

Médico de cabecera en Pediatric Associates _____

Nombre del paciente	Apodo	Fecha de nacimiento	Sexo
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Número Celular	Número de Trabajo	Número de Casa	
Correo Electrónico	Ocupación/Estudiante	Empleador/Escuela	
Mejor número de contacto: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular (<input type="checkbox"/> Aceptar para enviar mensajes de texto)			

CONTACTOS DE EMERGENCIA: agregue al menos una persona

Nombre	Relación	Número de teléfono
--------	----------	--------------------

Información sobre seguros médicos: Privado, Medicaid, Auto pago
Persona Responsable (responsable de la factura/seguro) Padre #1, Padre #2 DSS, Otro (si es otro, ingrese la información a continuación)

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con paciente	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal

FARMACIA PREFERIDA _____

Permiso para hablar con tus padres/tutores/otros adultos
 Doy permiso a los médicos y enfermeras de Pediatric Associates para hablar sobre mi salud con las siguientes personas:

Nombre	Relación	Nombre	Relación
--------	----------	--------	----------

A menos que marque lo siguiente, no hablaremos sobre salud reproductiva (ITS, embarazo, anticonceptivos) o salud mental con otras personas ni permitiremos que otras personas llamen para solicitar recargas de medicamentos.

Marque a continuación si da permiso para:

- Pediatric Associates para discutir la salud reproductiva con las personas mencionadas anteriormente,
- Pediatric Associates para hablar sobre salud mental con las personas mencionadas anteriormente
- Las personas mencionadas anteriormente pueden llamar para solicitar recargas de medicamentos

Firma	Fecha
-------	-------

LLENE LA PÁGINA CONTRARIA

Política financiera

Acepto total responsabilidad financiera por todos los servicios médicos brindados. Acepto pagar todos los copagos, deducibles y co-seguros según los términos de mi plan de seguro médico. Entiendo que los copagos se deben en la fecha en que se brindan los servicios. Entiendo que en el caso de que no realice dichos pagos o no los cumpla, la relación médico-paciente puede terminarse. En caso de incumplimiento de mis obligaciones financieras, acepto pagar todos los costos relevantes asociados con las acciones de cobro tomadas por Pediatric Associates. Acepto toda la responsabilidad de asignar a Pediatric Associates como doctor en mi seguro. Entiendo que los pacientes sin seguro médico deberán pagar una tarifa de \$50,00 al momento del servicio, y cualquier cargo adicional se me facturará a mí. Autorizo que todos los beneficios del seguro por los servicios médicos prestados se paguen directamente a Pediatric Associates. Autorizo a Pediatric Associates a revelar cualquier parte del expediente médico a la compañía de seguros para que se pueda procesar un reclamo de seguro, o según lo requiera el contrato con la compañía de seguros. Soy responsable de los cargos acumulados. Entiendo que Pediatric Associates cumple con HIPAA y protegerá mi información personal. Certifico que he proporcionado la información correcta en este Registro de paciente y entiendo que puedo ser procesado por cualquier declaración falsa u ocultación de material según las leyes federales y estatales aplicables.

Consentimiento para atención médica

Acepto las condiciones de la póliza financiera en este formulario. Por la presente solicito y autorizo a los proveedores de Pediatric Associates of Charlottesville a realizar cualquier procedimiento de diagnóstico médico, atención médica o quirúrgica que, a su criterio profesional, se considere necesario para diagnosticar y/o tratar la afección del paciente y/o brindar atención médica. Además, reconozco que por la presente se me informa de conformidad con la Sección 32.1 del Código de Virginia, que si las prestaciones de servicios de salud exponen a cualquier trabajador de atención médica a los fluidos corporales del paciente de una manera que pueda transmitir el VIH o la hepatitis, que el paciente consienta en realizarse la prueba para detectar infecciones y en revelar los resultados de la prueba a la(s) persona(s) expuesta(s)

Firma

Fecha

Idioma: Inglés, Español, Árabe, Portugués, Francés, Italiano, Ruso, Hindi, Tamil, Otro _____

Raza: Negar a contestar, Indio americano / nativo de Alaska, Asiático, Negro / afroamericano, Nativo hawaiano / otro isleño del Pacífico
 Hispano, Blanca, Raza mixta, Otro _____

Ethnicity: Negar a contestar, Hispano o Latino, No Hispano ni Latino, Mixta, Otro _____

Pediatric Associates of Charlottesville realiza ensayos de investigación clínica en conjunto con Pediatric Research of Charlottesville

¿Podemos tener permiso para que Pediatric Research of Charlottesville se comunice con usted para participar en un estudio de investigación?

Sí, no dude en comunicarse conmigo si hay un estudio apropiado para el cual mi hijo pueda ser elegible.

No, no me contacte para ningún estudio de investigación clínica.