

GALAXY PEDIATRICS
PEDIATRICS
556 BLUEBIRD LANE
STE100
RED OAK, TX 75154
75093
P: 972-617-6660 F:469-218-0070
972-473-9059

TRINITY
6105 WINDCOM CT
PLANO, TX

P: 972-473-9063 F:

Fecha: _____ Remitido por: _____
Apellido del paciente: _____ Nombre: _____ MI _____
Fecha de nacimiento: _____ Género: (circule uno) Masculino/Femenino
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Apellido de la madre: _____ Nombre: _____ MI _____
Fecha de nacimiento: _____ Género: (circule uno) Masculino/Femenino
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
Licencia de conducir/ID #: _____ Empleo: _____
Ocupación: _____ Teléfono de trabajo: _____

Apellido del padre: _____ Nombre: _____ MI _____
Fecha de nacimiento: _____ Género: (circule uno) Masculino/Femenino
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
Licencia de conducir/ID #: _____ Empleo: _____
Ocupación: _____ Teléfono de trabajo: _____

¿Ambos padres son tutores legales? _____ De lo contrario, complete la información de los tutores legales a continuación.
(Si el tutor legal del niño no es el padre, proporcione un documento legal ordenado por el tribunal)

Apellido del tutor: _____ Nombre: _____ MI _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: (circule uno) Masculino/Femenino Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Licencia de conducir/ID #: _____ Empleo: _____ Ocupación: _____ Teléfono de trabajo: _____

Yo _____ (Nombre del tutor) autorizo lo siguiente persona(s) para traer a _____ (nombre del niño) a Trinity Pediatrics/Galaxy Pediatrics para la atención del paciente.

Nombre Completo: _____ Relación con Pt.: _____
Nombre Completo: _____ Relación con Pt.: _____
Nombre Completo: _____ Relación con Pt.: _____

(La persona autorizada debe presentar una identificación con fotografía al momento del check in)

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación _____
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación _____
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación _____

Nombre del tutor en letra de imprenta: _____

Firma del tutor: _____

Explicación de la Política de Pago

(El pago vence al momento del Check In, al momento del Servicio)

Aceptamos efectivo, tarjetas de débito y tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, Discover, American Express). Todos los pagos por deducibles no cumplidos vencen al momento de la prestación del servicio. Si es incorrecto Se proporciona la información del pagador y el servicio no está cubierto por el pagador (seguro), es el responsabilidad del padre/tutor de proporcionar el pago completo. Todos los beneficios del seguro de reclamaciones presentadas por Trinity Pediatrics/Galaxy Pediatrics antes de el pago total se asigna a Trinity Pediatrics/Galaxy Pediatrics. En caso de que se cancela el seguro, los servicios prestados no están cubiertos, o están cubiertos parcialmente, el El abajo firmante es responsable del pago total de los servicios prestados.

Yo, _____ entiendo que soy financieramente responsable de todos los gastos médicos cargos incurridos por mi hijo dependiente por los servicios prestados por Trinity Pediatrics/Galaxy Pediatrics. Entiendo que todas las tarifas requeridas para cobrar en mi cuenta son pagaderas por mi. Entiendo y acepto que si es necesario reenviar mi cuenta a un agencia de cobranza, seré responsable de los cargos adicionales por parte de la agencia de cobranza.

Firma: _____ Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que segun la ley de portabilidad y rendicion de cuentas de seguro medico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi protegida informacion medica. Entiendo que esta informacion puede y sera usado para:

- Planificar y dirigir el tratamiento y seguimiento entre todos los proveedores medicos y/o organizaciones de salud que pueden estar envueltos en el tratamiento medico, directa o indirectamente.
- Obtener el pado por servicios medicos prestados.
- Realizar las operaciones normales de la salud tales como evaluaciones de calidad y certificaciones para los medicos y esta organizacion.

He recibido, leído y entiendo su aviso de privacidad que contiene una descripción mas completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar este aviso de practicas 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 practicas de privacidad. Entiendo que puedo pedir por escrito que se restrinja el como mi información es usada o divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o cuidado de salud. También entiendo no es requisito que esta organización acepte dichas restricciones, pero en caso de aceptarlas, esta obligada a regirse por ellas.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre: _____ Firma: _____

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

Yo, _____, padre/tutor legal de _____,

Nacido el _____, por la presente doy mi consentimiento para recibir atención médica y/o la administración de vacunas ordenadas por el médico como necesarias para el bienestar de mi hijo, mientras dicho niño esté bajo el cuidado de un proveedor de Galaxy/Trinity Pediatrics.

Firma: _____ Fecha: _____