



NUEVA FORMA PACIENTE

<u>Nombre del Paciente</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Nino</u> <input type="checkbox"/> <u>Nina</u> <input type="checkbox"/>	<u>Seguro Social #</u>
<u>Direccion</u>		<u>Numero de Apt</u>	<u>Telefono de Casa</u>
<u>Cuidad</u>	<u>Estado</u>	<u>Codigo Postal</u>	<u>Correo Electronico</u>

HERMANOS CON MISMA RESPONSABILIDAD

<u>Nombre del Paciente</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Nino</u> <input type="checkbox"/> <u>Nina</u> <input type="checkbox"/>	<u>Seguro Social #</u>
<u>Nombre del Paciente</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Nino</u> <input type="checkbox"/> <u>Nina</u> <input type="checkbox"/>	<u>Seguro Social #</u>
<u>Nombre del Paciente</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Nino</u> <input type="checkbox"/> <u>Nina</u> <input type="checkbox"/>	<u>Seguro Social #</u>

PADRE / TUTOR INFORMACION

<u>Nombre de Madre</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Seguro Social #</u>
<u>Numero de Celular</u>	<u>Numero del Trabajo</u>	<u>Lugar de Empleo / Ocupacion</u>
<u>Nombre del Padre</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Seguro Social #</u>
<u>Numero de Celular</u>	<u>Numero del Trabajo</u>	<u>Lugar de Empleo / Ocupacion</u>

INFORMACION DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

<u>Nombre</u>	<u>Telefono de Casa</u>	<u>Numero de Celular</u>
---------------	-------------------------	--------------------------

INFORMACION DEL SEGURO

<u>Nombre del Seguro</u>	<u>Numero del Seguro</u>
<u>Nombre del Titular</u>	<u>Tomador Relacion con el Paciente (Porfavor Circula)</u> Padre / Yo / Otro: _____
<u>ID#/Poliza #</u>	<u>Grupo#</u>
<u>Direccion del Seguro</u>	<u>Ciudad y Estado</u>

Si alguien que no sea los padres o tutor legal tiene permiso para traer a su nino a WOP sin tu presencia y acceder a los registros medicos de su hijo y obtener la prueba de laboratoriorio, porfavor complete la siguiente informacion.

NO

Si, las Siguientes Personas:

<u>Nombre</u>	<u>Relacion con el Paciente</u>
<u>Nombre</u>	<u>Relacion con el Paciente</u>
<u>Nombre</u>	<u>Relacion con el Paciente</u>

Libero a WOP y sus empleados

Paciente / Tutor Legal Firma: _____

Fecha: _____

Firma de la Persona Responsable del Proyecto de Ley: _____

Inicial del personal: _____ Fecha: _____



Referencias	Iniciales
Su proveedor debe revisar y aprobar todas las referencias. Usted debe ser visto por la queja antes de la remisión Autorización. World of Pediatrics participa con diferentes planes y cada plan tiene regulaciones específicas en cómo se emite una remisión. Le pedimos que entienda que en muchos casos este es un proceso que requiere mucho tiempo, por favor permita tiempo suficiente para completarlo. Por favor, no programe una cita hasta que su remisión esté completa. LA MAYORÍA DE LAS EMPRESAS DE SEGUROS NO RETRIBUIRÁ UNA REFERENCIA	_____
Trabajo de laboratorio y resultados de rayos X	Iniciales
Usted será notificado por teléfono una vez que sus resultados hayan sido revisados por el proveedor, si no ha sido notificado dentro de una semana después de que su prueba fue realizada por favor llame y nuestro personal le ayudará. Debe programar una cita para todos los resultados de radiografías y de laboratorio y el paciente debe estar presente para todas las visitas	_____
Por favor marque su preferencia abajo: Quest <input type="checkbox"/> Lab Corp <input type="checkbox"/> Florida Pathology <input type="checkbox"/> Cognoscenti Lab <input type="checkbox"/> Any lab <input type="checkbox"/>	_____
Política financiera	Iniciales
Para los pacientes asegurados , si su compañía de seguros requiere un copago por su visita o un deducible, será debido En el momento del servicio. Tenga en cuenta que usted es responsable de todos los copagos, servicios no cubiertos y cantidades deducibles. La cobertura de su compañía de seguros es un acuerdo entre usted, el paciente y su compañía de seguros, la aseguradora. Es su responsabilidad conocer sus beneficios de seguro cuando recibe servicios. Para los pacientes no asegurados , el pago es debido al momento del servicio.	_____
Para los recién nacidos por favor solicite un formulario para iniciar el proceso. También puede llamar directamente al 866-762-2237 para activar a su hijo. Veremos a su hijo(a) en la primera visita como una cortesía antes de que el niño tenga 1 mes de edad. Las visitas futuras requerirán que usted haya actualizado Medicaid.	_____
Divorcio / Custodia , El padre y / o guardián legal que trae al niño a servicios médicos deberá pagar la factura. No contamos a terceros independientemente de lo que indique el decreto o los documentos de custodia. Por favor, haga los arreglos necesarios antes de la visita a la oficina.	_____
No Show / Cancelado Citas	Iniciales
Todas las citas requieren al menos una notificación o cancelación previa de 24 horas. No se cancela ninguna cita o muestra Con menos de 24 horas de antelación puede estar sujeto a un honorario de cita perdida / cancelación de \$ 25.00.	_____
Autorización para la vida del seguro	Iniciales
Por la presente solicito el pago de los beneficios de seguro (Medicaid, Managed Care, Commercial) A mi o en mi nombre a PM Pediatrics / World of Pediatrics por cualquier servicio proporcionado por World of Pediatrics. Autorizo a cualquier titular de información médica acerca de mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de Cuidado de Salud ya sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos a servicios relacionados.	_____
Entiendo que mi firma solicita que se haga el pago y autorice la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si se completa el ítem 9 del formulario de reclamación HCFA-1500, mi firma autoriza la divulgación de la información al asegurador o agencia que se muestra. En los casos asignados por Medicaid, el médico o proveedor se compromete a aceptar la determinación del cargo de la compañía HMO de Medicaid como cargo completo, y el paciente es responsable únicamente por los servicios de coaseguro y copago. El coaseguro y los deducibles se basan en la determinación de cargos del proveedor de Cuidado Administrado	_____
Por la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a PM Pediatrics por los servicios prestados, y la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones. Soy responsable de todos los copagos, los servicios no cubiertos y los importes deducibles.	_____
Recargas con receta requieren una visita al médico	Iniciales
Su proveedor debe revisar y aprobar todas las solicitudes de medicamentos recetados. Por lo tanto, no serán llenados después de horas de oficina o los fines de semana. Por favor, no pida que le llamen al médico para recargar medicamentos. Los proveedores están de guardia sólo para atención de urgencia	_____



Autorización para divulgar o usar información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica

Por la presente autorizo la divulgación o el uso de mi información de salud individualmente identificable (información de salud protegida o PHI) y la información de registros médicos de PM Pediatrics / World Of Pediatrics para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Debe revisar el Aviso de prácticas de privacidad de la práctica para obtener una descripción más completa de la posible divulgación y uso de dicha información, y tiene derecho a revisar dicha Notificación antes de firmar este Formulario de consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Si hacemos cambios a los términos de su Aviso de prácticas de privacidad, puede obtener una copia del aviso revisado escribiendo nuestra práctica o solicitando una copia de nuestro personal de recepción.

Usted conserva el derecho de solicitar que restrinjamos aún más la forma en que se divulga o utiliza su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Nuestra práctica no está obligada a aceptar dichas restricciones solicitadas; sin embargo, si aceptamos su (s) restricción (es) solicitada (s), dichas restricciones son vinculantes para la Práctica.out

Acepto que la práctica también puede divulgar los siguientes tipos de información contenidos en mi expediente médico:	Iniciales
HIV/AIDS Information	
Mental Health Information	
Substance Abuse Information	
Sexually Transmitted Disease Information	
If Patient is under the age of eighteen (18), Pregnancy Information	
No acepto que la Práctica divulgue ninguno de los tipos de información anteriores.	

Acepto a PM Pediatrics / World of Peds. liberándome información de las siguientes maneras:	Iniciales
Via Correo	
Via Telephon	
Via Fax; Numero de Fax	

En todo momento, se reserva el derecho de revocar este consentimiento. Tal revocación debe ser presentada a la práctica por escrito. La revocación será efectiva excepto en la medida en que la práctica ya haya tomado medidas basadas en el consentimiento previo.

La práctica puede negarse a tratarlo si usted (o un representante autorizado) no firma este formulario de consentimiento. Si usted (o su representante autorizado) firma este Consentimiento y luego lo revoca, la Práctica tiene el derecho de negarse a brindarle tratamiento adicional a partir del momento de la revocación (excepto en la medida en que la Ley exija que la Práctica trate a las personas) .

He leído y entiendo la información en este consentimiento. Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta nuestro uso y divulgación de PHI sobre usted para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en nuestro aviso. Soy el paciente o la parte autorizada para actuar en nombre del paciente para firmar este documento y verificar el consentimiento a los términos anteriores.

Firma del paciente / tutor legal

Fecha

Gracias por elegir PM Pediatrics / World of Pediatrics para las necesidades de atención primaria de su hijo.

Staff Initial: _____

Date: _____

Parent refused to sign



2910 Pleasant Hill Road Kissimmee FL 34746
Phone: 407-343-1221
FAX : 407-343-8228

MEDICAL RELEASE FORM

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____

By signing this form, I authorize Aziz Imtiaz MD and Dr. Rafay Khan MD to receive medical information from:

NAME of Physician/ Hospital _____

Address: _____

Telephone: _____ Fax: _____

Documents to be released:

- Complete records
- Discharge Summary
- Lab Reports
- Other: _____

** HIV/AIDS: I consent to the release of my positive or negative test result for HIV infection or AIDS with the rest of my medical records**

Initial: _____ Date: _____

THIS INFORMATION HAS BEEN DISCLOSED TO YOU FROM RECORDS WHOSE CONFIDENTIALITY IS PROTECTED

Parent/Guardian: _____

Signature: _____

Date: _____