

Calle: Cuidad: Esatdo: Codigo Postal:

Nombre del Titular de la Póliza:

Número de identificación de miembro:

Número de grupo

A quién debe dirigirse la correspondencia relativa a facturas? Madre Padre

Aseguranza Secundaria

Nombre de Aseguranza:

Dirección de reclamaciones:

Calle: Cuidad: Esatdo: Codigo Postal:

Nombre del Titular de la Póliza:

Número de identificación de miembro:

Número de grupo

A quién debe dirigirse la correspondencia relativa a facturas? Madre Padre

Autorizo la divulgación a mi compañía de seguros de cualquier información requerida para procesar reclamos. Investigación, revisión de gráficos y control de calidad.

Fecha:

Por la presente asigno el pago directamente a Atlanta Pediatric Partners, P.C. para los beneficios médicos pagaderos por estos servicios. Aunque estoy cubierto por un seguro, entiendo que soy responsable de todos los cargos a menos que esté cubierto por un plan de atención administrada, Medicaid/Peach Care o Compensación al Trabajador.

Como parte responsable del paciente mencionado anteriormente, autorizo a Atlanta Pediatric Partners. ORDENADOR PERSONAL. para brindar el tratamiento necesario en mi ausencia. Autorizo la divulgación de cualquier información personal, demográfica o médica necesaria para brindar atención médica continua y/o de consulta. Fecha

Formulario de historial del paciente

Hogar

Por favor enliste a todos los que viven en el hogar del niño.

Nombre:	Relacion al paciente	Fecha de Nacimiento	Problemas de Salud
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Hay hermanos que no figuran en la lista? Si es así, indique sus nombres y edades en el lugar donde viven

Si la madre y el padre no viven juntos o si el niño no vive con los padres, ¿cuál es el estado de custodia del niño?

Si uno o ambos padres no viven en el hogar, ¿con qué frecuencia ve a los padres fuera del hogar?

Historia de Nacimiento

Peso de nacimiento:

El parto fue: vaginal? ¿Cesárea? Si es cesárea ¿por qué?
 ¿El bebé nació a término? Temprano? Tarde?

¿Tuvo su bebé algún problema inmediatamente después del nacimiento? Si No Y si, por que?

La alimentación inicial fue: Pecho Biberon

¿Tuvo la madre alguna enfermedad o problema con su embarazo? Si No

¿Su bebé se fue a casa con la madre desde el hospital? Si No Y si, por que?

Durante el embarazo, la madre:

Fumo Si No

Bebio Alcohol Si No

Uso drogas o medicamentos SI No

Y si, qué drogas o medicamentos se utilizaron y cuándo:

General

¿Considera que su hijo goza de buena salud? Si No Y si, porque?

¿Tiene su hijo alguna enfermedad o condición médica grave? Si No Y si, porque?

¿Su hijo ha tenido lesiones o accidentes graves? Si No Y si, porque?

¿Su hijo ha sido operado? Si No Y si, porque?

¿Su hijo alguna vez ha sido hospitalizado? Si No Y si, porque?

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? Si No Y si, porque?

Desarrollo

¿Le preocupa el desarrollo físico de su hijo? Si No Y si, porque?

¿Le preocupa el desarrollo mental o emocional de su hijo? Si No Y si, porque?

¿Le preocupa la capacidad de atención de su hijo? Si No Y si, porque?

Si su hijo está en la escuela

¿Cómo es su comportamiento en la escuela?

¿Han reprobado o repetido algún grado en la escuela?

¿Cómo les va en las materias académicas?

¿Están en una clase especial o de recursos?

Historial Familiar

¿Algún miembro de su familia ha tenido lo siguiente?

Sordo/a Si No Quien? Comentarios:

Alergias nasales Si No Quien? Comentarios:

Asma Si No Quien? Comentarios:

Tuberculosis Si No Quien? Comentarios:

Enfermedad cardíaca (antes de los 50 años)
Si No Quien? Comentarios:

Presión arterial alta (antes de los 50 años)
Si No Quien? Comentarios:

Anemia Si No Quien? Comentarios:

Desorden sangrante Si No Quien? Comentarios:

Enfermedad del hígado Si No Quien? Comentarios:

Nefropatía	Si	No	Quien?	Comentarios:
Diabetes (antes de los 50 años)	Si	No	Quien?	Comentarios:
Mojar la cama (después de los 10 años)	Si	No	Quien?	Comentarios:
Epliepsia o convulsiones	Si	No	Quien?	Comentarios:
Abuso de alcohol	Si	No	Quien?	Comentarios:
Abuso de drogas	Si	No	Quien?	Comentarios:
Enfermedad mental	Si	No	Quien?	Comentarios:
Retraso mental	Si	No	Quien?	Comentarios:
Problemas inmunológicos, VIH o SIDA	Si	No	Quien?	Comentarios:

Additional family history:

Antecedentes familiares adicionales:

Historia Pasada

¿Su hijo tiene o ha tenido alguna vez:

Varicela Si No
Y si,, porque? Comentarios:

Infecciones de oído frecuentes	Si	No
Y si,, porque?	Comentarios:	
Problemas con los oídos o la audición	Si	No
Y si,, porque?	Comentarios:	
Problemas con los oídos o la audición	Si	No
Y si,, porque?	Comentarios:	
Problemas con los ojos o la visión	Si	No
Y si,, porque?	Comentarios:	
Asma, bronquitis, bronquiolitis o neumonía	Si	No
Y si,, porque?	Comentarios:	
Cualquier problema cardíaco o soplo cardíaco	Si	No
Y si,, porque?	Comentarios:	
Anemia o un problema de sangrado	Si	No
Y si,, porque?	Comentarios:	
Transfusión de sangre	Si	No
Y si,, porque?	Comentarios:	
Dolor abdominal frecuente	Si	No
Y si,, porque?	Comentarios:	
Estreñimiento que requiere visitas al médico.	Si	No
Y si,, porque?	Comentarios:	
Infección de vejiga o riñón		SiNo
Y si,, porque?	Comentarios:	

Mojar la cama (después de los 5 años) SiNo

Y si,, porque?

Comentarios:

(Para niñas) ¿Ha comenzado con sus períodos menstruales? Si No

Y si,, porque?

Comentarios:

(Para niñas) ¿Tiene problemas con sus períodos? Si No

Y si,, porque?

Comentarios:

Cualquier problema cutáneo crónico o recurrente (acné, eczema, etc) Si No

Y si,, porque?

Comentarios:

Dolores de cabeza frecuentes Si No

Y si,, porque?

Comentarios:

Convulsiones u otros problemas neurológicos. Yes Si No

Y si,, porque?

Comentarios:

Diabetes Si No

Y si,, porque?

Comentarios:

Tiroides u otro problema neurológico Si No

Y si,, porque?

Comentarios:

Cualquier otro problema importante Si No

Y si,, porque?

Comentarios:

Uso de alcohol o drogas. Si No

Y si,, porque?

Comentarios:

Formulario de permiso del paciente

He aceptado permitir que ciertas personas participen en la discusión y las decisiones sobre la atención médica de mi(s) hijo(s). Así como otorgar permiso para que las personas puedan actuar según mi comportamiento en caso de que no esté presente en las citas médicas. Por lo tanto, por la presente doy mi permiso para Atlanta Pediatric Partners, PC divulgará mi información médica personal a las siguientes personas:

Nombre _____

Relacion al Padre _____

Condiciones de divulgación (marque los elementos que correspondan):

La práctica puede divulgar mi información de salud personal a las personas mencionadas anteriormente

La práctica puede divulgar mi información de salud personal a las personas mencionadas anteriormente en conversaciones durante mi presencia y cuando no estoy físicamente presente, incluidas divulgaciones por teléfono, fax, correo electrónico o correo postal.

Otras condiciones de divulgación:

Entiendo que su consentimiento puede ser revocado en cualquier momento mediante notificación por escrito a la práctica.

Firma: _____

Fecha: _____

Reglas de facturación

A continuación se describen las políticas de facturación de PC de Atlanta Pediatric Partners y una lista representativa de elementos con posibles tarifas y cargos. Esta información es para garantizar que esté mejor informado en el momento del servicio y antes de la llegada de un estado de cuenta. Hable con el gerente de la práctica si tiene alguna pregunta sobre esta información.

- **Co-Pagos**

- Nuestra política es cobrar el copago de su seguro al momento del check-in. Esto simplifica el proceso de oficina y garantiza que la obligación financiera se cumpla en el momento del servicio.

- **Co-seguro/deductible**

- Se hace todo lo posible para estimar de manera justa el coseguro o el deducible adeudado según la naturaleza de la visita. Es nuestra política cobrar estos pagos al momento del servicio.

- **Facturación**

- Como cortesía, Atlanta Pediatric Partners factura a su proveedor de seguro médico en su nombre, con las siguientes pautas/excepciones:

- Tarjeta de seguro: Es fundamental que se lleve la tarjeta de seguro más actualizada a cada cita. Debemos tener la información correcta en el momento del servicio. Una tarjeta de seguro es similar a una tarjeta de crédito: la información debe estar actualizada y ser válida para que pueda ser utilizada.
- Seguro secundario: Atlanta Pediatric Partners factura a Tricare y Medicaid de los planes gubernamentales secundarios

- **Visitas combinadas (examen de niño sano y una visita por enfermedad)**

- Si tiene programada una prueba de control de niño sano y se plantean otros problemas de salud que normalmente requerirían una visita por enfermedad, su compañía de seguros puede considerar estas dos visitas separadas y facturar su copago y otros cargos en consecuencia

- **Fuera del horario comercial y recargo por días festivos**

Algunos proveedores de seguros de salud facturan un recargo si usted visita a su pediatra después del horario comercial normal o en un día festivo.

- **Tasas Administrativas**

Los socios pediátricos de Atlanta cobran varias tarifas por los siguientes elementos, que requieren personal y recursos para abordarlos:

- Copias de registros médicos ○ Completar formularios físicos escolares adicionales ○ Solicitud

especial: cumplimentación de formularios físicos de campamento o deportes (gratis durante la visita) ○

- Finalización del papeleo de la FMLA ○ Cheque devuelto (por fondos insuficientes): \$25.00 ○ **Cargo**

por "no presentarse": Se aplica si no se presenta a una cita programada y no recibimos una llamada al menos

24 horas antes de la hora programada: \$ 25.00

- Copias de Registros Médicos
 - Costo de copia por página (1-20) \$0.97
 - Costo de copia por página (21-100+) \$0.83
 - Costo de copia por página (100+) \$0.66

-Cargo máximo de \$30.00 por persona más gastos de envío.

-Cargo máximo de \$75.00 por familia más gastos de envío.

Regla de No Show

Programamos nuestras citas para que cada paciente reciba la cantidad adecuada de tiempo para ser atendido por nuestros médicos y personal. Por eso es muy importante que cumplas con tu cita programada con nosotros y llegues a tiempo.

Como cortesía, y para ayudar a los pacientes a recordar sus citas programadas, Atlanta Pediatric Partners, P.C. envía mensajes de texto, recordatorios por correo electrónico y llamadas de voz a nuestros pacientes antes de su cita programada.

Si su horario cambia y no puede asistir a su cita, comuníquese con nosotros para que podamos reprogramar y acomodar a los pacientes que están esperando una cita. Como cortesía a nuestra oficina, así como a aquellos pacientes que están esperando para programar una cita con el médico, por favor avísenos con al menos 24 horas de anticipación.

Si no cancela o reprograma su cita con una notificación de al menos 24 horas, incurrirá en un cargo por servicio de "No Show" de \$ 25.00 en su cuenta. Este "cargo por no presentarse" no es reembolsable por su compañía de seguros. Se le facturará directamente por ello. Después de tres ausencias consecutivas a su cita, nuestra práctica puede decidir terminar su relación con usted.

Entiendo la política de "No Show" de Atlanta Pediatric Partners, P.C., y entiendo que si no doy un aviso de al menos 24 horas, se le cobrará a mi cuenta \$ 25.00 por cita. Entiendo que debo cancelar o reprogramar con 24 horas de anticipación para evitar un posible cargo por "No Show" en mi cuenta.

Firma : _____

Fecha: _____

Los médicos y el personal de Atlanta Pediatric Partners quieren que sepa cómo protegeremos su información médica privada.

Cuando visite nuestra oficina, es muy importante que se sienta seguro al decirle a su médico información personal que pueda ser necesaria para diagnosticar o tratar completamente un problema. Como profesionales médicos, tenga la seguridad de que nuestra práctica siempre ha tenido políticas y procedimientos estrictos para proteger la confidencialidad de la información que nos ha confiado. Sin embargo, desde el 14 de abril de 2003, entraron en vigor nuevas regulaciones bajo una ley federal llamada Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos ("HIPAA"). Las regulaciones de HIPAA cubren a los médicos y a todos los demás proveedores de atención médica, las compañías de seguros de salud y su personal de procesamiento de reclamos. En general, la HIPAA promulgó para establecer estándares nacionales para:

- Dar a los pacientes más control sobre su información de salud;
- Establecer límites para el uso y la divulgación de los registros de salud;
- Establecer salvaguardas que los médicos, planes de salud y otros proveedores de atención médica deben tener para proteger la privacidad de la información de salud;
- Responsabilizar a los infractores, con sanciones civiles y penales;
- Trate de equilibrar la necesidad de privacidad individual con el requisito de responsabilidad pública que requiere divulgaciones para proteger la salud pública.

Las reglas de HIPAA requieren que nuestro consultorio proporcione a todos nuestros pacientes que atendemos después del 14 de abril de 2003 el Aviso de Prácticas de Privacidad adjunto. El Aviso describe cómo la información médica que recibimos de usted puede ser utilizada o divulgada por nuestra práctica y sus derechos relacionados con su acceso a esta información.

Firme a continuación confirmando que una versión completa de la política está disponible en la sala de espera para su revisión. Usted tiene derecho a una copia personal del Aviso en cualquier momento para revisarlo y guardarlo para sus registros. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas privadas, no dude en ponerse en contacto con nuestro (Gerente de Oficina/Oficial de Privacidad).

Gracias por su ayuda.

Reconozco que una copia de la política de Aviso de Prácticas de Privacidad de Atlanta Pediatric Partners está disponible, si se solicita, y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Política financiera

Gracias por elegir Atlanta Pediatric Partners (APP) para la atención médica de su hijo. APP se compromete a mantener su seguro y otros acuerdos financieros realizados con nosotros lo más simples posible. Para ayudar a cumplir con este objetivo, lea y siga las pautas a continuación.

Para pacientes con seguro: APP es un proveedor de servicios médicos. No somos parte del contrato celebrado entre usted y su empleador y/o su compañía de seguros. Por lo tanto, le recomendamos que se comunique personalmente con su compañía de seguros para mantenerse informado de sus beneficios. Por favor, traiga su tarjeta de seguro a cada visita.

Si APP no es un proveedor participante que figura en su plan de seguro, entonces el pago total vence hoy. (Consulte la Política de descuento de pago por cuenta propia de APP). Dado que los planes de seguro no pueden garantizar toda la elegibilidad o los beneficios, APP no garantiza los beneficios de elegibilidad. En aquellas situaciones en las que los servicios que proporciona la APP no estén cubiertos por su compañía de seguros, usted será responsable de todos y cada uno de los servicios por encima de los límites de su seguro, así como de todos los servicios médicos no cubiertos.

Copagos o coaseguros: especificados por su compañía de seguros se espera en el momento en que se prestan los servicios. Los saldos vencidos deben liquidarse antes de ser vistos por el médico. El efectivo, los cheques, los giros postales, las tarjetas de crédito/débito son formas de pago aceptables. Instamed es una opción segura y conveniente para que los pacientes administren sus pagos de atención médica.

La parte responsable, las personas nombradas en el formulario de permiso (ya sean solteros, divorciados o separados legalmente, amigos o familiares) que acompañan al niño en el momento de su visita médica es la persona responsable de hacer el copago y el pago de los saldos vencidos, independientemente de quién proporcione la cobertura del seguro.

Las facturas y la correspondencia relacionada con las facturas se envían a la parte responsable nombrada en la tarjeta de seguro. Notifique a la oficina de facturación de APP al (404) 699-1339, con anticipación, si alguien que no sea esta persona debe recibir copias de facturas / correspondencia. APP procesará y presentará sus reclamos de seguro por los servicios médicos prestados en nuestra clínica sin costo alguno para usted. Cualquier reclamación pendiente que no haya sido pagada por su compañía de seguros dentro de los 60 días posteriores a la facturación será adeudada por la parte responsable del paciente.

Para pacientes sin seguro:

Cualquier saldo de más de 90 días de antigüedad se considera moroso y se entregará a una agencia de cobro externa. En caso de que su cuenta se entregue a cobranza, se le facturará y será responsable de pagar el saldo, más un cargo por servicio de \$30. Una vez que una cuenta ha sido entregada a cobro, su cuenta debe ser pagada en su totalidad antes de que se presten servicios futuros.

Los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de manejo de \$30.00.

Si tiene alguna pregunta sobre la política financiera de APP, consulte con nuestra oficina comercial, (404) 6991339. Gracias. He leído, entiendo y acepto mis responsabilidades financieras en virtud de esta política.

Firma de los padres: _____

Fecha: _____

Por la presente lo autorizo a usar o divulgar la información específica que se describe a continuación, solo para el propósito y las partes que también se describen a continuación

Persona o entidad que solicita la información y está autorizada para hacer el uso o divulgación solicitados: **Atlanta Pediatric Partners, P.C. 4579 S. Cobb Dr SE, Suite 300, Smyrna GA 30080**

Continuación de la atención médica

Esta autorización permanecerá en vigor a partir de la fecha firmada a continuación y hasta 90 días después. Lo entiendo:

- Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida para ser usada o divulgada
- Puedo revocar esta autorización por escrito poniéndome en contacto con su oficina en la dirección arriba indicada, a la atención del Oficial de Privacidad
- La información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por la HIPAA
- Puedo negarme a firmar esta autorización y que usted no condicionará el tratamiento o el pago a que yo proporcione esta autorización (excepto en la medida en que la autorización sea para el tratamiento relacionado con la investigación)
- Si se marca esta línea, entiendo que recibirá una compensación de un tercero por el uso o divulgación de mi información.

Firma de los padres: _____

Fecha: _____