

## Información del Paciente

Primer Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Numero Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono de Día: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia: \_\_\_\_\_  
 Idioma: \_\_\_\_\_ Étnica: \_Hispano or Latino o \_No  
 Rasa: \_Asían \_Negro \_Blanco \_Hawaiano \_Hispano ¿Quién lo refirió? \_\_\_\_\_  
 Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono de Farmacia: \_\_\_\_\_

### Método de Contacto:

Contacto de Medico: \_Correo \_Celular \_Texto \_Email Noticia Generales: \_Correo \_Celular \_Texto \_Email  
 Requerido: \_Correo \_Celular \_Texto \_Email Portal del Paciente: \_Correo \_Celular \_Texto \_Email  
 Retiro: \_Correo \_Celular \_Texto \_Email

## Información de Padres

**Nombre de la Madre:** \_\_\_\_\_ Apellido de la Madre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Numero Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleador: \_\_\_\_\_  
 Idioma: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Civil Status: \_Soltero \_Casado \_Casado Viuda \_Separado \_Divorciado \_Leí Común  
 Rasa: \_Asían \_Negro \_Blanco \_Hawaiano \_Hispano Étnica: \_Hispano or Latino o \_No

**Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_ Apellido del Padre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Numero Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleador: \_\_\_\_\_  
 Idioma: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Civil Status: \_Soltero \_Casado \_Casado Viuda \_Separado \_Divorciado \_Common Law  
 Rasa: \_Asían \_Negro \_Blanco \_Hawaiano \_Hispano Étnica: \_Hispano or Latino o \_No

## Información del Seguro

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_  
 Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Correo del Seguro: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_  
 Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Correo del Seguro: \_\_\_\_\_

Necesitamos su permiso por escrito si su hijo no viene acompañado de un padre/ madre cuando visite Children of Joy Pediatrics. Si usted desea que alguien que no sea un padre/ madre acompañe a su hijo (es decir, un abuelo, tía, tío, etc.) para su / sus citas o visitas por enfermedad, por favor proporcionar su nombre completo. Ellos tendrán que traer una forma válida de identificación para la visita.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Si alguien que no sea la persona ( s ) mencionado anteriormente o por uno de los padres de sus hijo/a. Por favor asegúrese de darnos el permiso expreso y por escrito que les permite acompañar a su hijo/a su visita y a tener acceso a la información médica confidencial de su hijo.

La información proporcionada es completa y exacta al mejor de mi conocimiento. Si se produce algún cambio voy a informar a la oficina. **Firma de Padre/ Guardian:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Completado Por: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Pediatra anterior: \_\_\_\_\_ Ultimo Examen Dental: \_\_\_\_\_ Ultimo Examen de Visión: \_\_\_\_\_

### EMBARAZO Y NACIMIENTO

La edad de la madre en el embarazo: \_\_\_\_\_  
Enfermedad de la madre: \_\_\_\_\_  
(Medicación / Alcohol / Fumar): \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Embarazo \_\_\_ Normal o \_\_\_ Prematuro  
Tipo de entrega: \_\_\_ Parto Normal \_\_\_ Cesárea  
Peso al nacer: \_\_\_\_\_ lb \_\_\_\_\_ oz  
Problemas al nacer: \_\_\_\_\_  
Problemas después del nacimiento: \_\_\_\_\_  
Prueba de audición: Paso \_\_\_ No Paso \_\_\_  
Fecha de administración de Hep. B: \_\_\_\_\_  
Fecha de Salida de Hospital: \_\_\_\_\_  
Alimentación: Seno \_\_\_ Fórmula \_\_\_ Ambos \_\_\_  
Cuánto al día? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO DE LA FAMILIA:** Lista de todos los parientes de sangre de su hijo que tienen: (P) Padre, (M) de la madre, (H) Hermano, (HA) Hermana, (MM) Madre de la Madre, (PM) Padre de la Madre, (MP) madre del padre. (PP) Padre del Padre, (T) Tía. (TO) Tío

Asma _____	Defectos De Nacimiento _____
Alergias (temporada) _____	Parálisis Celebrar _____
Alergias a Alimentos _____	La sordera temprana _____
Diabetes _____	Anemia / trastorno de la sangre _____
Epilepsia / Convulsiones _____	Retraso Mental _____
Enfermedad Del Corazón _____	Cáncer _____
Alta Presión _____	Fibrosis Quística _____
Colesterol Alto _____	Artritis _____
Tuberculosis _____	Distrofia Muscular _____
VIH SIDA _____	Drogadicción _____
Migrañas (Dolores de cabeza) _____	Alcoholismo _____
Problemas Respiratorio _____	Problema Renales _____

### HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO

Las reacciones alérgicas?  
Medicina: Si  No   
Alimentos: Si  No   
Animales: Si  No   
Picaduras de insectos: Si  No   
Están las vacunas al día Si  No   
Medicamentos tomados regularmente? Yes  No   
Hospitalizaciones? Yes  No   
Cuando? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
¿Por qué? \_\_\_\_\_  
Lesiones Serias / Cirugías? Yes  No   
Cuando? \_\_\_\_\_  
¿Por qué? \_\_\_\_\_

### DESARROLLO Y CONDUCTA

Edad en la que el niño:  
 se sentó solo \_\_\_\_\_  
 Caminó \_\_\_\_\_  
 Hablo Frases \_\_\_\_\_  
 Uso el baño solo \_\_\_\_\_  
¿Cómo son los grados en la escuela? \_\_\_\_\_  
Existe problemas en la escuela y/o familia en conducta?  Si  No  
Escuela: \_\_\_\_\_

### ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

El consumo de leche: Botella \_\_\_\_\_ Baso \_\_\_\_\_  
Vitaminas? Yes  No   
¿Las vitaminas tienen fluoruro? Yes  No   
Dieta especial? Yes  No

### Problemas Chronico

Oído: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Garganta : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Eczema: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Neumonía: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Convulsiones: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alergia de Temporada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Anemia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Infección de la piel : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas de visión: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ADD / ADHD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas de audición : Si <input type="checkbox"/>
Orinarse en la cama: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

### Problemas Social o Fisiológicos

Divorcio n la Familia Si  No   
 La muerte de un ser querido Si  No   
 Problemas Familiares Si  No   
Lista de todos los hermanos y hermanas y sus edades :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otro Historial Medico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Formulario de Consentimiento General

## SECCION A: INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_\_

## SECCION B: CONSENTIMIENTO GENERAL AL TRATAMIENTO

Yo autorizo a Children of Joy Pediatrics y sus proveedores de servicio medico designados a proveer tratamiento/procedimiento(s) según sea razonable, necesario y aconsejable. He sido informado de los motivos del tratamiento/procedimiento(s) , al igual que los beneficios, riesgos, y posible consecuencias.

Con tal entendimiento, yo autorizo a Children Of Joy Pediatrics a ejercer tales exámenes, tratamiento, laboratorios, pruebas y administrar medicamentos que, en su opinión, sean necesario o aconsejable para mi hijo/hija cuyo nombre aparece mencionado anteriormente. Yo entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento al grado que la ley lo permita. Es de mi comprensión que no hay garantía o aseguración en los resultados obtenidos.

## SECCION C: AUTORIZACION DE SEGUROS

Yo autorizo el pago directo de los beneficios médicos a Children Of Joy Pediatrics por los servicios proveídos por los encargados de la salud o por aquellos bajo su supervisión. Yo entiendo que soy responsable financieramente por cualquier saldo no cubierto por mi seguro, incluyendo cualquier cantidad de co-seguro, deducibles y copagos.

**\*Dichas cantidades deberán ser pagadas tan pronto la factura o estado de cuenta sean recibidas por Usted, de lo contrario serán enviadas a una agencia de colección, una vez todos los medios de recolección de nuestra parte sean agotados y no recibamos pagos de su parte.**

Medicaid: Yo certifico que la información proveída por mi en referencia al pago de servicios es correcto. Yo pido que el pago de los beneficios autorizado sea designado al medico por los servicios administrado.

## SECCION D: CONSENTIMIENTO POR EL USO Y REVELACION

Me han ofrecido una copia y he tenido la oportunidad de leer y considerar la Notificación de Practica de Privacidad. Esta Notificación contiene una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago, operación del sistema de salud, los usos y revelación que podemos hacer sobre su información protegida de salud, y otro material de importancia.

Yo comprendo que, al firmar este consentimiento, yo autorizo el consentimiento a su uso y divulgación de mi información protegida de salud como descrito en la Notificación de Practica de Privacidad para con llevar el tratamiento, actividades de pago y operación del sistema de salud.

## SECCION E: ACUERDO DE CUENTA DEL PACIENTE

### RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Responsable ( Garante ) es la persona que se compromete a aceptar la responsabilidad financiera por el pago de todos los servicios dados por Children of Joy Pediatrics. **Este individuo no tiene que ser necesariamente el titular de la tarjeta de seguro. Responsable debe leer y firmar a continuación.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con Patient \_\_\_\_\_

Dirección De Casa: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono (Inicio) \_\_\_\_\_ (celular): \_\_\_\_\_

Certifico que la información que he informado con respecto a mi cobertura de seguro es la correcta. Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación y me permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original. **También reconozco que todos los cargos están sujetos a un cargo por servicio de 1.5 % mensual después de 60 días a partir de la fecha de ser hecho responsable. Por otra parte , estoy de acuerdo a pagar cualquier precio recolección y gastos legales incurridos por esta oficina con respecto a estos cargos.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con Patient \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### DEFENSA DE NIÑOS

**Como defensores de nuestros pacientes jóvenes , hijos de la alegría Pediatría no intervenir en las disputas de custodia, o conflictos de responsabilidad financiera , entre los padres u otras personas responsables . La oficina enviará declaraciones a la dirección proporcionada . Sin embargo , no vamos a mirar a más de una de las partes para cumplir con la responsabilidad financiera.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con Patient \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# HIPAA – Aviso De Procedimientos En Asuntos Confidenciales De Salud



Este Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud, describe la forma en que podríamos utilizar y revelar información médica protegida a efecto de llevar a cabo su tratamiento, pago, o en asuntos administrativos relacionados con su salud y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para tener acceso y control sobre su información médica protegida. La "Información Médica Protegida" es información que se refiere a Usted, y incluye información demográfica, que lo identifica y lo relaciona con alguna condición física o mental presente, pasada o futura, y los servicios asociados con el tratamiento de esta condición.

## **USO Y DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA**

Con el propósito de proveer servicios médicos para Usted. Su información médica protegida podrá ser utilizada y divulgada por CHILDREN OF JOY PEDIATRICS, el personal en nuestra oficina, y otras fuentes externas a nuestra oficina que estén involucradas en su tratamiento. Para asistirle durante el proceso del pago por servicios médicos de los que Usted fue objeto, en apoyo a los asuntos administrativos de la oficina médica que le preste sus servicios, y cualquier otro requerido por la ley.

### **TRATAMIENTO:**

Nosotros utilizaremos y divulgaremos su información médica protegida a efecto de proveer, coordinar, o administrar sus servicios médicos y otros servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su tratamiento médico con una tercera entidad. Por ejemplo, nosotros revelaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de salud que le proporciona asistencia. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser proveída a otro médico que CHILDREN OF JOY PEDIATRICS le recomiende, a efecto de asegurar que este médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar su caso.

### **PAGO POR SERVICIOS:**

Su información médica protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por servicios médicos de que fue objeto.

### **MANEJO ADMINISTRATIVO DE LA INFORMACION:**

Usaremos o divulgaremos, según sea necesario, su información médica protegida, a efecto de apoyar las actividades administrativas de Children of Joy Pediatrics. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a, actividades para evaluar la calidad, revisión de las actividades o para llevar a cabo o coordinar otras actividades administrativas.

Otros Usos y Divulgaciones Permitidas y Requeridas se llevarán a cabo únicamente mediante su consentimiento y autorización o Usted tendrá la Oportunidad de oponerse a que se difunda esta información, a menos que esta sea requerida por la ley.

La oficina CHILDREN OF JOY PEDIATRICS no está obligada a obedecer una restricción que Usted haya requerido. Si Children of Joy Pediatrics cree que es en su propio beneficio el permitir el uso y divulgación de su información médica protegida, esta no será restringida. En este caso, Usted tiene el derecho de buscar los servicios de otro médico.

Su firma en la siguiente línea, sirve únicamente para indicar que Usted ha recibido este Aviso de **Procedimientos Confidenciales de Salud**.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

**Si está firmando como representante personal del paciente, por favor describa su relación al paciente.**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA IMPRENTA

***USTED TIENE DERECHO DE SOLICITAR UNA COPIA PARA SU REGISTRO.***

**Por favor tome un momento para leer las pólizas de la oficina y firme abajo. Con la firma Usted afirma que entiende las pólizas. Si Usted tiene alguna pregunta no dude en preguntarle a cualquiera de nuestros miembros del personal.**

## Pacientes Nuevos

1. Si por cualquier motivo no podemos verificar que el paciente tiene seguro en la fecha de servicio, Usted es responsable a pagar la visita (primera visita será de \$100.00 si es por enfermedad o chequeo preventivo) (pacientes establecidos que vienen por enfermedad pagaran \$60.00 y examen preventivo pagaran \$100.00 **sin** incluir vacunas.) Después de recibir la explicación de sus beneficios y verificamos el pago, entonces le enviaremos por correo un cheque de reembolso.
2. **Los Co-Pagos deben de ser pagados antes de ver al proveedor de servicio medico, si se ha olvidado o no tenía el dinero para pagar, tendrá 3 días para realizar el pago, después del tercer día habrá un cargo de \$5.00 por mora.**
3. Cuentas con balance deben ser revisadas antes de ver al proveedor de servicio medico.
4. Un Plan de pago está disponible y debe establecerse si el balance no se paga por completo, de lo contrario no podrá verse en la próxima visita.

## Seguros

5. **NO ACEPTAMOS MEDICAID SIN HMO. UN HMO DEBE SER ESCOGIDO. SOLO ACEPTAMOS:** Amerigroup, Horizon NJ Health, AmeriChoice/UHCP, AETNA
6. Aceptamos casi todos los seguros privado como (Aetna, HorizonBCBS, Qualcare ,UMR, UnitedHealthcare, Anthem, Alicare, Tricare, y locales)
7. **Madres con recién nacidos y seguros PRIVADOS:**Tienen un periodo de gracia de 30 días(60 si son empleados federales)donde él bebe está cubierto solo si la madre informo al seguro que él bebe nació o si van a registrar al bebe .El día 31/61 él bebe debe tener cobertura ya que el periodo de gracia habrá terminado.
8. **Madres con recién nacidos y seguro de MEDICAID:** si la mama tenía un HMO de Medicaid y luego tuvo él bebe, tendrá 60 días para ser inscrito y estará cubierto por el seguro de la madre, solo si la madre llama al seguro y/o trabajador social para informarles que él bebe ha nacido y / o se va a inscribir. En el caso de que él bebe nació y la mama, solo tenía Medicaid sin HMO entonces la cuenta del niño será responsabilidad de los padres ya que no aceptamos MEDICAID solo. Una identificación temporal es obligatoria para él bebe recién nacido por HORIZON NJ y AMERIGROUP (seguros HMO).
9. *Pacientes con balances deben ser revisadas antes de ver al proveedor de servicios médicos.* Plan de pagos están disponible y se debe establecer con tarjeta de crédito o debito,si el balance no se ha pagado por completo, de lo contrario no podrá verse en la próxima visita.

## Citas

10. Todas las visitas están disponible únicamente por medio de cita, encarecidamente le sugerimos no llegar a la oficina sin cita.
11. **Todas las citas deberán ser canceladas por lo menos con 24 horas de anticipación.De lo contrario un cargo adicional de \$ 15.00 por citas preventivas y \$10.00 por citas de enfermedad/consulta.** Para citas de enfermedad programadas el mismo día, es su responsabilidad llamar al menos 2 horas antes de la cita de lo contrario será responsable por el cargo.
12. Solo dos exámenespreventivos por familia serán dados para el mismo día a la misma hora, si Usted tiene más de dos hijos el tercero o el cuarto se podrá ver otro día. Para citas por enfermedad no hay límites por familia en un día.
13. Si un paciente llega tarde a su cita, será considerado como "Ausente" en nuestro sistema se considerara como haber venido sin cita, por lo tanto será visto después de los demás pacientes que llegaron a tiempo con el proveedor de servicios médicos disponible.
14. La última hora para examen preventivovaría dependiendo del proveedor.
15. Niños menores de 18 años tienen que estar presente para discutir resultados de laboratorio; un copago se aplicara dependiendo de la póliza del seguro.
16. La mayoría de los exámenes preventivos no tienen copago, pero si su hijo está enfermo o necesita otro tipo atención médica, además del examen preventivo serán responsables de cualquier responsabilidad que el seguro aplica al paciente (incluye los copagos, deducibles, co-seguro).

## PCP

17. La oficina cuenta con varios proveedores de servicios medico, tenga en cuenta que la Dra. Miranda no estará disponible para ver a su hijo /a cada visita.Sugerimos que los padres programan su cita con el proveedor preferido con tiempo.

## Formas

18. Los referidos son autorizados por el proveedor de servicios medico solamente y no se expedirán a último minuto o mientras que elpaciente está en la consulta del especialista. Asegúrese de que cuando el proveedor de servicios médicos refiera a su niño a un especialista asegúrese pasar por la recepción para adquirirlo. Si se vio al final del día y la recepción está cerrada, nos puede llamar al día siguiente y nos aseguraremos de que lo tendremos listo para que Usted pueda recogerlo.
19. No es nuestra responsabilidad, comprobar si el especialista al que lo refirieron acepta su seguro. Por favor asesórese con su seguro acerca de los especialistas que disponen en su área. Si no se asegura de esta podría recibir una factura.
20. Los formularios físicos, se entregaran dentro de una semana desde el día en que se dejó en la oficina, solo si los resultados del examen físico, las vacunas y el examen de sangre están al día. Si no, este tiempo puede variar
21. Formularios de WIC y formas de medicación (asma), se entregaran en un plazo de 2 a 3 días.
22. **Si por alguna razón Usted decide transferir sus archivos médicos a otro consultorio pediátrico hay un costo de \$10.00 porcada niño. Cualquier balance pendiente tiene queseer pagado en total para que se emitan todos los expedientes médicos.**

Firma del Padre/ Guardarte

X \_\_\_\_\_:



## AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

1. I hereby authorize (Name of Provider) \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_

2. To disclose information from the health Records of:

Print Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Print Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Print Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Print Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Patient Address: \_\_\_\_\_ Patient Phone# \_\_\_\_\_

3. Information to be disclosed:

- Complete health record
- Immunization Record
- X-Ray/Radiology Report
- Laboratory Tests
- History & Physical Examination
- Consultation Reports
- Progress Notes
- Other \_\_\_\_\_

I understand that this will include information relating to (Check if applicable)

- Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or human immunodeficiency virus (HIV)
- Behavioral health services/psychiatric care
- Treatment for alcohol and/or drugs abuse

4. At the request of the patient, this information is to be released to:

5.

**CHILDREN OF JOY PEDIATRICS**  
**DR. ROSA J. MIRANDA**  
**134 SUMMIT AVENUE**  
**HACKENSACK, NJ 07601**  
**OFF. 201-525-0077**

**PLEASE FAX TO: 201-525-0072**

6. I understand this authorization may be revoked in writing at any time, except to the extent that action has been taken in reliance of this authorization. Unless otherwise revoked, this authorization will expire in 6 months from the date signed. I also understand I may refuse to sign this form that my health care and payment will not be affected Initials \_\_\_\_\_

7. The practice, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorization herein.

8. I may request a copy of this form after signing Initials \_\_\_\_\_

Patient Parent's Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Legal Representative Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



**Todas Las Citas Deben Ser Canceladas  
24 Horas Con Anticipación A La Cita  
De Chequeo Preventivo Y  
2 Horas Previas a La Cita Por Enfermedad**

Por Co-Pagos No Pagados Después Del 3er Día .....	\$5.00
<b>Por No Presentarse a su Cita:</b>	
Preventivo.....	\$15.00
Enfermedad/ Consulta.....	\$10.00
Transferencia De Historial Médico A Otra Oficina Pediátrica Por Cada Nino.....	\$10.00
<b>Aretes</b>	
Bañado En Oro.....	\$65.00
De Plata.....	\$50.00
Cargo Por Mora En Planes De Pago.....	\$10.00