

**BIENVENIDOS A LA CLINICA DE LOS NIÑOS**  
 Esto es el frente y la espalda. Por favor, no deje espacios en blanco.  
 Si no se aplica a usted, ponga "NA" para no aplicable.  
 Por favor regrese con su identificación con foto y tarjeta de seguro..

Fecha: \_\_\_\_\_ ¿Alergias a medicamentos?: \_\_\_\_\_ ¿Quién está llenando este formulario?: \_\_\_\_\_

**Datos demográficos del paciente**

Nombre completo de los pacientes: \_\_\_\_\_  
*Apellido nombre de pila fecha de nacimiento*

direccion de pacientes: \_\_\_\_\_  
*Dirección número de apartamento / unidad*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado código postal*

Email (para la cuenta del portal): \_\_\_\_\_

¿Con quién vive nuestro paciente? **Circulo uno por favor**: madre  padre  ambos padres  otro; explique \_\_\_\_\_

¿Quién recibirá notificaciones de mensajes de texto para recordatorios de citas futuras? (por favor marque UNA casilla) Madre  o padre

¿Quién recibirá notificaciones por correo electrónico para recordatorios de citas? (por favor, marque UNA casilla) Madre  o padre

**Cualquier información dinámica del hogar / escuela que nuestra oficina pueda necesitar saber sobre el paciente:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Escuela / guardería: \_\_\_\_\_  
*Nombre de la escuela o guardería Nivel de grado*

**Información primaria del seguro del paciente**

Seguro primario \_\_\_\_\_  
*nombre de la compañía de seguros Nombre del grupo número de grupo número de identificación*

\*Si seguro privado \_\_\_\_\_  
*Nombre completo del titular de la póliza fecha de nacimiento Número de seguridad social*

**Información secundaria del seguro del paciente**

Seguro secundario \_\_\_\_\_  
*nombre de la compañía de seguros Nombre del grupo número de grupo número de identificación*

\*Si seguro privado \_\_\_\_\_  
*Nombre completo del titular de la póliza fecha de nacimiento Número de seguridad social*

**Demografía de la madre (o tutor legal)**

Nombre completo de la madre: \_\_\_\_\_  
*Apellido nombre de pila fecha de nacimiento*

Empleador y número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de las madres:  
 (si es diferente de paciente) \_\_\_\_\_  
*Dirección número de teléfono*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado código postal*

**Demografía del padre (o tutor legal)**

Fathers Full Name: \_\_\_\_\_  
*Apellido nombre de pila fecha de nacimiento*

Empleador y número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de lo padres:  
 (si es diferente de paciente) \_\_\_\_\_  
*Dirección número de teléfono*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado código postal*

**Datos demográficos de los hermanos (si somos proveedores, el paciente tiene 18 años o menos)**

Los hermanos:

Apellido nombre de pila fecha de nacimiento

Los hermanos:

Apellido nombre de pila fecha de nacimiento

Los hermanos:

Apellido nombre de pila fecha de nacimiento

**Contacto de emergencia para el paciente además del padre o tutor**

Nombre

nombre completo número de teléfono relación con el paciente

**Cualquier persona a la que NO se le permita traer / cambiar información**

Nombre

nombre completo número de teléfono relación con el paciente

**Demografía del padrastro (si corresponde)**

madrastra:

Apellido nombre de pila fecha de nacimiento número de teléfono

padrastro:

Apellido nombre de pila fecha de nacimiento número de teléfono

¿El paciente vive con padrastro a tiempo completo o parcial? (por favor marque la casilla) Si  o no  explique:

**Consentimientos**

**Autorizo a las siguientes personas a traer y recibir información médica / financiera sobre mis hijos:**

Nombre: \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

**• POLÍTICA FINANCIERA Y CONSENTIMIENTOS**

**• Por favor inicial**

X\_\_\_\_\_ He leído, entiendo y acepto la política financiera de Kids Way Clinic. Entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, así como los copagos y coseguros aplicables, y los deducibles y cualquier otro cargo pendiente que tenga más de 30 días a partir de la fecha de servicio, son responsabilidad exclusiva de mi, y se facturarán en consecuencia. Si se otorga el seguro equivocado, o si no se ofrecen tanto el seguro primario como el secundario en el momento del servicio, renuncio a mi derecho y la responsabilidad financiera será mía.

X\_\_\_\_\_ He leído, entiendo y acepto que mi Proveedor / Médico de Atención Primaria será cambiado al Dr. Sreekar Maruvada de KIDS WAY CLINIC, ANTES DEL TRATAMIENTO, según lo requiera la oficina y la póliza de seguro.

X\_\_\_\_\_ He leído, entiendo y acepto autorizar a KIDS WAY CLINIC a divulgar información pertinente en mi nombre a mi compañía de seguros cuando lo solicite, o para facilitar el pago de una reclamación. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a KIDS WAY CLINIC, Sreekar Maruvada, MD

X\_\_\_\_\_ He leído, entiendo y acepto dar mi consentimiento a KIDS WAY CLINIC para importar su historial de medicamentos según lo proporciona SureScripts.

X\_\_\_\_\_ He leído, entiendo y acepto que el consentimiento para HIPAA contiene una excepción de intercambio de información de salud que permite el intercambio electrónico de datos clínicos e información de salud del paciente a través de un entorno en red, dependiendo del propósito del intercambio. Sin embargo, en algunos casos, una persona tiene el derecho de otorgar o negar el intercambio de datos con un intercambio de información de salud.

X\_\_\_\_\_ He leído, entiendo y acepto que el consentimiento para HIPAA contiene una excepción de salud pública que permite a los proveedores compartir los datos del paciente con una agencia de salud pública cuando la información es necesaria para fines de salud pública, incluso si el paciente no da su consentimiento. Sin embargo, en algunos estados, los pacientes pueden optar por no compartir datos con una agencia de salud pública. Si opta por no participar, por favor déjelo por escrito.

X\_\_\_\_\_ Participamos en la mayoría de los planes de seguro, que pueden verificarse llamando al número de teléfono que se encuentra en el reverso de sus tarjetas de seguro. Si está asegurado por un plan con el que no tenemos un contrato o no podemos proporcionarnos una tarjeta de seguro actualizada, se espera un pago en cada visita. Conocer sus beneficios de seguro es SU RESPONSABILIDAD. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre la cobertura. Si no se proporciona el seguro correcto y no se pagan las reclamaciones, USTED es responsable del pago y recibirá una declaración de nuestra oficina.

X\_\_\_\_\_ TODOS LOS COPAGOS Y DEDUCIBLES se deben pagar antes del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con la compañía de seguros, de lo contrario, resultará en un posible fraude en ambas partes.

X\_\_\_\_\_ Reconozco el Aviso de prácticas de privacidad de las oficinas, que explica cómo se usará y divulgará mi información médica. KIDS WAY CLINIC tiene permiso para tratar al paciente por cualquier problema médico. Los procedimientos pueden realizarse una vez informados. Autorizo la divulgación de mi información médica a cualquier médico / centro al que me puedan remitir.

He leído y entiendo todas las políticas anteriores.

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de los padres: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_