

Médico de cabecera en Pediatric Associates _____

Nombre del paciente	Apodo	Fecha de nacimiento	Sexo
Información del padre #1/tutor legal: esta es la persona que recibirá principalmente correos electrónicos, llamadas y mensajes de texto.			
<input type="checkbox"/> Madre, <input type="checkbox"/> Padre, <input type="checkbox"/> Madrastra, <input type="checkbox"/> Padrastro, <input type="checkbox"/> Abuela, <input type="checkbox"/> Abuelo, <input type="checkbox"/> Padre o madre adoptivo, <input type="checkbox"/> Otro _____			
Nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Número Celular	Número de Trabajo	Número de Casa	
Correo Electrónico	Ocupación	Empleador	
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)			

Información del padre #2/tutor legal:			
<input type="checkbox"/> Madre, <input type="checkbox"/> Padre, <input type="checkbox"/> Madrastra, <input type="checkbox"/> Padrastro, <input type="checkbox"/> Abuela, <input type="checkbox"/> Abuelo, <input type="checkbox"/> Padre o madre adoptivo, <input type="checkbox"/> Otro _____			
Nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Número Celular	Número de Trabajo	Número de Casa	
Correo Electrónico	Ocupación	Empleador	
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)			

Información de custodia (si corresponde):	
<input type="checkbox"/> Conjunto legal y físico para ambos padres arriba <input type="checkbox"/> Conjunto legal con físico retenido por: <input type="checkbox"/> Padre #1, or <input type="checkbox"/> Padre #2 <input type="checkbox"/> Sin acuerdo de custodia formal <input type="checkbox"/> Exclusiva legal y física retenida por <input type="checkbox"/> Padre #1, or <input type="checkbox"/> Padre #2	DSS: <input type="checkbox"/> Alb, <input type="checkbox"/> Charl, <input type="checkbox"/> Fluvanna, <input type="checkbox"/> Greene, <input type="checkbox"/> Louisa, <input type="checkbox"/> Nelson, <input type="checkbox"/> Madison, <input type="checkbox"/> Orange, <input type="checkbox"/> Buckingham, <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> El acceso a los registros médicos está restringido (se requiere documentación legal)

Información sobre seguros médicos: <input type="checkbox"/> Privado, <input type="checkbox"/> Medicaid, <input type="checkbox"/> Auto pago			
Persona Responsable (responsable de la factura/seguro) <input type="checkbox"/> Padre #1, <input type="checkbox"/> Padre #2 <input type="checkbox"/> DSS, <input type="checkbox"/> Otro (si es otro, ingrese la información a continuación)			
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con paciente	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal

CONTACTOS DE EMERGENCIA: agregue al menos una persona, preferiblemente que no sea uno de los padres mencionados anteriormente

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

INDIQUE OTROS NIÑOS <18 años QUE SON PACIENTES CON ESTA MISMA INFORMACIÓN DE REGISTRO ANTERIOR (incluya nombre, sexo, fecha de nacimiento):

FARMACIA PREFERIDA _____

Política financiera

Acepto total responsabilidad financiera por todos los servicios médicos brindados a mis hijos. Acepto pagar todos los copagos, deducibles y co-seguros según los términos de su plan de seguro médico. Acepto total responsabilidad financiera por todos los servicios médicos brindados. 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 el seguro de mi(s) hijo(s). 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 de mi(s) hijo(s) a la compañía de seguros de mi(s) hijo(s) 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 por mis hijos menores de dieciocho años, ya sea que estén solos o en presencia de un padre o cuidador. Entiendo que Pediatric Associates cumple con HIPAA y protegerá la información personal de mi(s) hijo(s). 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.

Permiso para que otros traigan al paciente al consultorio

Autorizo a los proveedores de Pediatric Associates of Charlottesville a brindar atención médica a mis hijos en mi ausencia cuando estén acompañados por las siguientes personas (por ejemplo, abuelos, niñera, amigo, padrastro, adolescente que pueda conducir solo):

Nombre	Relación con paciente	Nombre	Relación con paciente
--------	-----------------------	--------	-----------------------

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 infantil sana. 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)

Padre 1, or Padre 2

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 comuniquen 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.