

INFORMACION DEL PACIENTE

**Informacion Del Paciente**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Nino or Nina Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Codigo Postal \_\_\_\_\_

Tel de Casa # \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_

\*Le gustaria recibir un mensaje de texto para confirmar su cita

**Si el paciente es menor de edad llene lo siguiente:**

Nombre de Mama \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_

Tel de Casa # \_\_\_\_\_ Numero del Trabajo \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Nombre de Papa \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_

Tel de Casa # \_\_\_\_\_ Numero del Trabajo \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

**Autorizacion Para Obtener Tratamiento Medico**

**Adultos adicionales mayores de 18 anos de edad que esten autorizados para obtener asistencia medica para el paciente. (Si no quiere poner a nadie no llene esta parte.) \*Porfavor tenga encuenta que si ayi algun copago se tendra que pagar al momento de la cita con la persona que usted autorizo para traer al paciente.**

Nombre Completo del Adulto:	Relacion:	Numero del Telefono:	Vive Con Usted?	
_____	_____	_____	Si	/ No
_____	_____	_____	Si	/ No
_____	_____	_____	Si	/ No
_____	_____	_____	Si	/ No

### Informacion de Aseguranza

Nombre Bajo Azeguranza Primaria \_\_\_\_\_

Relacion del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la Azeguranza \_\_\_\_\_

Fecha de Efectividad de la Polica \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de Identificacion \_\_\_\_\_

### Informacion de Aseguranza Secundaria

Nombre Bajo Azeguranza Secundaria \_\_\_\_\_

Relacion del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la Azeguranza \_\_\_\_\_

Fecha de Efectividad de la Polica \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de Identificacion \_\_\_\_\_

\*Nombre De Pediatra o Medico Primario \_\_\_\_\_

Yo autorizo la entrega de informacion de mi hijo/a hacia mi aseguranza por cualquier necesidad. Yo asigno beneficios a ser pagados a Childrens Lung Specialists. Comprendo que soy responsable por cualquier tipo de cargo por servicios medicos que involucren al paciente ya sea cubierto o no por la aseguranza. Estoy de acuerdo con que pagare cualquier cargo que sea llevado al departamento de colecciones en caso que se acumule el balance en mi cuenta.

Firma De Paciente o Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Todas las quejas seran dirijidas a la manager o a la supervisora de la oficina.

Padres o Tutores pueden hablar con ellas en la oficina o por telefono.

# CHILDRENS LUNG SPECIALISTS, LTD.

A Professional Medical Corporation



## CONOCIMIENTO Y AUTORIZACION

Formas necesarias seran llenadas y firmadas por el paciente para poder cobrar cualquier cargo a su aseguranza. Es importante que se entienda que cualquier cargo es responsabilidad del paciente ya sea cubierto por la aseguranza o no. Es responsabilidad del cliente pagar por los servicios al momento que se le sean dados, al menos de que hubiera algun tipo de arreglo anticipado. Todos los copagos se pagan a la hora de su cita.

Childrens Lung Specialists, Ltd., le preocupa la salud de los ninos enfermos. Si por alguna razon no puede asistir a su cita, porfavor tenga la cortesia de llamarnos para cancelar; ya que puede haber algun otro paciente enfermo que pudiera utilizar su espacio vacante.

**Usted entiende que tendra un cargo de \$50.00 si no se cancela con 24 horas de anticipacion de la hora actual de su cita.**

Si por alguna razon la aseguranza no se hace responsable por este dinero, usted sera responsable por el, al igual que por cualquier resultado que ocurra debido a esta situacion, ya sea que este caso fuera llevado al departamento al Colecciones mas un posible interes de dos porciento.

La siguiente firma autoriza la entrega de cualquier posible informacion medica para procesar esta informacion a la aseguranza y yo autorizo que mi aseguranza utilice de mis beneficios para pagarle a Childrens Lung Specialists, Ltd.

---

**Nombre del Paciente**

---

**Fecha de Nacimiento**

---

**Firma de Paciente o de Padre/Tutor (si es menor)**

---

**Fecha**

**Nuevo consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información de salud para el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la Salud**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que como médico de mi hijo/hija, Childrens Lung Specialists mantiene registros en papel/electrónicos describiendo historia médica de mi hijo/hija, síntomas, examen y los resultados de las pruebas, los diagnósticos, el tratamiento, y los planes para el cuidado futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Planificación de base para la atención y tratamiento de mi hijo/hija.
- Medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a cuidado de mi hijo/hija.
- Fuente de información para aplicar los diagnósticos de mi bill.
- Un medio por el cual una tercera parte pagadora puede verificar que los servicios se facturan.
- Una herramienta para operaciones de rutina para el cuidado de la salud, tales como evaluación de la calidad y revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Yo entiendo y se les ha proporcionado un Aviso/Folleto de las Políticas de Privacidad que ofrece una descripción más completa de la información y divulgación de la información. También tengo entendido que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a la notificación antes de firmar este consentimiento.
- El derecho de oponerse al uso de mi información de salud para la guía de teléfonos.
- Y el derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser usado en el caso de conocer para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud.

Tengo entendido que Childrens Lung Specialists no necesita estar de acuerdo a las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en que la organización ya ha tomado medidas al respecto. Tengo entendido también que al negarse a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratar a mi hijo/hija como permitido por la Sección 164.506 del Código de Reglamentos Federales.

Yo entiendo que Childrens Lung Specialists se reserva el derecho de modificar su anuncio y prácticas antes de la aplicación, de conformidad con la Sección 164.520 del Código de Reglamentos Federales. Childrens Lung Specialists debería cambiar su anuncio, se le enviará una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado (o si estoy de acuerdo, correo electrónico).

Usted tiene las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que, como parte de esta organización de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, es posible que sea necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento a la revelación de estos permite utilizar, entre ellos, la divulgación vía fax.

Entiendo plenamente y aceptar los términos de este acuerdo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o de Padre/Tutor (si es menor)

\_\_\_\_\_  
Fecha