

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono móvil: _____

PRINCIPAL INFORMACIÓN DE SEGUROS: Compañía de seguros: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento de Suscriptor: _____

Número de teléfono: _____ Número de grupo: _____

Número de identificación de miembro: _____

SEGURO SECUNDARIO: Compañía de seguros: _____

Nombre del suscriptor: _____ Número de grupo: _____

Número de identificación de miembro: _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

_____ (INICIALES) AGC pediatrics puede o no puede tratar y administrar inyecciones / vacunas a mi niño / niños no acompañados

_____ (INICIALES) Autorizo a los pediatras de AGC o a quienes designen para que evalúen y traten a mi hijo/a anteriormente mencionado y para que entreguen a nuestra compañía de seguros toda la información adquirida en el transcurso del examen o tratamiento de mi hijo y para recibir todos los pagos de dicho examen o tratamiento. AGC tiene mi permiso para divulgar cualquier informe de estudios de diagnóstico, a un especialista involucrado en el cuidado de mi hijo.

_____ (INICIALES) Entiendo que todas las decisiones de atención médica, incluida la autorización de vacunación, deben ser tomadas por un tutor legal o padre

_____ (INICIALES) Un padre / tutor o cuidador autorizado debe estar presente en cada visita. Si alguien más está trayendo a su hijo/a, necesitaremos una autorización previa por escrito o tendrán que aparecer en la lista de la designación de otra persona para dar su consentimiento a la atención médica.

POLÍTICAS DE PAGO

_____ (INICIALES) **Information de Seguro:** La tarjeta de seguro se debe presentar en el momento del servicio. Se hará una copia de su tarjeta de seguro para un archivo. Es su responsabilidad proporcionar información actualizada del seguro en el momento del servicio. Si la tarjeta del seguro no está presente en el momento del servicio, los cargos son su responsabilidad hasta que se reciba una copia de la tarjeta del seguro. Para que un servicio se le facture a su compañía de seguros, se debe recibir una copia de la tarjeta del seguro dentro de 10 días desde la fecha del servicio.

_____ (INICIALES) **Saldo de la Cuenta:** Cuando se recibe información del seguro después de que los requisitos de presentación de su compañía de seguros sean oportunos, los cargos por esos servicios son su responsabilidad. Usted es responsable del pago de todos los servicios no pagados por su compañía de seguros, incluidas todas las evaluaciones y pruebas realizadas en el momento de las visitas medica rutinas. AGC se reserva el derecho de reprogramar o denegar futuros nombramientos por cuentas morosas.

_____ (INICIALES) **Pagos:** AGC acepta efectivo, cheques o tarjetas de crédito. Los planes de pago también se pueden configurar llamando a nuestros departamentos de facturación al 706-625-5900 ext. 118.

_____ (INICIALES) **CO-PAGOS:** Se espera que sean pagados en el momento del servicio. Si el pago no se recibe en el momento del servicio, habrá una tarifa adicional de \$ 20. Todos los devueltos estarán sujetos a un cargo por servicio de \$ 35.

_____ (INICIALES) **Auto-Pago:** Se espera el pago de auto pago en el momento del servicio, a menos que se hayan realizado otros arreglos financieros antes de su visita. Por favor pregunte sobre el programa de vacunas para niños.

_____ (INICIALES) **Situaciones divorciadas:** La persona que traiga al niño o cuide es responsable del pago de los copagos. Ambos padres son responsables del pago del saldo no pagado, independientemente de la sentencia de divorcio. Si existen problemas de pago, deben resolverse entre los padres.

_____ (INICIALES) **Derivaciones:** si su plan requiere derivaciones para atención especializada recomendadas por su médico de atención primaria, es su responsabilidad obtener información sobre estos requisitos y comunicarse con el especialista de referencia en esta oficina para solicitar que se procese una referencia antes de la cita especializada.

HISTORIAL MÉDICO

Historia de embarazo

Edad de mama cuando nacio el bebe _____ Fecha de nacer del bebé _____

Peso de nacimiento _____ Longitud de nacimiento _____

Fue parto vaginal o operacion? (circule uno)

Fue a tiempo, temprano, tarde? (circule uno)

Circule alguna de las siguientes complicaciones o uso durante el embarazo:

Infección Diabetes Alta presion sanguinea Hospitalizado

Premature Fumar Alcohol / drogas Medicamentos

¿Tuvo el bebé alguno de los siguientes problemas durante o después del parto?

Infección ictericia convulsions problemas respiratorios alimentación otro: _____

HISTORIA GENERAL

¿Consideras que tu hijo goza de buena salud? Si No No se

Explique: _____

¿Su hijo tiene alguna enfermedad grave o condición médica? Si No No se

Explique: _____

¿Su hijo ha tenido alguna cirugia o ha sido hospitalizado? Si No No se

Explique: _____

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? Si No No se

Explique: _____

HISTORIA MÉDICA PASADA			
Tiene Su Hijo, O Ha Tenido Su Hijo			
Varicela	Si No No se	ADD / ADHA / Problemas Del Estado De Ánimo	Si No No se
Problemas Con La Audición	Si No No se	Depresión	Si No No se
Problemas Del Corazón	Si No No se	VIH	Si No No se
Transfusión De Sangre	Si No No se	Quimioterapia	Si No No se
Trasplante De Organos	Si No No se	Cáncer	Si No No se
Dolor Abdominal Con Frecuencia	Si No No se	Obesidad	Si No No se
Frecuentes Infecciones De Oído	Si No No se	Diabetes	Si No No se
Alergias	Si No No se	Alta Presion Sanguinea	Si No No se
Anemia O Problemas De Sangrado	Si No No se	Caries Dental	Si No No se
Neoplasia Maligna / Trasplante De Hueso	Si No No se	Historia De Violencia Familiar	Si No No se
Infecciones Recurrentes Del Tracto Urinario	Si No No se	El Embarazo	Si No No se
Cataratas Congénitas Retinoblastoma	Si No No se	El Consumo De Tabaco	Si No No se
Trastornos Metabólicos / Genéticos	Si No No se		Si No No se
Mojar La Cama Después De 5 Años De Edad	Si No No se	Para Ninas:	Si No No se
Problemas Tiroideos O Endocrinos	Si No No se	Problemas Con Los Períodos	Si No No se
Retraso En El Desarrollo	Si No No se	Ha Tenido Primer Período	Si No No se
Historia De Lesiones / Fracturas / Conmociones	Si No No se	Edad En El Primer Período	Edad:
Uso De Alcohol O Drogas	Si No No se		
Historia De Violencia Familiar	Si No No se	Para Ninos:	
Infecciones De Transmisión Sexual	Si No No se	Dolor Testicular / Escrotal	Si No No se
Asma, Bronquitis. Bronchoilosis O Pnuemonia	Si No No se	Hinchazón Testicular /Del Escrot	Si No No se
Enfermedad Renal O Malformaciones Urológicas	Si No No se		
Problemas Para Dormir (Ronquidos)	Si No No se		
Problemas Cutáneos Recurrentes O Recurrentes	Si No No se		
Dolores De Cabeza Frecuentes	Si No No se		

Mi firma a continuación indica que soy el padre y / o tutor legal para el paciente que figura en el frente de esta página, que he proporcionado información precisa según mi leal saber y entender, y acepto y acepto las disposiciones que se establecen.

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

AGC Pediatrics, LLC

El acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Para el paciente:

Somos requeridos a proveerle una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, que indica cómo podemos usar o divulgar su información de salud. Por favor firme este formulario para acusar recibo de la comunicación. Puede negarse a firmar este formulario de acuse de recibo, si lo desea.

Reconozco que me proporcionó una copia del Aviso de prácticas de privacidad

Firma y nombre de padre o tutor legal

nombre de padre o tutor legal

Fecha

Relación al paciente

Nombre del paciente y la fecha de nacimiento del paciente

Uso de oficina sólo

Hemos hecho todos los esfuerzos para obtener un acuse de recibo escrito de nuestro aviso de privacidad de este paciente pero no pudo obtenerse debido a que:

- El paciente se negó a firmar
- Debido a una situación de emergencia no fue posible obtener un acuse de recibo
- No hemos podido comunicarnos con el paciente
- Otro (por favor brinde detalles específicos)

Firma de empleado

Fecha

HIPPA acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

este formulario no constituye asesoramiento jurídico y abarca solamente federales, no estatales, la ley.

AGC Pediatrics, LLC

CONSENTIMIENTO PARA EL USO / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre Del Paciente: _____

MRN: _____

Fecha De Nacimiento Del Paciente : _____

Al Paciente:

Al firmar este formulario, usted nos otorga su consentimiento para usar y divulgar su información de atención médica protegida a los fines del tratamiento, diversas actividades relacionadas con el **pago** y las **operaciones de atención médica**. Nuestro aviso de **Prácticas De Privacidad** brinda más detalles sobre nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de salud. Si no hay una copia del aviso que acompaña este formulario de consentimiento, solicite uno. Lo alentamos a que lo lea, ya que proporciona detalles sobre cómo la información sobre usted puede ser utilizada y / o divulgada y describe ciertos derechos que usted tiene con respecto a su información de atención médica.

Como se indica en nuestro aviso de **Prácticas De Privacidad**, nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad. si debemos hacerlo, emitiremos un aviso revisado. Ya que la revisión puede aplicarse a su información de atención médica, usted tiene derecho a recibir una copia contactando a nuestro funcionario de privacidad.

Usted tiene el derecho de revocar su consentimiento mediante notificación por escrito a nuestro funcionario de privacidad. La revocación no afectará las acciones que ya se tomaron basándose en este consentimiento. También debe entender que si revoca este consentimiento, podemos rechazar su tratamiento.

Tiene derecho a una copia del formulario de consentimiento después de haberlo firmado.

Yo, _____, he leído el contenido de este formulario de consentimiento y las prácticas de privacidad del aviso. Entiendo que le doy mi consentimiento para usar y divulgar mi información de atención médica para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

Firma Del Paciente O Firma Del Representante Del Paciente

Fecha de hoy

Nombre Impreso Del Representante De Pacientes

Relación Con El Paciente

Nuestro Agente De Privacidad Puede Ser Contactado De La Siguiete Manera:

Rhonda Jordon

204 Professional Court SE

Calhoun, GA 30701

Telefono: 706-625-5900 Fax: 866-751-8064 Correo Electrónico: rjordon@agcpediatrics.com

HIPPA Consiente El Uso / Divulgación De Información De Salud

Este Formulario No Constituye Asesoramiento Legal Y Solo Cubre Leyes Federales, No Estatales.

AGC Pediatrics, LLC

Designación de otra persona para dar su consentimiento para la atención médica

(Forma independiente deben rellenarse para cada niño)

Nuestra primera prioridad en pediatría AGC es la seguridad y bienestar de su hijo/a. Con el fin de mantener y reforzar esto debemos seguir ciertas directrices emitidas por el estado. Lo mejor es que los niños sean llevados para recibir tratamiento médico por un padre o tutor legal. Sin embargo, puede haber ocasiones cuando alguien que no sea usted toma el cuidado de su hijo/a.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

MRN: _____

Lista quien está autorizado (distinto del padre, madre o tutor):

1. Programe y asista a las citas;

Recibir y proporcionar la divulgación de información médica y financiera;

Tomar decisiones médicas, incluyendo, pero no limitado a, las vacunas, las inyecciones antibióticas, extracciones de sangre, menor en los procedimientos, etc.

2. Llamar para obtener resultados del paciente o recibir resultados del paciente

3. Recoger prescripciones de medicamentos, medicamentos / muestras para el paciente

4. Puede utilizarse como un contacto de emergencia

5. Todas las anteriores

Por favor identifique que # se aplica a la persona. Si el número no figura en la lista, este formulario se considera nulo y no se utilizará como consentimiento

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

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

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

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

Firma de padre y/o tutor legal : _____

Fecha: _____

AGC Pediatrics, LLC

Autorización para dejar información personal de salud por medios alternativos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Mrn: _____

Dirección: _____

Por favor marque todas las que correspondan.

AGC Pediatrics:

- Podemos dejar mensaje detallado en su mensaje de voz de casa
- Podemos dejar mensaje detallado en su mensaje de voz de celular
- Podemos dejar mensaje detallado en su mensaje de voz de su trabajo
- Podemos dejar mensaje con otro miembro de la familia

Nombre y número de teléfono: _____

- Puede enviar un mensaje detallado en su teléfono celular

Con mi firma a continuación reconozco y entiendo que esta información se mantendrá en un registro médico y los parámetros anteriores será respetado hasta que sea revocado por mí en la escritura. Es mi responsabilidad notificar a mi proveedor de atención médica si debe cambiar uno o más de los números de teléfono indicados anteriormente.

Firma del padre o tutor legal

Fecha
