

Eastside Children's Clinic

Información para padres / tutores:

Nombre de la madre / tutor: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

* Número de seguro social: _____

Nombre del padre / tutor: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

*Número de seguro social: _____

Seguro / Titular de la póliza /principal

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Identificación del suscriptor: _____

Número de grupo: _____

Empleador: _____

*Domicilio: _____

Teléfono celular: (____) ____ - _____ Teléfono alternativo: (____) ____ - _____

Dirección de correo electrónico: _____

Seguro/Titular de la póliza de seguro (secundario si corresponde)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Identificación del suscriptor: _____

Número de grupo: _____

Empleador: _____

*Farmacia: _____

Información del paciente:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo: Masculino/ Femenino

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo: Masculino/ Femenino

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo: Masculino /Femenino

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo: Masculino/ Femenino

¿Cómo se enteró de nuestra práctica? _____

Acuerdo de información de HIPAA

Esta oficina puede usar y divulgar información médica y financiera relacionada con su atención que pueda ser necesaria ahora o en el futuro para facilitar el pago por parte de terceros de los servicios prestados por nosotros, o para ayudar con o, ayuda a facilitar la recopilación de datos con fines de revisión de utilización, garantía de calidad o evaluación de resultados médicos. Los registros pueden ser entregados a cualquier médico que sea directa o indirectamente responsable de su atención médica por el pago de los mismos. Estamos legalmente obligados debido al cumplimiento de HIPAA, a mantener la privacidad de su información de salud protegida y a proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad y cumplir con sus términos. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y aplicar prácticas de privacidad revisadas a la información de salud protegida. Puede hablar con el personal de la oficina para obtener información adicional sobre las preguntas que pueda tener con respecto a este aviso o para recibir una copia impresa del aviso.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Deseo ser contactado de la siguiente manera:

Teléfono principal: _____ Deje un mensaje detallado: Sí/ No

* Mensaje de texto: Sí/ No

Correo electrónico :

Teléfono alternativo: _____ Deje un mensaje detallado: Sí /No

* Mensaje de texto: Sí /No

Correo electrónico: _____

*** Los mensajes de texto no contendrán información de salud. Los mensajes detallados pueden contener información de salud.**

Consentimiento médico:

Las personas que se enumeran a continuación pueden ser llamados en una emergencia, programar citas, solicitar información médica y consentir el tratamiento médico relacionado con mi hijo / hijos.

Nombre: _____ Relación con el niño: _____
Phone #: _____

Nombre: _____ Relación con el niño: _____
Phone #: _____

Nombre: _____ Relación con el niño: _____
Phone #: _____

Nombre: _____ Relación con el niño: _____
Phone #: _____

Consentimiento para el tratamiento:

Acepto permitir que mi hijo reciba atención médica en la Clínica Infantil Eastside. Este consentimiento se aplica a la atención médica de rutina, que incluye, entre otros, exámenes físicos, pruebas de rutina, tratamientos en el consultorio y vacunas estándar. Entiendo que no se realizarán intervenciones o tratamientos sin antes hablar con un parent / tutor.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Programación de citas:

Las visitas de rutina y los controles de medicamentos deben programarse como mínimo dos semanas por adelantado. Las visitas por problemas / enfermedades siempre se programan el mismo día. Las llamadas recibidas antes de las 11:30 am se programaran en la mañana.

Las llamadas recibidas después de las 11:30 am se programaran en la tarde. Indique su proveedor preferido cuando solicite una cita. Solicitamos un aviso de cancelación de 24 horas para visitas de bienestar y controles de medicamentos.

Firma del parent: _____ Fecha: _____

SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del médico o consultorio

Dirección

Número de teléfono y número de fax

Solicito que los registros completos de mi hijo o la información específica que se enumeran a continuación se divulguen a:

Eastside Children's Clinic

311 N. Allen Drive

Allen, TX. 75013

Teléfono: 972-372-0444

Fax: 1-833-427-1174

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Firma y fecha del padre

Todos los registros médicos

Solo registro de vacunación

Exclusiones: _____

Motivo de la solicitud Al firmar este formulario, lo autorizó a divulgar información confidencial de salud sobre mí o mi hijo. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en las acciones tomadas antes de que la instalación reciba la revocación. Si el solicitante o el receptor no es un plan de atención médica o un proveedor de atención médica, es posible que la información cedida ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad o que se vuelva a divulgar. He leído y autorizo la divulgación de la información de salud protegida como se indica. Es posible que reciba una copia de este formulario después de haberlo firmado.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Autorización para cargar la tarjeta de crédito en el archivo y / o el formulario de pago personal Autorización para cargar la tarjeta de crédito:

Autorización para cargar la tarjeta de crédito:

Autorizo a Eastside Childrens Clinic a cargar la tarjeta de crédito en el archivo por cualquier saldo pendiente que sea incurrido para visitas, tratamientos y llamadas de enfermeras fuera del horario de atención. Entiendo que Eastside Childrens Clinic se comunicará conmigo por teléfono para transacciones de más de \$ 100 para mi permiso. Los recibos se enviarán por correo después de cualquier transacción con tarjeta de crédito. La información de la tarjeta de crédito se mantendrá segura y confidencial.

Auto pago:

Los pacientes que **no** tengan seguro se considerarán pacientes de pago personal. Tenga en cuenta que el costo de la visita de pago personal puede no ser el único costo que tenga durante su visita. Si se realizan pruebas y / o inyecciones adicionales, se le cobrará por estas al momento de pagar. Por lo tanto, asegúrese de preguntar primero al personal si se cubren pruebas / vacunas adicionales.

Política financiera:

Co-pagos, co-seguros y pagos deducibles se deben al momento del servicio. Es posible que se deba un saldo adicional después de que se apliquen los pagos de su seguro a su cuenta. Recuerde que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Todos los saldos pendientes de más de 90 días serán entregados a una agencia de cobranza a menos que se hayan hecho arreglos previos con esta oficina. Usted acepta reembolsar nos los honorarios de cualquier agencia de cobranza, que puede basarse en un porcentaje de un máximo del 25% de la deuda, y todos los costos y gastos, incluidos los honorarios razonables de abogados, en los que incurrimos en dichos esfuerzos de cobranza.

Nombre del paciente _____
Nombre del paciente _____
Nombre del paciente _____
Nombre del paciente _____

DOB: ____ / ____ / ____
DOB: ____ / ____ / ____
DOB: ____ / ____ / ____
DOB: ____ / ____ / ____

Entiendo que esta autorización será válida hasta el vencimiento de mi tarjeta de crédito, a menos que cancele esta autorización mediante un aviso por escrito.

Firma del parent: _____ Fecha: _____