



FECHA: _____

FORMULARIO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento : _____ M / F

Número de celular del paciente (16 años y ↑): _____

Raza: ___ Asiático ___ Negro/Afroamericano ___ Blanco ___ Otro: (Especifique) _____

Etnia: ___ Hispano ___ No hispano ___ Centroamericano ___ Latinoamericano ___ Sudamericano

___ Cubana ___ Dominicana ___ Puertorriqueña ___ Otro: (Especifique)) _____

Idioma: ___ Inglés ___ Español ___ Otro: (Especifique)) _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el paciente:

PADRE / TUTOR LEGAL #1 - * VIVIR EN EL MISMO HOGAR QUE LOS PACIENTES Y CONTACTO PRINCIPAL PARA RECORDATORIOS DE CITA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Número de teléfono principal: _____ Otro _____ Celular CasaNúmero de teléfono alternativo: _____ Otro _____ Celular Casa

Ocupación: _____ Empleador: _____

Correo electrónico: _____

 Acepto recibir notificaciones por correo electrónico y mensajes de texto de The Pediatric Care Ctr**PADRE / TUTOR LEGAL #2**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Número de teléfono principal: _____ Otro _____ Celular CasaNúmero de teléfono alternativo: _____ Otro _____ Celular Casa

Ocupación: _____ Empleador: _____

Correo electrónico: _____

 Acepto recibir notificaciones por correo electrónico y mensajes de texto de The Pediatric Care Ctr**PADRES/TUTORES LEGALES (marque con un círculo): Casados que viven juntos Solteros Viudos Separados Divorciados**

Si está divorciado o separado, quién es el padre con custodia? _____

TENGA EN CUENTA: SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN LEGAL PARA CUALQUIER ARREGLO DE CUSTODIA.

SEGURO PRIMARIO: Dirección de facturación y parte responsable de los problemas de facturación: Padre/Tutor #1 Padre/Tutor #2

Nombre del plan: _____ N.º de identificación: _____ Fecha de vigencia: _____

Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO (si corresponde):

Nombre del plan: _____ N.º de identificación: _____ Fecha de vigencia: _____

Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

**FARMACIA:**

Farmacia: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

ESCUELA:

EScuela: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

FACTURACIÓN:

El Centro de atención pediátrica presentará reclamaciones médicas a la compañía de seguros basándose en la información que he proporcionado. Entiendo que soy responsable de actualizar la información del seguro cada vez que se presten servicios. Si esta información del seguro no es correcta, entiendo que seré responsable de cualquier cargo. El pago por cuenta propia y cualquier copago DEBEN PAGARSE AL REGISTRARSE PARA CUALQUIER CITA. Además, entiendo que The Pediatric Care Center cuenta con políticas de privacidad y políticas financieras vigentes. Se me ha ofrecido la oportunidad de leer y recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad y política financiera de The Pediatric Care Center.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____



CONCIENCIA DEL PACIENTE SOBRE HIPAA

Entiendo que, según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos a CONCIENCIA DEL PACIENTE SOBRE HIPAA

Con mi permiso, el Centro de Atención Pediátrica puede usar o divulgar mi Información de Salud Protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo Tratamiento, Pago y Operación de Atención Médica (TPO).

Tengo derecho a revisar el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (a continuación) antes de firmar este consentimiento. Puedo obtener una copia (previa solicitud) del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. El Centro de Atención Pediátrica tiene derecho a revisar su AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD en cualquier momento. Se puede obtener un AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD revisado previa solicitud.

Con mi permiso, la oficina y el personal de The Pediatric Care Center o Athena pueden llamar a mi casa u otras ubicaciones y contactos designados que figuran en el historial del paciente y dejar un mensaje en mi correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica en atender TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi permiso, la oficina y el personal de The Pediatric Care Center o Athena pueden enviar correos electrónicos o mensajes de texto a mi casa u otras ubicaciones y contactos designados que figuran en el historial del paciente y dejar un mensaje en mi correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude al práctica en el cuidado de TPO, como recordatorios de citas y declaraciones de pacientes. Tengo derecho a solicitar que el Centro de atención pediátrica restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI para llevar a cabo la TPO. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hace, está sujeta a este acuerdo.

Al firmar este acuerdo, permito que The Pediatric Care Center use y divulgue mi PHI o la de mi(s) hijo(s) para TPO.

Puedo revocar mi consentimiento (por escrito) excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones basándose en mi consentimiento previo.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que, según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos a

Entiendo que, según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996

("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Por la presente reconozco que The Pediatric Care Center me ha permitido revisar y se ha ofrecido a proporcionarme una copia de su Aviso de prácticas de privacidad. Este documento describe cómo se puede utilizar y divulgar mi información médica o la de mi(s) hijo(s). También describe cómo puedo acceder a esta información y la divulgación de información.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____

Nombre del tutor legal: _____ Fecha: _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Intenté obtener la firma del paciente como reconocimiento en este Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad, pero no pude hacerlo.

Fecha:	Nombre de empleado:	____ El paciente se negó a firmar este reconocimiento escrito. Por favor especifica:
--------	---------------------	---