



Smyrna Pediatrics, PLLC

Chart # _____

Actualization Anual del Paciente

*****Negativa a Vacunar***** No aceptamos familias que no vacunen. Por favor, vuelva a la recepción para cancelar esta cita.

Nombre del Paciente: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Genero: Femenino/Masculino
 Número de Teléfono: _____
 Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____
 Correo Electrónico del Padre/Madre: _____ (Esta Información solo va hacer usada por Smyrna Pediatrics)

Información Del Seguro Medico Primario Por favor circule la **COBERTURA PRIMARIA** y permitanos hacer copias de toda la informacion de su aseguranza.

Seguro Comercial/Por medio del Empleador (BCBS, Cigna, Aetna, UHC, etc) Otro: _____
 Insured's Name: _____ Empleador: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____ Relacion al paciente!: _____
 TNCare – Tipo: Bluecare UHC Community Plan Amerigroup TNCare Select
 Sin Seguro Medico(Se espera el pago en el momento en que se prestan los servicios. SOLAMENTE TARJETA DE CREDITO/DEBITO OR DINERO EN EFECTIVO!)

Información Del Seguro Medico Secundario Por favor circule una para **COBERTURA SECUNDARIA**

Seguro Comercial/Por medio del Empleador BCBS Cigna Aetna UHC Otro: _____
 TNCare – Tipo: Bluecare UHC Community Plan Amerigroup TNCare Select

Información del Padre / Tutor

Nombre de la Madre/Tutor#1: _____ Numero de Teléfono: (____) ____ - _____
 Numero de Seguro Social (SSN): _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Nombre de la Padre/Tutor #2: _____ Numero de Teléfono: (____) ____ - _____
 Numero de Seguro Social (SSN): _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Número(s) de teléfono alternativo: _____

Contacto de Emergencia

En caso de que no podemos contactarlo a los números enlistados, en liste a alguien que no vive con usted que podemos contactar?
 Nombre: _____ Relación al Paciente: _____ Número de Teléfono: _____

Esta firma autoriza a Smyrna Pediatrics, PLLC y a cualquiera/todos sus proveedores médicos a tratar a su hijo y presentar reclamos apropiados a su seguro y/o Medicaid. También solicita que el pago de tales reclamaciones se haga directamente a Smyrna Pediatrics, PLLC y/o al proveedor de servicio. Si su cuenta es referida a una agencia de cobro externa, usted será responsable de una tarifa de cobro del 30%.

Si en cualquier momento, proporciono un número de teléfono móvil y/o mi dirección de correo electrónico en la que puedo ser contactado, doy mi consentimiento para recibir llamadas o mensajes de texto, incluyendo pero no limitado a las comunicaciones relacionadas con la facturación, y el pago de artículos y servicios, a menos que notifique a la oficina / entidad lo contrario por escrito. En esta sección, las llamadas y mensajes de texto incluyen pero no se limitan a mensajes pregrabados, mensajes de voz artificiales, dispositivos de marcación telefónica automática u otra tecnología asistida por computadora o por correo electrónico, mensajes de texto o por cualquier otra forma de comunicación electrónica de la oficina, afiliados, contratistas, administradores, proveedores clínicos, abogados o sus agentes, incluidas las agencias de cobro.

X Firma _____ Fecha _____



Smyrna Pediatrics, PLLC

Chart # _____

RECONOCIMIENTO DE LA PRIVACIDAD DE LA PRÁCTICA:

He revisado el **Aviso de Prácticas de Privacidad** de Los Pediátricos de Smyrna, PLLC, detallando cómo la información de mi niño puede utilizarse y divulgarse según lo permita la legislación federal y estatal. Entiendo el contenido del Anuncio y solicito que las siguientes restricciones del uso de mi información médica personal de niños. Este paquete tiene una copia de estas prácticas.

NO QUIERO una copia de la privacidad de la práctica

Iniciales _____

QUIERO una copia de la privacidad de la práctica

Iniciales _____

COMPARTIR EL RESUMEN DE VACUNAS:

Nuestro sistema de registros médicos electrónicos (EMR) puede compartir automáticamente las vacunas de su hijo con el estado de Tennessee a través de la base de datos de Exchange TennIS. TennIS es una base de datos por la que el estado de Tennessee mantiene un registro de las vacunas de su hijo(a). Este registro de las vacunas estará disponible para cualquier proveedor participante. También ayudará a mantener el registro de las vacunas actualizado de su hijo(a).

NO QUIERO que las vacunas de mi hijo(a) sea compartidas en esta base de datos.

Iniciales _____

DOY MI CONSENTIMIENTO para disponer de la información de las vacunas en el Registro del Estado

Iniciales _____

RESTRICCIONES: Por favor de en liste restricciones con respecto a los mensajes, llamadas de recordatorio, o acceso a la información con respecto a este paciente. Esto puede incluir a otros miembros de la familia o gente que no debemos dar información sobre el paciente:

APROBACIONES: Por favor en liste otras personas y/o familiares que están autorizados a consultar al médico, recoger las recetas o puedan recibir información de su hijo(a) en Los Pediátricos de Smyrna:

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Información sobre Seguros Medicos y Facturación

1. Es su responsabilidad entender sus beneficios de seguro. Si no está seguro de la cobertura de un servicio o tratamiento, debe comunicarse con su compañía de seguros. No proporcionamos información sobre el co- pago, co-seguro o deducibles. Si su tarjeta de seguro indica que tiene un co - pago, se solicita que la cantidad de el momento sea entregada al registrarse, si hay monto adicional recibirá una factura de nosotros.
2. Su co-pago o co-seguro se requiere al registro de entrada, aceptamos efectivo, Visa , Mastercard . También usted es responsable del pago de su deducible.
3. Las cuentas morosas pueden ser colocados con una agencia de colección exterior o sometidos a un tribunal de menor cuantía. Si su saldo no pagado se remitió a una agencia externa, el coste de recogida del 30% se añadirá a su saldo a pagar. Si se hace necesario proceder a una acción legal el 40% de su saldo a pagar será añadido a su total.
4. Aceptamos muchos planes de seguro. Esto significa que vamos a presentar su reclamo para usted. Este servicio se ofrece como una cortesía a usted porque valoramos que el patrocinio, Usted es responsable de los cargos no pagados por su compañía (s) de seguro, lo que incluye denegado debido a la falta de información por parte del abonado. Si por alguna razón no recibimos el pago anticipado de su compañía de seguros, debe entender que usted es responsable de los honorarios de tratamiento. Hay una cuota de \$ 30.00 por cheques devueltos.
5. Estaremos encantados de presentar cargos de cualquier plan secundarias o suplemento que pueda tener, sin embargo, si el pago no se recibe desde que la firma de un plazo de 60 días, se emitirá una factura a usted para el pago completo. . si aceptamos su plan de seguro, se espera que el pago cuando se prestan los servicios. Se le dará una factura en el momento de la salida, la cual puede presentar con su compañía de seguros para el reembolso.
6. Todos los pacientes asegurados deben presentar su tarjeta de identificación del seguro en el momento del registro de entrada. Si no tiene su tarjeta de identificación del seguro, se le pedirá que pagar por la consulta.
7. Es su responsabilidad de proporcionar información precisa sobre el seguro a esta oficina. Si no somos capaces de facturar a su compañía de seguros, ya que no hemos recibido su información de seguro de una manera oportuna, usted es responsable de los cargos
8. Algunas muestras se envían a un laboratorio externo para su análisis. cargos de laboratorio adicionales se incurrirá para esta prueba. Si su plan requiere que acudir a un especialista, debe obtener este formulario de referencia de su médico de atención primaria. Tenemos que ver con usted antes de cita con el especialista antes de que pueda hacerse una referencia.
9. Los honorarios que cobramos por las visitas al consultorio, / laboratorios y servicios relacionados con la patología son establecidos por Medicare y seguidos de cerca por las compañías de seguros. Nosotros no fijamos nuestros propios honorarios y hay que operar nuestro negocio dentro de los confines de este programa de honorarios truido.
10. Cualquier pregunta relacionada con su cuenta deberán dirigirse al Departamento de Facturación

Al firmar mi nombre a continuación, certifico que he leído la información anterior. se han abordado alguna pregunta relacionada con estas políticas. Mi firma también certifica mi entendimiento y acuerdo con las políticas anteriores. Entiendo que soy responsable de todos los gastos no pagados por la compañía de seguros. Una fotocopia de este documento es válida como el original. Puede recibir una copia de este documento a petición.

Firma del Padre o Tutor _____

Fecha _____



Tenga en cuenta algunas de nuestras Políticas de la Oficina con respecto a los temas más discutidos en la práctica:

Rehuso a Vacunar:

iniciales: _____

Efectivamente , Primero de Enero 2018, ya no aceptamos a las familias que eligen no vacunar. Si rechaza las vacunas para cualquier niño(s) de su familia, regrese a la recepción para determinar los próximos pasos por favor.

Responsabilidades financieras:

iniciales: _____

Una vez que se le haya informado de una deuda en la cuenta de su hijo/familia, y no se haya pagado, nos **reservamos el derecho de posponer los cheques físicos de los niños hasta que el saldo sea:**

1. Pago en total
2. Los arreglos de pago se acuerdan por escrito y se realizan pagos consistentes.
3. En el caso de que un saldo no se haya **pagado durante más de 4 meses sin que se realicen pagos consistentes**- toda la cuenta puede remitirse a una empresa de cobranza externa y se agregará una tarifa de 30% al saldo. También esto resulta en la terminación de la relación médica del paciente.
4. En caso de que **UN PADRE SIN CUSTODIA** tenga responsabilidad financiera de la atención médica:
 - Los Copagos aún se deben pagar al momento del servicio. Por favor preparará para cumplir esta responsabilidad.
 - Cualquier saldo pendiente seguirá los mismos riegos que se detallan arriba.
 - No le enviaremos una factura al padre que no tiene la custodia por ningún monto sin su consentimiento por escrito.

Llegar tarde:

iniciales: _____

A partir del **1er de Abril del 2020** no se permitirá llegar tarde a su cita programada, se le puede pedir que re programe o hagan otra cita. Si esto sucede, se le dará la próxima cita disponible que puede no ser hasta el siguiente día. Si se da cuenta que llegará tarde, llame con anticipación para ver si es necesario hacer otra cita.

Si no llega a su cita:

iniciales: _____

Entendemos que a veces surgen circunstancias que están fuera de su control y es posible que no cumpla con una cita programada. Cuando esto sucede, **POR FAVOR LLAME** a la oficina para reprogramar **LO ANTES POSIBLE**. Cuando no llama para cancelar o reprogramar su cita, ese tiempo se desperdicia y podría haber sido utilizado por otro paciente.

*****Después de no presentarse a sus citas 3 veces o más, ustedes pueden ser despedido de la práctica O pagaran una cuota de \$25 por cada cita a la que falto.**

Las horas de la oficina:

iniciales: _____

*Cerramos para el almuerzo todos los días entre el mediodía y a la 1 en la tarde. No contestamos los teléfonos durante esta hora.

*En caso de mal tiempo, nos vemos obligados a cerrar la oficina sin previo aviso. Se le notificará por teléfono al número que tenemos registrado. Por favor actualice su información a medida que cambia.

**Estas políticas pueden actualizarse sin previo aviso. Los cambios a este documento se harán tan pronto como sea posible.