

BIENVENIDO A CLÍNICA INTERNACIONAL DE PEDIATRÍA

Como se entero de nuestra clínica? PACIENTE ESTABLECIDO PAGINAS AMARILLAS LETRERO AFUERA

AMIGO FESTIVAL PERIÓDICO SEGURO OTRO (especificar):

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento	Seguro Social:
Dirección	Ciudad/Estado	Código Postal	Teléfono de Casa
Nombre de la Madre:	Fecha de Nacimiento	Teléfono de Celular	
Trabajo de la Madre	Dirección del Trabajo	Ciudad/ Estado	Teléfono del Trabajo
Nombre del Padre:	Fecha de Nacimiento	Teléfono Celular	
Trabajo del Padre	Dirección del Trabajo	Ciudad/Estado	Teléfono del Trabajo
Usted tiene otro hijo que es paciente establecido de la clínica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
En Caso de Emergencia	Nombre	Numero de Teléfono	

INFORMACIÓN DE SEGURO

<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Peachcare <input type="checkbox"/> Otro	Numero de la tarjeta de seguro:	Se otro, nombre de seguro:	
Nombre de la persona responsable de la cuenta:	Relación con el Paciente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	Fecha de nacimiento:	SSN#

Nombre de la farmacia que usa Número de teléfono

AUTORIZACIÓN

Por favor mostrar su tarjeta de seguro.

Yo autorizo compartir información médica y autorización a Clínica Internacional de Pediatría para recibir los pagos de mi seguro.

Por favor entregue ésta forma a la recepcionista.

Certifico con mi firma que la información predicha es verdad y correcta:

Firma: _____

Fecha: _____

La Clínica del Niño, P.C., dba:
Clínica Internacional de Pediatría
International Pediatric Clinics
3780 Holcomb Bridge Rd., Suite C
Norcross, GA 30092

Suzana Mara Montaña, MD, FAAP
Dennis Selva, MD
Alexa Thompson, RN, CPNP
Telefono 770.263.9101

SEGUROS

- Por favor traiga su tarjeta del seguro médico a todas sus visitas médicas en caso de que necesitemos verificar alguna información.
- La vigencia y la cobertura de su seguro médico será verificada con su compañía de seguro antes de pasar al consultorio.
- A partir del 1 de Junio de 2006 Medicaid y Peachcare hizo algunos cambios, y ahora usted debe seleccionar uno de los nuevos planes que existen. Para hacer la selección deberá llamar a Georgia Healthy Family al numero de teléfono que esta a continuación: 1-888-423-6765 de manera de poder escoger entre los siguientes: AMERIGROUP, PEACHSTATE o WELLCARE. Cualquier información o ayuda que necesite con respecto a estos planes por favor pregúntele a las personas de la recepción de la clínica o también puede solicitar ayuda a Georgia Healthy Family.

RECIEN NACIDOS

- Si usted tiene un bebé recién nacido y ya aplicó para Medicaid o Peachcare, nosotros verificaremos si su seguro ya se encuentra activo.
- Si su seguro no se encuentra activo deberá pagar \$85 por la primera visita de su recién nacido; \$100 por cada visita de niño enfermo, \$60 por cada visita de seguimiento y \$100 por cada visita de niño sano.
- Si aún no ha recibido o aplicado para el Medicaid de su niño, pero la madre del paciente cuenta con los beneficios del Medicaid desde el embarazo y este esta aun activo, por favor infórmelo de inmediato. Es muy probable que podamos obtener el Medicaid de su bebe automáticamente.
- Si no cuenta con un seguro médico, deberá pagar su visita al momento de registrarse en recepción. Aceptamos pagos en efectivo, tarjetas de crédito y tarjetas de débito. No aceptamos cheques.
- Si tiene alguna pregunta adicional por favor acérquese a la recepción que un representante administrativo lo asistirá o llámenos por teléfono en nuestro horario de oficina.

La Clínica del Niño dba: International Pediatric Clinics
POLÍTICAS DE FUNCIONAMIENTO Y FINANCIERAS

BIENVENIDO a La Clínica del Niño dba: Internacional Pediatric Clinics. Nuestra meta es proveer servicios pediátricos de alta calidad, con amor y sin fronteras.

En este documento están detalladas las políticas de funcionamiento de la clínica. Le pedimos leer detenidamente toda la información contenida en este documento, firmar al final y devolverlo a la recepcionista. Si usted desea puede solicitar una copia.

HORARIO DE ATENCIÓN

DIAS	HORARIO
Lunes a Viernes	De 08:00 a.m. a 5:00 p.m

CITAS

- Para su conveniencia le pedimos programar su cita con nosotros.
- Generalmente podemos darle una cita el mismo día a excepción de las citas para vacunas.
- Aceptamos pacientes sin cita desde las 8:00 am hasta las 9:00 am. No necesita llamar antes de venir. La única condición es que venga antes de las 9:00 am.
- Las citas de control de niño sano y control físico para el colegio deben ser programadas con anticipación.
- Por favor llegue 15 minutos antes de la hora de su cita. Esto nos permitirá actualizar sus datos apropiadamente y revisar su seguro médico, o si usted nos visita por primera vez podrá llenar los formularios requeridos, sin interferir con el horario de su cita.
- Por favor, ponga atención y tome en cuenta que si usted llega tarde será atendido por orden de llegada o tendremos que programarle una nueva cita.
- Su puntualidad es muy importante para que nosotros podamos brindarle el servicio de alta calidad que usted se merece.

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 Clínica 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 Clínica 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 Imprenta

Firma

Fecha

High quality pediatrics with love and without boundaries

La Clínica del Niño, P.C., dba:
Clínica Internacional de Pediatría
International Pediatric Clinics
3780 Holcomb Bridge Rd., Suite C
Norcross, GA 30092

Suzana Mara Montaña, MD, FAAP
Gwendolyn (Wendy) Delaney, MD, FAAP
Pers Sharon Dixon, MD
Charlene Serna, CPNP



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

Por medio de la presente estoy solicitando de manera voluntaria los servicios y atención médica por parte de La Clínica del Niño, para mi hijo(a) tal cual como está registrada en la planilla de la clínica.

Yo doy mi permiso y mi consentimiento a todo el personal que trabaja en La Clínica del Niño a diagnosticar y llevar a cabo cualquier procedimiento que se considere necesario para que mi hijo(a) tenga una atención médica apropiada. Igualmente entiendo que podría en algún momento rechazar cualquier atención médica que sea necesaria para mi hijo (a), y por ende acepto responsablemente y firmemente mi decisión.

Además, entiendo que La Clínica del Niño no presta servicios médicos durante las noches, o el fin de semana y durante los días que son feriados, por ende si mi hijo (a) necesita tratamiento médico, mientras la Clínica esta cerrada, voy a buscar atención medica en el hospital de emergencia para ese día o noche en particular.

Yo reconozco que la Clínica del Niño, y/o sus empleados, tienen por causas debidamente justificadas, el derecho de negarle a iniciar o continuar atención medica a mi hijo (a) o hijos(as).

Certifico que estoy legalmente autorizado(a) para firmar esta declaración de permiso para recibir tratamiento.

Yo, _____, autorizo a las siguientes personas a
(Nombre del representante legal)

_____ Relación con el paciente _____

_____ Relación con el paciente _____

_____ Relación con el paciente _____

Que traigan a mi hijo (a) _____ a esta clínica para ser tratado de acuerdo a lo que establece este formato. Este tratamiento incluye todas las vacunas incluyendo pero no limitado a: Varicella, Rotavirus, DTaP, IPV, MMR, TB como PPD, HIB, Tdap, MCV, HepA, HepA, HepA, HepB, POV

Firma del representante legal _____ Fecha _____
(Entiendo lo antes expuesto)

Relación con el paciente _____

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

Name of Practitioner: _____ 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

 Printed name if signed on behalf of the patient

 Date

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