

BEM VINDO Á CLINICA PEDIATRICA INTERNACIONAL

Como voce soube da nossa clinica? PACIENTE ANTIGO PAGINAS AMARELAS OUTDOOR

AMIGO FESTIVAL JORNAL COMPANHIA DE SEGURO OUTRO:

INFORMAÇÃO DO PACIENTE

| | | | |
|--------------------------------|--|------------------------|----------------|
| Nome do Paciente: | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Data de Nascimento | Seguro Social: |
| Endereço | Cidade/Estado | Código Postal | No de Telefone |
| Nome da Mãe: | Data de Nascimento | No de Telefone Celular | |
| Empregador da Mãe | Endereço de Trabalho | Cidade/ Estado | No de Trabalho |
| Nome da Pai: | Data de Nascimento | No de Telefone Celular | |
| Empregador da Pai | Endereço de Trabalho | Cidade/ Estado | No de Trabalho |
| Em Caso de Emergencia Avisar A | No de Telefone | | |

INFORMAÇÃO DO SEGURO

| | | | |
|--|--|---------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Peachcare | No de ID do seguro: | No de Telefone: | |
| <input type="checkbox"/> Outro Seguro | Nome da Companhia do Seguro | No de ID do seguro: | No de Grupo |
| Nome da Pessoa Responsável | Relacao como Paciente: <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro | | |

| | | |
|---|-----------------|--|
| Nome da farmácia? | Cidade | No do Telefone da Farmácia? |
| Nome do Pediatra anterior de sua criança: | No de Telefone? | Quando foi a ultima vez que sua criança esteve la? |

AUTORIZAÇÃO

Por favor mostre seu cartão de seguro á recepcionista.
Eu autorizo Clinica Internacional Pediatrica a compartilhar informaca e receber pagamenites da companhia de seguro con a qual tenho coutiatio ativo.
Por favor retorne este formulario a recepcionista.

Nunha assinatura confirmara que toda a informaçã eitada acima e verdadeirae correta:

Assinatura: _____ Data: _____

Pediatra de alta qualidade, con amore sem fronteiras

La Clinica del Nino, P.C., dba:
Clinica Internacional de Pediatria
International Pediatric Clinics
3780 Holcomb Bridge Rd., Suite C
Norcross, GA 30092

Suzana Mara Montaña, MD, FAAP
Dennis Selva, MD
Alexa Thompson, RN, CPNP
770.263.910

Bem Vindo a Clinica del Niño: International Pediatric Clinics. Nossa meta é prover pediatria de alta qualidade, com amor e sem barreiras.

Neste documento está detallada a política de funcionamiento da clínica. Pedimos que voce leia com atenção toda a informação contida, assine ao final e devolva-o a recepcionista.

Hora de Atendimento

| Dias | Horas |
|------------------------------|---------------------------|
| Segunda a sexta-feira | Das 08:00 as 17:00 |

Consultas

Para sea conveniência, lhe pedimos programar sua consulta conosco. *Generalmente, consultas no mesmo dia estão a disposicao com exceção de consultas para vacinas, para check-up e controle fisico. Estas devem ser marcadas com antecipação.*

Diariamente, entre as 08:00 e as 09: 00 da manhã, recebemos pacientes sem consultas.

Por favor, chepe 15 minutos antes do seu horario de consulta. Se você nao tem uma consulta marcada ou esta atradado para sua consulta, voces era atendido por ordem de cegada ou teremos que remarcar uma nova data para sua consulta.

Sua puntualidade é muito importante para prestar-lhe o servicio de qualidade que voce merece.

Plano de Saude

Traga o cartao do seu seguro de saude com voce a cada consulta

A vigencia e a cobertura do seu seguro serao verificados com a sua companhia de seguro antes de sua entrada no consultorio.

Sim seu plano de saude requer que voce seleccione um medico, contate seu plano para elegir seu provedor antes de marcar a coconsulta.

Mantenha-se sempre atualizado quanto as mudanzas do Peachcare e Medicaid. Algumas mudanzas podem vir a afetar a sua apolice.

Recém-Nascidos

Se voce temu m bebe recém-nascido a ja aplicou para Medicaid ou Peachcare, nos verificaremos se sue seguro esta ativo

Se Seu seguro nao se encontra ativo, voce devera pagar \$100 pela primeira consulta, \$100 por cada visita de check-up ou crianza doente e \$60.00 por cada visita de retorno. Aceitamos pagamento em Dinheiro, cartao de credito e de debito. Nao aceitamos cheques.



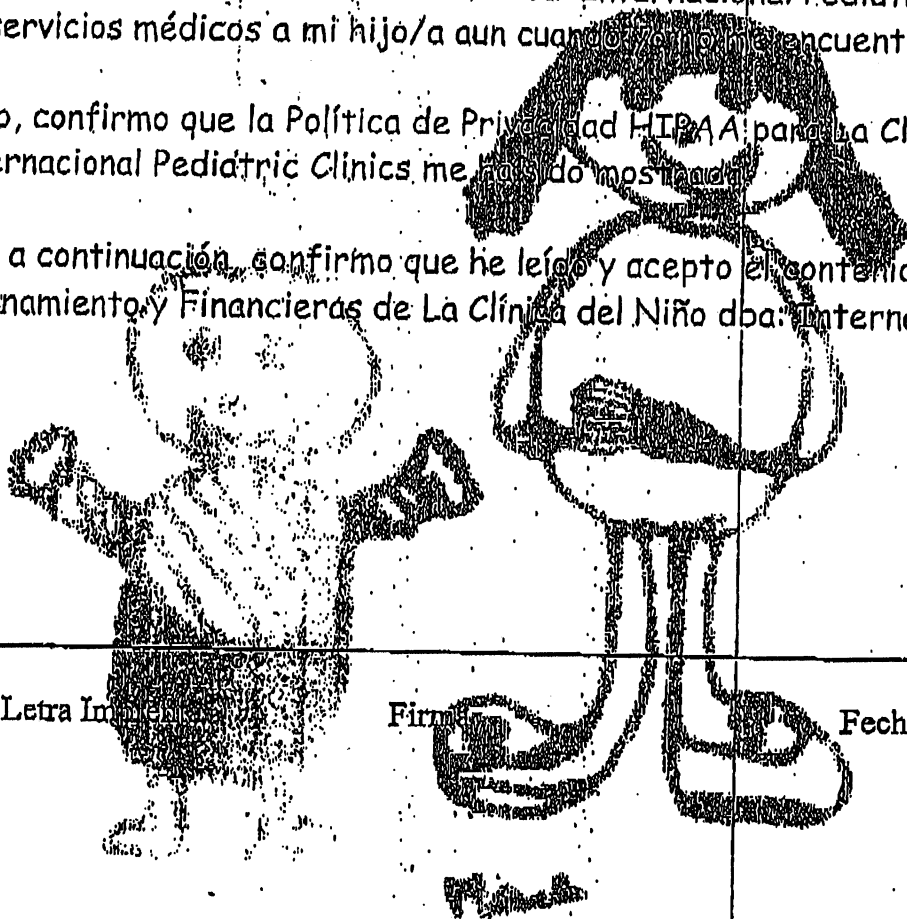
Necesitamos algunas autorizaciones de su parte para poderles brindar un buen servicio, si está de acuerdo, por favor, escriba sus iniciales en los espacios en blanco que están a continuación:

_____ Yo, autorizo a la Clinica del Niño dba: Internacional Pediatric Clinics a revisar y discutir mi cuenta y la aplicación a Medicaid de mi hijo/a con Georgia Health Partnership.

_____ Yo, autorizo a La Clinica del Niño dba: Internacional Pediatric Clinics a brindar servicios médicos a mi hijo/a aun cuando yo no me encuentre presente.

_____ Yo, confirmo que la Política de Privacidad HIPAA para la Clínica del Niño dba: Internacional Pediatric Clinics me ha sido mostrada.

Firmando a continuación, confirmo que he leído y acepto el contenido de la Políticas de Funcionamiento y Financieras de La Clínica del Niño dba: Internacional Pediatric Clinics.



Nombre en Letra Imprimida

Firma

Fecha

~~Los Doctores y Empleados de la Clínica del Niño, PC quieren que usted sepa como protegemos y mantenemos la confidencialidad de su información médica.~~

Cuando usted visita nuestra clínica es muy importante para nosotros que usted se sienta en confianza de contarle a su médico toda la información personal que sea valiosa para poder diagnosticar o tratar el problema del paciente. Como profesionales del área médica, por favor tenga la seguridad de que nuestra clínica ha tenido siempre políticas y procedimientos estrictos en orden de proteger la privacidad de la información que usted nos ha transmitido. Sin embargo, a partir del 14 de Abril del 2003, surgieron nuevas regulaciones pautadas por la ley federal llamada HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act). Las regulaciones de HIPAA cubren a los doctores, a todos otros servidores dentro del área médica; a las empresas de los seguros médicos y todos los procesos de reclamos llevados a cabo por los empleados. En general, HIPAA se hizo para establecer estándares a nivel nacional para:

- Brindarle a los pacientes más control sobre su información médica.
- Establecer límites entre el uso de su historial médico
- Establecer las normas de seguridad que los doctores, planes de salud y otros proveedores de salud deben tener en el lugar de trabajo para proteger la privacidad de cualquier información médica o de salud.
- Retener a los infractores responsables, con sanciones civiles y penales
- Tratar de balancear las necesidades de privacidad del paciente con los requerimientos de responsabilidad pública que demanda la salud pública.

Las regulaciones de HIPAA exigen que en el momento de su primera visita, le proveamos a todos nuestros pacientes una copia explicando lo que ella significa. Esta describe como la información médica provista por usted puede ser usada por parte de nuestra clínica y sus derechos en relación a como acceder a esta información.

Por favor firme en el espacio de abajo como prueba de que se le ha brindado la oportunidad de revisar y hacer preguntas sobre las practicas de privacidad de HIPAA. Usted esta en todo su derecho de reclamar una copia para revisarla y guardarla como parte de su historial médico.

Gracias por su colaboración.

Yo reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar o recibir una copia de las prácticas de privacidad de la Clínica del Niño y que al mismo tiempo se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre del Paciente: _____

Firma del paciente o representante: _____

Fecha: _____

Si usted es un representante, por favor especifique la relación con el paciente:



LA CLINICA DEL NIÑO, P.C
3780 Holcomb Bridge Rd
Norcross, GA 30092 —
770-263-9101

Venho por meio desta, voluntariamente solicitar assistência médica a La Clinica Del Niño para meu(s) filho(s), citados na minha aplicação para registro. Também autorizo e dou minha permissão e consentimento a todos os prestadores de serviços empregados por La Clinica Del Niño para utilizarem procedimentos de diagnóstico que considerem necessários para o tratamento adequado de meu(s) filho(s). Também estou ciente de que posso a qualquer momento recusar cuidados médicos para meu(s) filho(s), aceitando assim plena responsabilidade por esse ato ou declaração de recusa.

Entendo que, nenhum serviço é prestado por La Clinica Del Niño nos horários noturnos, aos sábados, domingos e feriados e que, caso seja necessário tratamento médico dentro desses horários, vou procurar o mesmo em algum hospital que forneça serviços de Emergência.

Reconheço o direito de La Clinica Del Niño e seus funcionários de, por motivo e causa adequada, recusarem-se a iniciar ou continuar cuidados médicos ou serviços para meu(s) filho(s).

Certifico que eu sou legalmente habilitado(a) a assinar esta declaração ou autorização para tratamento.

Assinatura do solicitante _____ Data _____
Aceito os termos acima.

Eu, _____ autorizo as seguintes pessoas a
Nome do representante legal
trazerem a _____ para tratamento de acordo com o que
Nome da criança

estabelece este acordo. Este tratamento inclui todas as vacinas, incluindo mas não limitado a: Varicela, Rotavirus, DtaP, IPV, MMR, TB como PPD, Hib, Tdap, MCV, HepA, HepB, POV.

Relação com a criança:

Relação com a criança:

Relação com a criança:

Relação com a criança:

Assinatura do representante _____ Data _____

Relação com paciente: _____

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

| | | | |
|-------------------------|----------------------|--------------|------------|
| Name of Practice: _____ | | phone: _____ | fax: _____ |
| Patient name: _____ | Date of Birth: _____ | Phone: _____ | |
| Address: _____ | | | |

I. My Authorization

You may use or disclose the following health care information (check all that apply):

- All my health information maintained by the above-named practice.
- My health information relating to the following treatment or condition: _____
- My health information for the date(s): _____
- Other: _____

You may disclose this health information to:



LA CLINICA DEL NIÑO, PC
 3780 Holcomb Bridge Rd, Suite C
 Norcross, GA 30092
 Tel. 770-263-9101 Fax, 770-263-9102

Reason(s) for this authorization (check all that apply):

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> At my request | <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ |
|--|--|

This authorization ends: on (date) _____
 when the following event occurs _____

II. My Rights

I understand I do not have to sign this authorization form in order to get health care benefits (treatment, payment or enrollment). However, I do have to sign an authorization form:

- To take part in a research study OR
- To receive health care when the purpose is to create health information for a third party.

I may revoke this authorization in writing. If I do, it will not affect any actions already taken by the above-named practice based upon this authorization. I may not be able to revoke this authorization if its purpose was to obtain insurance. Two ways to revoke this authorization are:

- Fill out a revocation form. The form is available from the office. OR
- Write a letter to the office.

Once the office discloses health information, the person or organization that receives it may re-disclose it. Privacy laws may no longer protect it.

Patient or legally authorized individual signature

Date

Printed name if signed on behalf of the patient

Relationship (parent, legal guardian, personal representative, etc.)