

Información del Paciente

Primer Nombre del Paciente: _____ Apellido del Paciente: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Correo Electrónico: _____
 Dirección: _____, SS _____
 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 Crónico

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"/> No <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



HIPAA (LEY DE INFORMACIÓN Y SEGURIDAD DE SEGURO DE SALUD)

RECIBO DEL AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO PARA LOS PACIENTES:

IMP (Información medica protegida)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA POR LOS MÉDICOS DE CHILDREN OF JOY PEDIATRICS Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

Efectivo 23/09/2013

Según la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro de salud (HIPAA), la ley federal exige a Children Of Joy Pediatrics y a todos los proveedores de atención médica similares que mantengan protegida su información médica y que cumplan con los términos de Este Aviso de Privacidad.

Tenga en cuenta que CHILDREN OF JOY PEDIATRICS puede usar su PHI para brindarle el tratamiento. Por ejemplo, se nos permite usar su PHI para brindarle atención o tratamiento médico cuando visita nuestra oficina o lo tratamos en un hospital. Bajo la ley federal, podemos divulgar su PHI a usted, o podemos divulgar su PHI a terceros para tratamiento. Por ejemplo, si lo remitimos a un especialista, le enviaremos su información médica a dicho especialista. Podemos divulgar su PHI con fines de pago a su proveedor de seguros, empleador, Medicare, Medicaid u otra parte responsable de proporcionarle cobertura de seguro de salud a CHILDREN OF JOY PEDIATRICS para que le reembolsen los servicios que le prestamos. También utilizaremos o divulgaremos su IMP para operaciones de atención médica. Por ejemplo, cuando nos involucramos en el control de calidad y revisiones de los cuadros médicos. También podemos divulgar su PHI cuando lo requiera el Secretario de Salud y Servicios Humanos. A menos que se requiera la divulgación según las leyes federales, estatales o ciertas excepciones, incluida la aplicación de la ley, se nos prohíbe divulgar su PHI sin su autorización. Nuestra práctica puede usar o divulgar su PHI de acuerdo con los requisitos específicos de las reglas de HIPAA sin que CHILDREN OF JOY PEDIATRICS necesite obtener su autorización si se produce alguna de las siguientes instancias:

1. Requerido por la ley.
2. Requerido para propósitos de salud pública
3. Revelaciones requeridas sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica
4. Requerido por la agencia de supervisión de salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley
5. Requerido en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo
6. Si la divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.
7. Requerido con el propósito de hacer cumplir la ley a un oficial de la ley
8. Requerido por un médico forense o médico forense
9. Requerido por una organización de obtención de órganos, para investigación, o

Además, si usted es un miembro de las fuerzas armadas, los NIÑOS DE PEDIATRÍA DE LA ALEGRÍA pueden divulgar su IMP sin su consentimiento si las autoridades de comando militar pertinentes lo consideran necesario para asegurar una misión militar adecuada.

También podemos comunicarnos con usted por correo o por teléfono para recordarle las citas en nuestra oficina o para hablar sobre alternativas de tratamiento.

En caso de que nuestra práctica desee divulgar su IMP a otra entidad además de las mencionadas anteriormente, debemos obtener su autorización. Buscaremos obtener su autorización si CHILDREN OF JOY PEDIATRICS desea divulgar su IMP por razones distintas al tratamiento, el pago o las operaciones de nuestra práctica. Por ejemplo, si deseamos participar en una investigación externa o en un estudio de medicamentos, necesitaríamos su autorización por escrito antes de que se nos permita divulgar su PHI a ese centro de investigación externo o fabricante de medicamentos. Si nos proporciona una autorización, podrá revocar dicha autorización en cualquier momento enviando a CHILDREN OF JOY PEDIATRICS una revocación por escrito. Sin embargo, si ya hemos divulgado dicha información de acuerdo con su autorización previa, la revocación será efectiva solo para todas las divulgaciones futuras.

Le informamos que puede acceder, copiar, inspeccionar y modificar su información médica que mantenemos. Además, si lo desea, CHILDREN OF JOY PEDIATRICS puede proporcionarle un informe de todas las divulgaciones que hemos hecho de su PHI a terceros, excepto las divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica y de conformidad con la autorización.

Si tiene una disputa con nuestra práctica relacionada con el uso de su IMP o la divulgación por parte de CHILDREN OF JOY PEDIATRICS y cree que se han violado sus derechos principales, comuníquese con el Secretario de Salud y Servicios Humanos para presentar una queja. Por favor, entienda que CHILDREN OF JOY PEDIATRICS no tomará represalias contra usted de ninguna manera por presentar una queja.

Tenga en cuenta que tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su IMP para llevar a cabo tratamientos, pagos de atención médica o revelaciones de CHILDREN OF JOY PEDIATRICS a un familiar, pariente o amigo cercano. Sin embargo, la ley federal no nos obliga a aceptar la restricción solicitada. Si solicita una copia de su PHI, también puede solicitar que la enviemos a una ubicación alternativa (dirección diferente) y por medios alternativos.

Si ha recibido este aviso en forma electrónica y desea una copia en papel, comuníquese con nuestra oficina. CHILDREN OF JOY PEDIATRICS se reserva el derecho de enmendar este Aviso según lo revisado. Por favor firme a continuación acusando recibo de la divulgación de CHILDREN OF JOY PEDIATRICS.

Firma del paciente o representante: _____

Fecha _____

NUESTRA POLIZA

Patient Name: _____

DOB: _____

Chart#: _____

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 de pagar la visita. El costo de la primera visita para chequeo preventivo será de \$175.00, para pacientes establecidos el chequeo preventivo será de \$150.00, citas por enfermedad para pacientes nuevos \$130.00, citas por enfermedad para pacientes establecidos \$100.00. Visitas de telemedicina \$50.00. Estos precios no incluyen las vacunas. El costo por administrar vacuna es de \$24.23 cada vacuna. 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 médico, 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 médico.
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 BH.
6. Aceptamos casi todos los seguros privados 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 débito, 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 disponibles 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 \$ 25.00 por citas preventivas o 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 exámenes preventivos 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 considerará 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 preventivo varía 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 médico, 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 el paciente 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 entregarán 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 entregarán 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 por cada niño. Cualquier balance pendiente tiene que ser pagado en total para que se emitan todos los expedientes médicos.**

Firma del Padre/ Guardarte _____

Date _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

1. Por la presente autorizo a (Nombre del proveedor) _____ Tel _____
Fax _____

2. Revelar información de los expedientes médicos de:

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha de nacimiento _____
Nombre en letra de imprenta _____ Fecha de nacimiento _____
Nombre en letra de imprenta _____ Fecha de nacimiento _____
Nombre en letra de imprenta _____ Fecha de nacimiento _____

3. Información para divulgar:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro de salud completo | <input type="checkbox"/> Historial y examen físico |
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunación | <input type="checkbox"/> Informes de consulta |
| <input type="checkbox"/> Informe de rayos X / radiología | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Entiendo que esto incluirá información relacionada con (Marque si corresponde)

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
 Servicios de salud conductual / atención psiquiátrica
 Tratamiento por abuso de alcohol y / o drogas

4. A petición del paciente, esta información se entregará a:

CHILDREN OF JOY PEDIATRICS

DR. ROSA J. MIRANDA
134 AVENIDA SUMMIT
HACKENSACK. NJ 07601
TEL. 201-525-0077

FAVOR DE ENVIAR UN FAX AL: **201-525-0072**

5. Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en base a esta autorización. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá en 6 meses a partir de la fecha de la firma. También entiendo que puedo negarme a firmar este formulario que mi atención médica y pago no se verán afectados Iniciales _____

6. La práctica, sus empleados, funcionarios y médicos quedan liberados por la presente de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior al exento indicado y la autorización en este documento.

7. Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmar las iniciales _____

Firma del paciente/padre: _____ Fecha _____

Firma del Representante Legal: _____ Fecha _____



Padres, Consentimiento Legal Guardian, Compañero

Paciente: _____ Chart# _____ DOB _____ DOS _____

Consentimiento general al tratamiento.

Yo _____ autorizo a Children Of Joy Pediatrics y a sus proveedores médicos a realizar un examen, tratamiento / procedimiento (s), prueba de alergia, pruebas de laboratorio que sean necesarias para mi hijo. Me han informado la razón del tratamiento / procedimiento, junto con los beneficios esperados, el riesgo y las posibles consecuencias involucradas. Children Of Joy Pediatrics facturará de manera adecuada y enviará los reclamos al seguro actual archivado, o se aplicará a un deducible, o si mi seguro se cancela retroactivamente, soy consciente de que seré responsable de pagar la visita.

Si un espécimen se recolecta y se debe realizar fuera de la oficina, como un laboratorio, doy permiso a Children of Joy Pediatrics para que envíe el espécimen para ser examinado, y pueden aplicarse gastos adicionales si el laboratorio no participa con mi seguro, o si mi hijo no tiene seguro en el momento de la visita puedo recibir una reclamación del laboratorio directamente. Children Of Joy Pediatrics no es responsable de tales cargos. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento, en la medida en que lo permita la ley.

Firma de los padres:

Nombre de la persona (permitido traer hijo)

Relación

Autorización - No padre / tutor para acompañar al paciente

Yo _____ le doy permiso a _____ para acompañar, discutir y compartir información médica sobre mi hijo. Además, le autorizo a él / ella a ver todos los registros médicos necesarios y a tomar decisiones de atención médica de naturaleza rutinaria y determinadas a criterio exclusivo del proveedor. También doy autoridad para hablar con el médico, autorizar el tratamiento, las vacunas, los medicamentos y ciertos procedimientos, y tomar decisiones generales de salud si no pueden contactarme o estar presente. Soy consciente de que se requerirá una identificación de la persona a quien le doy el permiso al momento de la visita y se archivará una copia en el registro médico de mi hijo.

Firma de los padres:

Nombre de la persona (permitido traer hijo)

Relación

**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
Por No Presentarse a su Cita:	
Preventivo.....	\$25.00
Enfermedad/ Consulta.....	\$25.00
Transferencia De Historial Médico A Otra Oficina Pediátrica Por Cada Nino.....	\$10.00
Aretes	
Bañado En Oro.....	\$65.00
De Plata.....	\$50.00
Cargo Por Mora En Planes De Pago.....	\$10.00