

INFORMACION DEL PACIENTE

Por favor use letra de molde

Nombre: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Sexo: Niño / Niña # Seguro Social: ____ - ____ - ____

Dirección _____ # Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Doctor que lo refirió _____ # Teléfono _____

Doctor primario _____ # Teléfono _____

Razón de esta visita _____

Medicamentos que toma _____

¿Es alérgico a algún medicamento? No / Sí Si responde "Sí" ¿a cuál(es) medicamento? _____

¿Están sus vacunas al día? No / Sí Nombre y numero de farmacia _____

Padre o Representante Legal _____ # Seguro Social ____ - ____ - ____

Teléfono del trabajo _____ # Teléfono celular _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO Y FACTURACION

Nombre de la persona responsable de las facturas de este paciente _____

Nombre de la Compañía de Seguros _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo Asegurado _____

Nombre del Asegurado principal _____ Parentesco con el paciente _____

Fecha de nacimiento del Asegurado _____ y # Seguro Social _____

Trabajo del Asegurado _____ # Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Asegurado (si es diferente de la del Paciente) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Tiene un seguro de salud secundario? No ____ Sí ____

Nombre de la Compañía de Seguros secundario _____

Nombre del Asegurado principal _____ Número de Póliza _____

Contacto en caso de emergencia _____ # Teléfono _____

UNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Co Pay Collected _____ Check # _____ VISA/MC _____ BILLING SUBMITTED _____
PN COMPLETED _____ Phy LETTER COMPLETED _____ Dictated _____ TIME _____

ESPECIALISTAS PEDIATRICOS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS
(PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASE SPECIALISTS OF HOUSTON, PA)

**CONSENTIMIENTO PARA UTILIZACION O DISTRIBUCION DEL
HISTORIAL MEDICO NECESARIO PARA EL TRATAMIENTO,
PROCEDIMIENTO Y CANCELACION DE FACTURAS.**

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____ # Seguro Social _____

Entiendo que como parte de mis cuidados médicos, los Especialistas Pediátricos en Enfermedades Infecciosas (Pediatric Infectious Disease Specialists of Houston, PA) crea y mantiene un expediente con mi historial médico, síntomas, exámenes y resultado de análisis, tratamiento, y planes para tratamientos futuros.

Tengo entendido que esta información es útil para:

Fundamento para el planeamiento de mis cuidados médicos y tratamientos.

Mantener la comunicación entre los diferentes profesionales médicos que participan en mis cuidados.

Detalles de mi diagnóstico e información quirúrgica para la facturación.

Medio por el cual la Compañía de Seguros u otra persona que pague la cuenta pueda verificar las atenciones médicas prestadas.

Herramienta para medir la efectividad del funcionamiento del consultorio y la competencia de los profesionales médicos.

Tengo entendido que tengo el derecho de:

Rehusar que se use mi historial médico para propósitos administrativos.

Solicitar restricciones en cuanto al uso y divulgación de mi historial médico para el tratamiento, procedimiento y cancelación de facturas.

Revocar y anular por escrito este consentimiento a menos que el consultorio ya lo haya usado.

Solicito las siguientes restricciones en cuanto al uso y distribución de mi historial médico:

No tengo restricciones.

Padre o Representante Legal

Parentesco con el Paciente

ESPECIALISTAS PEDIATRICOS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS
(PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASE SPECIALISTS OF HOUSTON, PA)

Normas Financieras

Bienvenido a la consulta del Dr. Amaya; le agradecemos su preferencia. Su hijo(a) ha sido referido al Dr. Amaya para la evaluación y tratamiento de la enfermedad infecciosa que lo acosa. Nuestro consultorio se compromete a brindarle la mejor asistencia médica y nuestros honorarios profesionales han sido determinados cuidadosamente para así reflejarlo. Creemos que estos honorarios son razonables y demuestran la clase de servicio y pericia brindados por un médico especialista. Con mira a prevenir cualquier malentendido y para servirle mejor, le rogamos a los padres de familia o al representante legal que lean y firmen estas Normas Financieras. Si tiene alguna duda o pregunta por favor solicite hablar con un representante de nuestra oficina de administración comercial.

Es nuestra costumbre verificar su seguro de salud y los beneficios que cubre antes de su primera cita o a más tardar, durante su primera cita, y también cada vez que usted nos notifique de algún cambio. Sin embargo, esta verificación no garantiza que la información obtenida es correcta o que la Compañía de Seguros se compromete a pagar el reclamo presentado. En última instancia, usted que es el asegurado es el responsable de estar al tanto de qué cubre y qué no cubre su seguro, y qué requisitos tiene en cuanto a referencias a especialistas. Es también su responsabilidad averiguar si los cargos del Dr. Amaya están cubierto bajo su seguro. A pesar de que el consultorio del Dr. Amaya ha hecho todo lo posible por registrarse con la gran mayoría de seguros disponibles en Houston, se podría dar el caso que no esté cubierto por su seguro y en tal caso sería necesario presentar el reclamo de seguro como médico fuera de la red de afiliados. Usted es responsable por pagar todo cargo que su seguro rehúse pagar.

Por favor lea y ponga sus iniciales al margen de cada enunciado.

1. _____ **CO-PAGOS Y FACTURACION.** Tengo entendido que soy responsable por pagar el co-pago exigido por mi Compañía de Seguros a la hora de la cita. Se puede usar dinero en efectivo, cheques o tarjeta de crédito VISA o MasterCard. El resto de los cargos del Dr. Amaya serán presentados a mi Compañía de Seguros. Me responsabilizo por todo cargo o saldo que no cubra el seguro.
2. _____ **SALDOS NO CUBIERTOS POR EL SEGURO.** Me comprometo a pagar los saldos y/o cargos que no pague el seguro en cuanto la oficina del Dr. Amaya me lo haga saber. De ser que yo no esté de acuerdo con los cargos, es mi responsabilidad ponerme en contacto con la oficina del Dr. Amaya al igual que con la Compañía de Seguros para resolver el problema. Tengo en claro que mientras se resuelve el problema yo soy responsable de cubrir los cargos del Dr. Amaya. Si la Compañía de Seguros resolviera el problema, entiendo que me serán reembolsados los pagos al Dr. Amaya.
3. _____ **PAGO A RECIBIR DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.** Tengo entendido que la oficina del Dr. Amaya espera 90 días entre el envío de una cuenta a la Compañía de Seguros y recibir el pago de la misma. Sin embargo, si al plazo de los 90 días la Compañía de Seguros no ha cancelado, entonces me responsabilizo de cubrir estos cargos. Además, tengo en claro que la oficina del Dr. Amaya no se involucrará en disputas de cargos entre la Compañía de Seguros y yo en cuanto a deducibles, servicios no cubiertos, seguros secundarios, coordinación de beneficios, condiciones pre-existentes y/o lo que se considera "cargos usuales y razonables". En caso que la Compañía de Seguros eventualmente pague, seré reembolsado estos pagos.
4. _____ **CAMBIO EN LA COBERTURA DEL SEGURO O DE COMPAÑÍA DE SEGUROS.** En el caso de que se den cambios en el tipo de cobertura del seguro, o de ser que cambie totalmente de Compañía de Seguros, es mi responsabilidad notificar a la oficina del Dr. Amaya antes de la cita de mi hijo(a). El no proveer información correcta y a tiempo podría resultar en que me toque pagar la cuenta en su totalidad.
5. _____ **PETICION DE MAS INFORMACION POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.** En caso de que la Compañía de Seguros requiera más información que la ya provista, me comprometo a suplirla. Esto podría ser verificación de un seguro secundario, detalle de accidentes o heridas, etc. El no proveer información correcta y a tiempo podría resultar en que me toque pagar la cuenta en su totalidad.

6. _____ **MENORES DE EDAD.** Si un menor de edad se presenta a la consulta sin ser acompañado por un adulto no le daremos tratamiento a menos que traiga una nota escrita por sus padres o representante legal. Los padres o representante legal se comprometen a proporcionar información del seguro y a pagar el co-pago o saldos.
7. _____ **SE FACTURA MENSUALMENTE.** Me comprometo a ponerme en contacto con la oficina de administración comercial en caso de dudas o preguntas sobre la factura apenas la reciba. Entiendo que las facturas son enviadas con el propósito que sean canceladas con rapidez.
8. _____ **SALDOS DE MAS DE 90 DIAS.** A menos que se hayan hecho arreglos de pago con anterioridad, entiendo que todo saldo de más de 90 días será traspasado a una compañía de cobros externa, lo cual podría afectar mi crédito en general.
9. _____ **CHEQUES SIN FONDO.** Si su cheque es devuelto por el banco por falta de fondos, se le cobrará la suma de \$25. Dicho cheque se re-depositará una segunda vez, y de ser devuelto sin fondos de nuevo, se le volverán a cobrar \$25 y se exigirá pago ya sea en efectivo, cheque de banco o tarjeta de crédito a más tardar 10 días después de recibir la notificación
10. _____ **TARJETA DE CREDITO.** Es nuestro requisito que nos dé un número de tarjeta de crédito para tener en su archivo. Si así lo desea, esta tarjeta puede ser usada en cualquiera de nuestros consultorios para cubrir cargos de co-pago, deducibles o co-seguros. Si después de recibir pago de su Compañía de Seguros quedara algún saldo, usaremos esta tarjeta de crédito para cancelarlos.

Clase de tarjeta _____ Vencimiento _____

N° _____

Firma en la tarjeta _____ Fecha _____

Le damos las gracias de nuevo por haber escogido al Dr. Amaya como el especialista para su hijo(a). Agradecemos su confianza y esperamos servirle bien. Si tiene alguna pregunta en cuanto a nuestras normas financieras queremos escucharla. Haremos todo lo posible por agilizar sus pagos. Por favor firme al pie en consentimiento de estas normas financieras y como confirmación que ha recibido una copia de las mismas para su archivo personal.

Nombre del Paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Padre o Representante Legal _____

Firma del Padre o Representante Legal _____

Fecha _____

Nombre del _____

Asignación y Permiso de Distribución

Certifico que yo y/o mis hijos, tenemos seguro de salud y asigno todos los beneficios devengados del seguro por servicios médicos al Dr. Amaya. Tengo entendido que soy responsable de todos los cargos del Dr. Amaya ya sea que son pagados por el seguro o no. Autorizo usar mi firma en cualquier formulario presentado a la Compañía de Seguros.

Con el fin de obtener pago de facturas presentadas, el Dr. Rene Amaya tiene mi permiso de usar y distribuir mi historial médico a la Compañía de Seguros. Este permiso vence cuando termine el tratamiento o máximo un año después de la fecha al pie

Nombre del Paciente _____

Fecha _____

Padre o Representante Legal _____

Parentesco con el Paciente _____

ESPECIALISTAS PEDIATRICOS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS
(PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASE SPECIALISTS OF HOUSTON, PA)

NOTIFICACION SOBRE NORMAS DE PRIVACIDAD

Confirmando que he leído la Notificación Sobre Normas de Privacidad y quedan en claro mis derechos como paciente.

Nombre del Paciente

Fecha

Padre o Representante Legal

Parentesco con el Paciente

ESPECIALISTAS PEDIÁTRICOS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS
(PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASE SPECIALISTS OF HOUSTON, PA)

HONORARIOS POR NO PRESENTARSE A SU CITA

En caso de que usted no se pueda presentar a su cita le rogamos que llame a nuestra oficina por lo menos 6 horas antes de la cita para poder programarla de nuevo.

Si usted no nos avisa que no puede asistir le cobraremos un honorario de \$35.

Nombre del Paciente

Fecha

Padre o Representante Legal

Parentesco con el Paciente

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE MEMORIAL HERMANN (MHIE) CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE AL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Propósito: El MHIE es una red para el intercambio de información sobre la salud desarrollada por Memorial Hermann Healthcare System. Los Miembros de intercambio incluyen hospitales, médicos y otros proveedores de cuidado médico, que pueden compartir electrónicamente la información médica y otra información sobre la salud individualmente identificable acerca de los pacientes, con fines de tratamiento, pago y operación de sistemas de cuidado de la salud. Nosotros también somos Miembros de intercambio de MHIE y solicitamos su autorización para compartir la información sobre su salud con otros Miembros a través de MHIE. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación electrónica de la información sobre su salud a otros Miembros de intercambio de MHIE con fines de tratamiento, pago y operación de sistemas de cuidado de la salud. Si usted rechaza firmar este Consentimiento, no nos negaremos a brindarle tratamiento o cuidado. Sin embargo, si usted no lo firma, no podremos compartir electrónicamente la información sobre su salud con sus proveedores de cuidado de la salud que participan en el MHIE como Miembros de intercambio.

Instrucciones: Si usted acepta permitimos que divulguemos la información sobre su salud a otros Miembros de intercambio de MHIE, llene las partes correspondientes de este Consentimiento y firmelo.

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento
---	---------------------

Información que se divulgará; propósito del Consentimiento para la divulgación

Yo, _____ [nombre del paciente], por este medio doy mi consentimiento a la divulgación de mi información médica, de salud y de visitas a todos y cada uno de los proveedores del Memorial Hermann Healthcare System (colectivamente denominados el "Proveedor") a otros proveedores participantes en el MHIE (Miembros de intercambio) que soliciten tal información con fines de tratamiento, pago y operación de sistemas de cuidado de la salud. Entiendo que la información a divulgar incluye registros médicos y de facturación utilizados para tomar decisiones acerca de mi persona.

POR ESTE MEDIO AUTORIZO ESPECÍFICAMENTE AL PROVEEDOR A REVELAR TODOS LOS TIPOS Y CATEGORÍAS DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE MI SALUD A OTROS PROVEEDORES DE CUIDADO DE LA SALUD PARTICIPANTES EN MHIE, CON FINES DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIÓN DE SISTEMAS DE CUIDADO DE LA SALUD [LO CUAL INCLUYE, SIN LIMITACIÓN, MIS REGISTROS SOBRE ALCOHOL Y TRATAMIENTO, ABUSO DE DROGAS, SALUD MENTAL Y VIH/SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, SEGÚN CORRESPONDA].

Ausencia de condiciones: Este Consentimiento es voluntario. No condicionaremos su tratamiento a la recepción de este Consentimiento. **NO OBSTANTE, SI USTED NO LO FIRMA [O NO ANOTA SUS INICIALES] EN LOS LUGARES CORRESPONDIENTES, NO PODRÁ PARTICIPAR EN MHIE.**

Effect of Granting this Consent: This Consent permits all MHIE Exchange Members to access your health information. Exchange Members of the MHIE are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Plazo de vigencia y revocación Este Consentimiento continuará siendo válido a menos que usted lo revoque. Usted puede revocar este Consentimiento en cualquier momento completando la notificación de revocación de MHIE. Para obtener una notificación de revocación de MHIE, llame al 713-456-MHIE (6443). La revocación de este Consentimiento *no* afectará ninguna medida que hayamos tomado basándonos en este Consentimiento antes de recibir su notificación de revocación. Asimismo, tal revocación no tendrá ningún efecto sobre la información personal sobre su salud que ya se haya hecho disponible a los Miembros de intercambio durante el plazo en el cual su Consentimiento haya estado vigente.

FIRMA DEL PACIENTE

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este Consentimiento. Entiendo que, al firmarlo, confirmo mi autorización y consentimiento para el uso y la divulgación de la información personal sobre mi salud, tal como se describe en este documento.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este Consentimiento es firmado por un representante personal en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación o parentesco con el paciente: _____

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMARLO. Incluir este Consentimiento en los registros del paciente.

Official Use Only:

