pagados en 30 días, a menos que haya arreglos previos con nuestro departamento de cobros. A pesar de que verificamos su cubierta, los planes de seguro varían considerablemente y no podemos predecir o garantizar que parte de los servicios serán cubiertos. En última instancia, es su responsabilidad el estar familiarizado con sus beneficios. Citas que no son emergencia, por ejemplo, exámenes físicos, exámenes de niños sanos, etc, serán reprogramados si su cuenta tiene un balance y/o no puede hacer pagos. Si su familia está en dificultades económicas, por favor déjelo saber.

COBROS:

Le podemos proveer un estado detallado cada vez que su niño es tratado en nuestra oficina. Habrá un cargo si el pago no se hace en el momento de la visita o si no provee la información de seguro médico correcta. Los cheques sin fondo conllevan un recargo y sólo aceptaremos como pago: efectivo, giros, tarjetas de crédito o débito.

El adulto, padre o madre que acompañe al niño a la visita será responsable de hacer el pago por la misma. En caso de divorcio, por favor, no nos ponga en medio de cualquier conflicto que surja. Es responsabilidad de ambos padres el ponerse de acuerdo previamente a quien le corresponde el pago de nuestros servicios. Entendemos que puedan existir problemas financieros que atrasen los pagos a su cuenta. Si surgiera un problema de esta naturaleza, le pedimos que se comunique con nuestra oficina para hacer arreglos para el pago de su cuenta. Cargos que no se paguen en 90 días después de la fecha de servicio serán considerados delincuentes y se enviarán a una agencia de cobros.

RECLAMACIONES A SEGUROS MEDICOS:

Si somos proveedores en la red de su seguro médico, todos los servicios recibidos en nuestra oficina serán sometidos a su seguro. No someta usted el reclamo al seguro, es nuestra responsabilidad. Los deducibles y co-pagos son su responsabilidad y se cobrarán de acuerdo a lo requerido por su seguro médico y la explicación de beneficios que acompaña cada pago. Por lo tanto, todos los balances no cubiertos por su seguro, pero permitidos por contrato, serán la responsabilidad del paciente. Y recalamos, que todo pago por servicios se hace al momento de la visita.

CITAS PERDIDAS / CANCELACIONES TARDIAS:

Las citas perdidas representan un gasto para nosotros, para usted y para los pacientes que potencialmente se podrían citar durante ese tiempo. Nos reservamos el derecho de cobrar por tardanzas, cancelaciones y citas perdidas. Para asegurarse que no habrá recargos debe cancelar con 24 horas de anticipación.

EXPEDIENTES MEDICOS:

Nosotros contratamos servicios profesionales para copiar los expedientes médicos. Ellos requieren cargos por sus servicios y nuestra oficina no está envuelta en esta transacción. Le podemos ofrecer un resumen del expediente médico o el historial de vacunas por un cargo mínimo.

FORMAS Y CARGOS:

Formas que requieren información médica y requieren la firma del médico serán completadas y firmadas sin cargo adicional si se completan durante una visita de examen físico. El completar formas fuera de visitas, tendrán un cargo. Por favor, complete todos los datos personales y el historial médico familiar antes de entregarlas a nuestro personal.

REFERIDOS:

Si su plan médico requiere un referido por escrito para visitas de especialistas, para procedimientos o laboratorios médicos, necesitamos 5 días laborables para poder completarlos. No hacemos referidos retroactivos. En general, vamos a proveer referidos sólo para condiciones que hemos sido consultados. Si usted tiene alguna duda de lo que requiere su seguro o del procedimiento de referidos, los representantes en la oficina de su seguro son la mejor fuente de información.

CESION DE PAGOS Y DIVULGACION DE INFORMACION:

Por este medio autorizo que mis beneficios médicos sean pagados directamente al médico y autorizo también la divulgación de información requerida para el proceso y pago de los reclamos de seguro médico. Entiendo que el pago de todos aquellos servicios que no sean cubiertos por mi seguro son mi responsabilidad.

He leído y entiendo plenamente este documento en que se desglosan las normas establecidas por Galaxy Pediatrics. Estoy de acuerdo que si fuera necesario referir mi cuenta a una agencia de cobro, todos los cargos adicionales de dicha agencia, además de la cantidad original, serán mi responsabilidad.

Entiendo y me comprometo a cumplir los términos establecidos en las normas de Galaxy Pediatrics. Conuerdo que estas normas podrán ser enmendadas en cualquier momento sin notificación previa.

Firma del Padre o Encargado

Fecha

Testigo

GALAXY PEDIATRICS
Historial Médico Familiar y del Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
 Problemas médicos de los **padres**: _____

Problemas médicos de los **hermanos**: _____

Use esta lista para identificar enfermedades presentes en la familia y en el paciente. Siéntase en la libertad de añadir otras enfermedades que no estén en la lista.

Condición	No	Si es afirmativo en PARENTES , indique el parentesco.	Si es afirmativo en PACIENTE , indique edad cuando se diagnosticó u observó por primera vez.
Alergias			
Anemia			
Asma, Efisema			
Defectos congénitos			
Enfermedades de la sangre			
Enfermedades de los huesos o músculos			
Cáncer (especifique)			
Fibrosis quística			
Diabetes () Adulto / () Juvenil			
Alcoholismo o adicción a drogas			
Enfermedades de los ojos u oídos			
Enfermedades del corazón			
Presión alta			
Hiperactividad			
Infecciones (Frecuentes / Severas)			
Enfermedades de los riñones o hígado			
Problemas de aprendizaje			
Enfermedades o retardación mental			
Enfermedades metabólicas o genéticas			
Enfermedades neurológicas			
Obesidad			
Fiebre reumática			
Anemia falciforme (sickle cell)			
Tuberculosis o exposición a ella			
Enfermedades de la tiroide			
Varicela			

Nota: Complete y explique cuando se aplique al **PACIENTE SOLAMENTE**.

¿Hospitalizaciones o cirugías? _____

¿Reacciones a medicamentos? _____

¿Reacciones a inmunizaciones? _____

¿Su niño(a) ve y oye bien? _____

¿Opina usted que su niño(a) se está desarrollando normalmente? _____

¿La mayor parte del tiempo, le entiende a su niño(a) cuando habla? _____

¿Tiene su niño(a) algún problema actualmente? _____

