

Chart#: _____



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

Nombre del Paciente: _____ Género: Femenino/Masculino
 Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Número de Teléfono: _____
 Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____ Correo
 Electrónico del Padre/Madre: _____ (Esta Información solo va hacer usada por Smyrna Pediatrics)
 Primer Idioma: _____ Segundo Idioma: _____
 La Etnicidad: Hispano/Latino(a) No Hispano/Latino(a) Raza: Indio Americano(a) Asiático(a) Afroamericano(a)
 Hawaiano Caucásico(a) Otra Raza: _____

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:
 Nombre del Asegurado: _____ ID# _____
 Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____ Relación 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)

NO ACEPTAMOS CHEQUES! 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: _____

Nombre del Asegurado: _____ ID# _____

Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____ Relación al paciente: _____

TNCare – Tipo: Bluecare UHC Community Plan Amerigroup TNCare Select

Información del Padre / Tutor

****Ambos padres biológicos tienen el derecho a la información acerca de un hijo biológico a menos que legalmente está documentado lo contrario. Si esta documentación existe, por favor, nos permiten hacer una copia para nuestros archivos.**

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: _____

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%.

X Firma _____ Fecha _____



Autorización de Contacto Y Historia Social/Familiar

CONTACTO:

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.

Firma _____ Fecha _____

Por favor marque el método que prefiere ser contactado para la siguiente información. Por favor marque sólo una por categoría.

Problemas Médicos, Recordatorios y Aviso General:

Teléfono de Casa Teléfono de Trabajo Teléfono Celular Coreo Electronico(Email): _____

Las llamadas telefónicas de retorno (para la enfermera o médico que le devuelva la llamada):

Teléfono de Casa Teléfono de Trabajo Teléfono Celular Coreo Electronico(Email): _____

Estados de Cuenta-El Estado de Cuenta se enviará a la dirección que tenemos en su cuenta. Si aconseja lo contrario, por favor indique donde deben enviarse el estado de cuenta: Enviar el estado de cuenta a la dirección del paciente

Enviar estado de cuenta a _____ Relación al paciente: _____

SOCIAL:

****La información en las páginas siguientes proporcionará informacion historial, social, personal y familiar para la evaluación y el tratamiento de su hijo. Es recomendado por la Academia Americana de Pediatría. Se revisará por el proveedor con los padres / paciente. Por favor llene la información completamente.*

Lugar de Nacimiento del Paciente (hospital y ciudad): _____ Estado: _____

Ocupación de Padres/Tutores: Tutor 1: _____ Tutor 2: _____

Por favor en liste todas las personas que viven en el hogar:

NOMBRE	EDAD	RELACIÓN AL PACIENTE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor indique si los padres de niños están: Casados No Casados Seperados Divorciados

*La violencia es una preocupación en el hogar? SI NO *Hay armas en el hogar? SI NO

*Hay mascotas en el hogar? SI NO *Hay fumadores en el hogar? SI NO

Historia de la Familia: Favor de marcar cualquier historia familiar y indique que tiene o a tenido una condición.

M- Madre F- Padre PGM-Madre del Padre PGF- Padre del Padre MGM- Madre de la Madre MGF- Padre de la Madre

___ Abuso del Alcohol _____ ___ Enfermedad de la Tiroides _____ ___ Trastornos de la Piel _____

___ Abuso de Drogas _____ ___ Problemas de Sangrado _____ ___ Cancer (tipo) _____

___ Trastornos Psiquiátricos _____ ___ Enfermedades Hereditaria _____ ___ Precisión Alta _____

Chart#: _____



___ Convulsiones _____
 ___ Enfermedad de Riñones _____

___ Cardiopatía _____
 ___ Ataque antes del 50 _____

___ Asma _____

Historia de la Salud Pediátrica

Historia de la Salud Pediátrica

Médico o Proveedor anterior del niño: _____ Número de teléfono: _____

Medicamentos actuales: _____

Lista de cualquier alergia o reacciones a medicamentos o vacunas:

Información del Embarazo y Nacimiento

Es el niño el suyo por: Nacimiento Adopción Padre de Crianza Hijastro(a) Tutor Legal (DEBE proporcionar documentación LEGAL)
 Por favor indique cualquier complicaciones durante el embarazo: Ninguno

Tipo De Parto: Parto Vaginal Cesarea , explique por que: _____
 Peso de Nacimiento: _____ LB _____ OZ Longitud de Nacimiento: _____ Inches Puntaje de Apgar: 1 minuto _____ 5 minutos _____
 Paso la Prueba de Audición: SI NO
 Recibió la vacuna de la Hepatitis B al Nacer? SI NO
 Por favor explique cualquier problema médico durante la estancia hospitalaria del recién nacido de su bebé.
 Ninguno
 Prematuro (semanas de gestación): _____
 Otro Problemas: _____

Historial Medico

Por favor describa cualquier problema de salud más importantes y sus fechas:

 Hospitalización / operaciones (con fechas): _____

 Lesiones Graves o Accidentes : _____

OTRAS AUTORIZACIONES, RECONOCIMIENTOS, AUTORIZACIONES Y RESTRICCIONES

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 TennIIS. TennIIS 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 _____

RECONOCIMIENTO DE LA PRIVACIDAD DE LA PRÁCTICA:

He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de Los Pediatras 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 _____

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 Pediatras de Smyrna:

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

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. Hay una cuota de \$ 30.00 por cheques devueltos.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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 pague por la consulta. 10. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Nosotros no fijamos nuestros propios honorarios y hay que operar nuestro negocio dentro de los confines de este programa de honorarios truido.
13. 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.

X 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.

Chart#: _____



SMYRNA PEDIATRICS, PLLC
 741 Presidents Place Ste 210
 Smyrna TN 37167
 Phone: (615) 625-7780
 Fax: (615) 625-7781

Patient Name (Nombre del Paciente): _____ DOB (Fecha de Nacimiento): _____

I hereby authorize any physician or person who has attended and examined my child to release for purpose of treatment **his/her entire medical records** (pursuant to states and federal law), without limitation. (Por la presente autorizo a cualquier médico o persona que ha atendido y examinado a mi hijo para liberar a propósito del tratamiento de **su / sus historias clínicas completas** (de conformidad con los estados y las leyes federales), incluyendo sin limitación:)

Smyrna Pediatrics is requesting records from (Los Pediatría de Smyrna está solicitando registros de):

Facility and/or Medical Providers Name (Nombre de proveedor/ del centro): _____

Fax Number (Número de fax): _____ Phone Number(Número de teléfono): _____

- I understand that information on my health record may include information relating to sexually transmitted diseases. Acquired Immunodeficiency Syndrome(AIDS), Human Immunodeficiency Virus(HIV), and other communicable disease, behavioral health care and treatment related drug or alcohol use; my signature authorizes the release of such information. ***Entiendo que la información sobre mi expediente de salud puede incluir información relativa a enfermedades de transmisión sexual. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades transmisibles, atención de salud conductual y drogas relacionados con tratamiento o consumo de alcohol; mi firma autoriza la entrega de tal información.
- This authorization expires in 90 days from the date specified, unless I revoke this authorization earlier. I understand that I may revoke this authorization at any time, except to the extent that actions based on this authorization has already been taken. Our Notice of Privacy Practices explains the process of revocation, which includes a request in writing. ***Esta autorización expira en 90 días a partir de la fecha especificada, a menos que suspenda esta autorización antes. Entiendo que puedo suspender esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se ha tomado acciones en esta autorización. Nuestro aviso de privacidad explica el proceso de suspender, que incluye una solicitud por escrito.
- I understand that I may refuse to sign this authorization and my refusal will affect the ability to obtain treatment, payment of claims, and/ or eligibility for benefits. ***Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y esto afecta la habilidad para obtener tratamiento, pago de reclamos o elegibilidad para beneficios.
- I understand that if any of the information to be release relates to the treatment of alcohol or drug abuse, there are special requirements for my consent to release as found in Federal Confidentiality Rules (42 CFR Part 2) which prohibits the further release of that information without my consent, as referenced to the Federal Regulations or otherwise permitted by law. ***Entiendo que si alguna de la información que este relacionado con el tratamiento de abuso de alcohol o drogas, tienen requisitos especiales para mi consentimiento en las reglas de confidencialidad Federal (42 CFR Part 2) que prohíbe la liberación de esta información sin mi consentimiento, como se hace referencia a la normativa Federal o cualquier otra manera permitida por la ley.
- I understand that the provider releasing the PHI/ medical records to Smyrna Pediatrics, PLLC cannot control how the recipient uses or shares the information, and the laws protecting its confidentiality at releasing provider may or may not protect this information once it has been disclosed to the recipient. ***Entiendo que la liberación de la PHI / registros médicos del proveedor de los Pediatría de Smyrna, PLLC no pueden controlar cómo el destinatario utiliza o comparte la información, y las leyes de protección de su confidencialidad de los servicios pueden o no pueden proteger esta información una vez que ha sido revelada al destinatario.

(Escriba el nombre del padre / tutor): _____

X Signature(Firma): _____ Date(Fecha): _____

Registro de este paciente es dado con el único propósito revelado anteriormente. Toda liberación futher de la información , revisión , difusión , distribución o copia de esta información está estrictamente prohibida . Si ha recibido este mensaje por error, por favor notifique inmediatamente por teléfono al (615) 625-7780