

INFORMACION DEL PACIENTE

Informacion Del Paciente

Apellido _____ Nombre _____

Nino or Nina Fecha de Nacimiento ____/____/____ Seguro Social _____

Direccion _____

Ciudad/Estado/Codigo Postal _____

Tel de Casa # _____ Cell # _____

Si le aplica a un ADULTO:

Empleador _____ Ocupacion _____

Direccion _____ Numero del Trabajo _____

Si el paciente es menor de edad llene lo siguiente:

Nombre de Mama _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Seguro Social _____

Tel de Casa # _____ Numero del Trabajo _____

Empleador _____ Ocupacion _____

Nombre de Papa _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Seguro Social _____

Tel de Casa # _____ Numero del Trabajo _____

Empleador _____ Ocupacion _____

Autorizacion Para Obtener Tratamiento Medico

Adultos adicionales mayores de 18 anos de edad que esten autorizados para obtener asistencia medica para el paciente. (Si no quiere poner a nadie no llene esta parte.) *Porfavor tenga encuenta que si ayi algun copago se tendra que pagar al momento de la cita con la persona que usted autorizo para traer al paciente.

Nombre Completo del Adulto:	Relacion:	Numero del Telefono:	Vive Con Usted?
_____	_____	_____	Si / No
_____	_____	_____	Si / No
_____	_____	_____	Si / No

Informacion de Aseguranza

Nombre Bajo Azeguranza Primaria _____

Relacion del Paciente _____

Nombre de la Azeguranza _____

Fecha de Efectividad de la Polica ____/____/____

Numero de Identificacion _____

Informacion de Aseguranza Secundaria

Nombre Bajo Azeguranza Secundaria _____

Relacion del Paciente _____

Nombre de la Azeguranza _____

Fecha de Efectividad de la Polica ____/____/____

Numero de Identificacion _____

*Nombre De Pediatra o Medico Primario _____

Yo autorizo la entrega de informacion de mi hijo/a hacia mi aseguranza por cualquier necesidad. Yo asigno beneficios a ser pagados a Children's Lung Specialists. Comprendo que soy responsable por cualquier tipo de cargo por servicios medicos que involucren al paciente ya sea cubierto o no por la aseguranza. Estoy de acuerdo con que pagare cualquier cargo que sea llevado al departamento de colecciones en caso que se acumule el balance en mi cuenta.

Firma De Paciente o Padre/Tutor _____ Fecha _____

*If you would like to receive billing statements via e-mail, please leave your e-mail address below:

E-mail _____

CHILDREN'S LUNG SPECIALISTS, LTD.

A Professional Medical Corporation



CONOCIMIENTO Y AUTORIZACION

Formas necesarias seran llenadas y firmadas por el paciente para poder cobrar cualquier cargo a su aseguranza. Es importante que se entienda que cualquier cargo es responsabilidad del paciente ya sea cubierto por la aseguranza o no. Es responsabilidad del cliente pagar por los servicios al momento que se le sean dados, al menos de que hubiera algun tipo de arreglo anticipado. Todos los copagos se pagan a la hora de su cita.

Children's Lung Specialists, Ltd., le preocupa la salud de los ninos enfermos. Si por alguna razon no puede asistir a su cita, porfavor tenga la cortesia de llamarnos para cancelar; ya que puede haber algun otro paciente enfermo que pudiera utilizar su espacio vacante.

Usted entiende que tendra un cargo de \$50.00 si no se cancela con 24 horas de anticipacion de la hora actual de su cita.

Si por alguna razon la aseguranza no se hace responsable por este dinero, usted sera responsable por el, al igual que por cualquier resultado que ocurra debido a esta situacion, ya sea que este caso fuera llevado al departamento al Colecciones mas un posible interes de dos porciento.

La siguiente firma autoriza la entrega de cualquier posible informacion medica para procesar esta informacion a la aseguranza y yo autorizo que mi aseguranza utilice de mis beneficios para pagarle a Children's Lung Specialists, Ltd.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma de Paciente o de Padre/Tutor (si es menor)

Fecha

Nuevo consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información de salud para el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la Salud

Yo, _____, entiendo que como médico de mi hijo/hija, Children's Lung Specialists mantiene registros en papel/electrónicos describiendo historia médica de mi hijo/hija, síntomas, examen y los resultados de las pruebas, los diagnósticos, el tratamiento, y los planes para el cuidado futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Planificación de base para la atención y tratamiento de mi hijo/hija.
- Medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a cuidado de mi hijo/hija.
- Fuente de información para aplicar los diagnósticos de mi hijo.
- Un medio por el cual una tercera parte pagadora puede verificar que los servicios se facturan.
- Una herramienta para operaciones de rutina para el cuidado de la salud, tales como evaluación de la calidad y revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Yo entiendo y se les ha proporcionado un Aviso/Folleto de las Políticas de Privacidad que ofrece una descripción más completa de la información y divulgación de la información. También tengo entendido que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a la notificación antes de firmar este consentimiento.
- El derecho de oponerse al uso de mi información de salud para la guía de teléfonos.
- Y el derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser usado en el caso de conocer para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud.

Tengo entendido que Children's Lung Specialists no necesita estar de acuerdo a las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en que la organización ya ha tomado medidas al respecto. Tengo entendido también que al negarse a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratar a mi hijo/hija como permitido por la Sección 164.506 del Código de Reglamentos Federales.

Yo entiendo que Children's Lung Specialists se reserva el derecho de modificar su anuncio y prácticas antes de la aplicación, de conformidad con la Sección 164.520 del Código de Reglamentos Federales. Children's Lung Specialists debería cambiar su anuncio, se le enviará una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado (o si estoy de acuerdo, correo electrónico).

Usted tiene las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud:

Entiendo que, como parte de esta organización de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, es posible que sea necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento a la revelación de estos permite utilizar, entre ellos, la divulgación vía fax.

Entiendo plenamente y aceptar los términos de este acuerdo.

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Firma de Paciente o de Padre/Tutor (si es menor)

Fecha