PediaCare of Virginia

Registración del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Masculino_____ Femenino_____ # Social _____-_____-_____
Dirección: _____Ciudad:_____Stado:_____Codigo Postal: _____

Madre/Guardián: _____Fecha de Nacimiento: _____
Casa: _____ #Celular: _____ # Social_____-_____-_____
Empleador: _____ Ocupación: _____ # Trabajo: _____

Padre/Guardián: _____Fecha de Nacimiento: _____
Casa: _____ #Celular: _____ # Social_____-_____-_____
Empleador: _____ Ocupación: _____ # Trabajo: _____

Contacto de emergencia: (Aparte de Padres)
Nombre: _____ Relación al paciente: _____ #Teléfono:_____

Nombre de personas autorizadas para traer a niño y de dar consentimiento para el tratamiento.
Nombre: _____ Relación al paciente: _____ #Teléfono:_____
Nombre: _____ Relación al paciente: _____ #Teléfono:_____
Nombre: _____ Relación al paciente: _____ #Teléfono:_____

Cualquier persona que no esté en la lista necesita una carta firmada de los padres/guardián. Un ID es necesario.

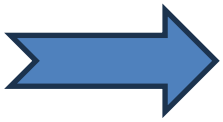
☺ A quien podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? _____

Correo electrónico: _____

Authorization of Treatment and Assignment of Benefit

Autorizo PediaCare de Virginia para tratar a mi hijo. Asimismo, autorizo la divulgación de información médica necesaria para la cumplimentación de los formularios de seguros. Yo autorizo el pago directamente a PediaCare de Virginia para todos los beneficios médicos o quirúrgicos otro modo pagadero a mí bajo los términos de mi seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los copagos y los cargos no pagados por mi seguro. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan efectiva y válida como el original. Entiendo que si el médico de mi hijo, o cualquier persona empleada por o bajo la dirección y control del médico de mi hijo (s), está directamente expuesto a los fluidos del cuerpo de mi hijo en cualquier manera que pueda, de acuerdo con las directrices actuales para el Centro de Enfermedades control de transmitir el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o hepatitis B o C virus, que me consideran la ley ha consentido en las pruebas de infección por el VIH o la hepatitis B o C virus. Además, entiendo que por ley me ha parecido que ha dado su consentimiento para la publicación de estos resultados a la persona que está expuesta a los fluidos del cuerpo de mi hijo

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____



PediaCare of Virginia, PLC

Responsabilidad del paciente PCV, PLC; requiere que este formulario esté firmado. Agradecemos su cooperación

Responsabilidad financiera: Si PediaCare of Virginia está en red con su seguro, usted es responsable de proporcionarnos la información de seguro más actualizada y correcta. Usted es personalmente responsable de cualquier tarifa médica incurrida con PediaCare of Virginia, PLC. También será responsable de cualquier cargo incurrido por no proporcionar la información necesaria para facturar a su compañía de seguros. Todos los copagos del seguro **vencen en el momento del servicio** y todos los demás saldos deben liquidarse dentro de un **período de 90 días**. Si no se proporciona información del seguro o no tiene seguro el día del servicio, usted será financieramente responsable de la visita y de cualquier prueba realizada. Los cargos vencen el día del servicio y no se facturarán a su domicilio a menos que se indique lo contrario. PediaCare of Virginia NO enviará ni devolverá ningún pago. **Inicial: _____**

Programación de citas: Con el fin de continuar acomodando a nuestros pacientes, le pedimos que nos avise con 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar la cita, especialmente para las visitas de niños sanos. **No SHOWS se cobran al paciente a $50.00 por visita perdida.** Para todas las citas de rutina de pozos, nos reservamos el derecho de reprogramar la cita si se retrasa 15 minutos de la hora de la cita original. Las citas sin cita previa son bienvenidas de acuerdo con nuestro horario solo para **visitas por enfermedad**. **Inicial: _____**

Publicación de registros: PCV, PLC sigue el Código estándar de Virginia para registros médicos. Las tarifas completas de los registros médicos de acuerdo con el Código de Virginia § 8.01-413 son diez dólares ($ 10.00) tarifa de procesamiento, cincuenta (.50) centavos por página durante las primeras cincuenta páginas; y quince (.15) centavos por página a partir de entonces. Nuestra oficina requiere la autorización firmada de los padres o tutor legal del paciente para divulgar cualquier información médica. (Código de Virginia § 32.1-127.1:03) Espere 14 días para el procesamiento después de obtener tanto el pago como la autorización. Solo los registros de vacunación y un formulario físico anual son gratuitos. Se cobrará una tarifa de $ 5.00 por cualquier copia adicional que pueda necesitar. **Inicial: _____**

Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad: Al firmar a continuación, reconozco que he visto y revisado una copia del "Aviso de práctica de privacidad" de esta oficina según lo requerido por la regulación de la Regla de Privacidad de la Ley Pública 104-191, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA)

Nombre del paciente: _____

Firma del Padre/Tutor Legal: _____

¡Este formulario no caduca!