

**Registracion de Paciente**

**1<sup>st</sup>** Nino Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social \_\_\_\_\_

**Origen Etnico:** Hispano or No Hispano (*Elige uno*)

**Raza:** Indio Americano o Nativo de Alaska / Asiatico / Afro Americano / Hawaiano / Blanco (*Elija todos los que correspondan*)

**2<sup>nd</sup>** Nino Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social \_\_\_\_\_

**Origen Etnico:** Hispano or No Hispano (*Elige uno*)

**Raza:** Indio Americano o Nativo de Alaska / Asiatico / Afro Americano / Hawaiano / Blanco (*Elija todos los que correspondan*)

**3<sup>rd</sup>** Nino Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social \_\_\_\_\_

**Origen Etnico:** Hispano or No Hispano (*Elige uno*)

**Raza:** Indio Americano o Nativo de Alaska / Asiatico / Afro Americano / Hawaiano / Blanco (*Elija todos los que correspondan*)

**Primer idioma en casa?** \_\_\_\_\_

**Idioma secundario en casa?** \_\_\_\_\_

**\*Telefono primario de la familia (solo uno por favor):** \_\_\_\_\_

**\*Direccion primario:** \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

**Informacion Completa de los Padres:**

**Madre:** Nombre: \_\_\_\_\_  
**Relacion biologica al paciente:** \_\_\_\_\_ Vive con el paciente? Si o No  
Numero de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Telefono celular: \_\_\_\_\_ Telefono de casa: \_\_\_\_\_  
**Correo Electronico:** \_\_\_\_\_ Primer idioma de Madre: \_\_\_\_\_  
Direccion(si es diferente del anterior): \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  
Profesion: \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo: \_\_\_\_\_

**Padre:** Nombre: \_\_\_\_\_  
**Relacion biologica al paciente:** \_\_\_\_\_ Vive con el paciente? Si o No  
Numero de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Telefono celular: \_\_\_\_\_ Telefono de casa: \_\_\_\_\_  
**Correo Electronico:** \_\_\_\_\_ Primer idioma de Padre: \_\_\_\_\_  
Direccion(si es diferente del anterior): \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  
Profesion: \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo: \_\_\_\_\_

**Madre/Padre esta:** Soltero Casado Separado Divorciado

**Si los padres son divorciados o separados llene esta seccion:**

Hay un acuerdo legal? Si No Si hay acuerdo, el papeleo legal debe entregarse a la oficina.

Quien tiene custodia? \_\_\_\_\_

Hay restricciones legales que no permite que el padre sin custodia pueda dar permiso para tratamiento medico o obtener informacion sobre el paciente? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Si dijo si, por favor explique

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

★ **Cual padre se debe contactar primero?** Madre o Padre

★ **Para el contacto principal – Elige SOLO UNO por linea**

**Cómo prefieres que te contacten?**

- Problemas medicos:** Telefono de Casa / Tel. de trabajo / Celular / Texto al Celular / E-mail
- Recuerdo de cita:** Telefono de Casa / Tel. de trabajo / Celular / Texto al Celular / E-mail
- Regresar la llamada:** Direccion de Casa/Tel. de Casa/Tel. de trabajo/ Celular/Texto al Celular/E-mail
- Noticias generales:** Direccion de Casa/Tel. de Casa /Tel. de trabajo /Celular / Texto al Celular / E-mail
- Acceso del Internet:** Texto al Celular / E-mail

★ **Cómo prefiere recibir el estado de cuenta?** Direccion de Casa / E-mail

★ **Quien es responsable de recibir los cobras del paciente:** Madre o Padre

Nombre \_\_\_\_\_  
 Relacion al paciente \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_

★ **Contactos de Emergencia, otras personas aparte de los padres:**

**Nombre y Relacion**

**Tienen permiso para traer a los niños?**

1: _____	Relacion: _____	tel#: _____	Si	No
2: _____	Relacion: _____	tel#: _____	Si	No
3: _____	Relacion: _____	tel#: _____	Si	No

**Informacion de seguro:**

Seguro Primario: \_\_\_\_\_  
 Persona responsable de la poliza: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del responsable: \_\_\_\_\_ Seguro social: \_\_\_\_\_  
 Numero de Identificacion \_\_\_\_\_ Numero de grupo \_\_\_\_\_

**Restriccion de Privacidad (Elige Uno):**

- ★  Sin restricciones. Esta bien dejar mensaje / correo.
- Restricciones – Persona a persona con paciente o guardian.
- Restricciones: \_\_\_\_\_

★ \_\_\_\_\_  
**Firma del padre o guardian**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Notificación de Prácticas de Privacidad (HIPAA)**

**Este resumen no sustituye al aviso completo de Prácticas de Privacidad.**

Entiendo que bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta informacion puede ser utilizada para:

- La conducta, el plan y el seguimiento entre los diferentes profesionales de la salud que participan en los tratamientos directa e indirectamente.
- Obtener pagos de terceros pagadores
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificación médica.

Entiendo que la política completa de Notificación de Prácticas de Privacidad se puede ver en nuestro sitio web ya petición suya, nuestro personal estará encantado de proporcionarle una copia. También entiendo que PediatriCare of Northern Virginia, P.C. puede enmendar el Aviso de vez en cuando. Todas las enmiendas se aplican retroactivamente.

★ \_\_\_\_\_  
**Firma del padre o guardian**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**PediatricCare of Northern VA, P.C. (703) 330-3939**

\*8640 Sudley Rd, Suite 306, Manassas, VA 20110\*

\*15195 Heathcote Blvd, Suite 250, Haymarket, VA 20169\*

## Historia Medica del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

<b>Embarazo y Nacimiento</b>	<b>Edad de la madre en el parto?</b>
Algun problema durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Sobre Peso <input type="checkbox"/> Hinchazon <input type="checkbox"/> Infeccion Urinaria <input type="checkbox"/> Pre-eclampsia (Presion Alta) <input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas <input type="checkbox"/> Otras (Por favor explique)	
Medicamentos durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Excluya vitaminas y hierro	
Durante el embarazo <input type="checkbox"/> Fumo <input type="checkbox"/> Tomo Alcohol <input type="checkbox"/> Uso Drogas	
Cuantos semanas de gestacion tuvo nina/o al nacer?(ej.: 40 Semanas)	
Tipo de parto? <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesarea      Peso al nacer      Longitud	
Problemas del nina/o al nacer? Respiracion: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Hiper Bilirrubina: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Problemas despues del nacimiento?	
Alimentacion: <input type="checkbox"/> leche de pecho <input type="checkbox"/> Formula    Tipo de Formula:	
Problemas de Alimentacion? <input type="checkbox"/> Colicos <input type="checkbox"/> Vomitos Frecuentes <input type="checkbox"/> Diarrea Frecuente <input type="checkbox"/> Cambio constante de formula	

<b>Historia Medica</b>	<b>Reaccion Alergica?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Medicina:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Comidas:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Animales: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Picaduras de Insectos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Medicina que utiliza regularmente (excluya vitaminas)			
Hospitalizacion – (cuando-donde-porque)			
Lesiones Graves – (cuando-donde)			

	Enfermedades del Pasado, Presente y Recurrentes				
	Si	No	Si	No	
Sarampion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La Tos Ferina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infeccion en el Oido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema/Uticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendencia al Sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infeccion Urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfucion de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Articulacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubiola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Auditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infeccion en el garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Historia Medica Familiar</b>	Escriba todos los parientes sanguineos de su nina/o que tienen los siguientes problemas– use Abreviacion (P) Padre, (M) Madre, (Hno) Hermano, (Hna) Hermana, (MM) Mama de la Madre, (PM) Papa de la Madre, (MP) Mama del Padre, (PP) Papa del Padre, Tio, Tia, Primo			
Anemia/Desordenos en la Sangre	Alergias	Alcoholismo	Artritis	Sida
Asma	Vacunas contra la Alergia	Cancer	Fibrosis Cistica	Problemas de Colesterol
Problemas de Nacimiento	Diabetes	Eccema	Tubos en el Oido	Epilepsia/Convulciones
Problemas de Drogas	Sordera Prematura	Problemas Emocionales/Comportamiento	Problemas de Crecimiento	Ataque al Corazon/Infarto
Enfermedades del Corazon	Presion Alta	Problemas Hereditarios	Problemas Intelectuales	Distrofia Muscular
Migranias	Tuberculosis	Problemas en la Escuela	Muerte repentina de Nino/a	Otra

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

PediatricCare of Northern VA, P.C. sigue las directrices estatales y federales en la facturación de los servicios prestados a nuestros pacientes. Esto requiere que obtengamos información específica para cada paciente en la familia. Entendemos que la recopilación de esta información puede parecer abrumadora, sin embargo, es necesario para proporcionararle un servicio más eficiente.

Por favor, lea cuidadosamente la siguiente información. Si tiene alguna pregunta, nuestro personal estará encantado de contestarlas. Si necesita ayuda para solucionar un problema de facturación, comuníquese con el Departamento de facturación entre las 9:00 am y las 4:30 pm de lunes a viernes, 703-330-3939.

1. Se requiere una identificación de gobierno válida en el momento del servicio de la persona que autoriza los servicios de atención médica para el niño. Si este derecho se concede a un cuidador que no es el tutor legal del niño, debemos tener una autorización por escrito del tutor legal.
2. El padre o guardián que presenta a su hijo para servicios médicos es la parte financieramente responsable. La responsabilidad financiera de los servicios no se basa en el suscriptor del seguro.
3. Si existe un acuerdo financiero entre los padres sobre la responsabilidad financiera de la atención médica de sus hijos, este arreglo es entre los dos tutores y no absuelve al padre que trae al niño para servicios de su obligación financiera a nuestra práctica.
4. El padre / guardián debe proporcionar información demográfica y de seguro correcta antes del tratamiento del paciente. Si está cubierto por un seguro de salud, estaremos encantados de cobrar su seguro. Proporcione su información de seguro al personal y verificamos su cobertura y beneficios como una cortesía. Aceptar su seguro no es una garantía de beneficios o de pago. Usted será responsable de cualquier balance no pagado por su plan.
5. Es responsabilidad del padre / guardián saber qué beneficios no están cubiertos por el programa de seguro en el cual participan, ya que el personal no tiene acceso a esta información. Además, el padre / guardián es completamente responsable de todas las tarifas que se deniegan como servicios no cubiertos, deducibles, coseguro y co-pagos. Si el padre o tutor tiene preguntas sobre su cobertura, debe comunicarse directamente con el departamento de recursos humanos de su empleador, su agente de seguros o su compañía de seguros.
6. Es la responsabilidad del padre / guardián para abrir y leer la explicación de los beneficios enviados a ellos de su seguro. Si creen que ha habido un error en el procesamiento de su reclamo, tienen que llamar a la compañía de seguros directamente. El departamento de facturación de PediatricCare of Northern VA estará encantado de ayudarlo a resolver el reclamo.
7. Con base en los contratos de PediatricCare of Northern VA con varias compañías de seguros, debemos facturar por los servicios prestados dentro de un tiempo (definido por los contratos individuales). Si se descubre que la información correcta no fue proporcionada por el padre para los servicios prestados y no cumplimos con el plazo de presentación oportuno, el paciente será responsable de la cantidad total adeudada.
8. Si no está asegurado, el padre / guardián es completamente responsable de todos los honorarios. Los pacientes no asegurados recibirán un descuento del 25% si el saldo completo se paga en el momento del servicio. El pago se espera antes de ser visto para todos los niños de bienestar.
9. El pago debe realizarse en el momento en que se presten los servicios. Si usted no paga su co-pay tiene que pagar una penalidad de \$15.00. Después de la explicación de los beneficios de la compañía de seguros se recibe, cualquier saldo que se determina que la responsabilidad del paciente se debe dentro de los treinta (30) días. Si no se realizan pagos puntuales, todos y cada uno de los saldos pendientes de más de 30 días, sin actividad de pago, intento de pago o sin diálogo con nuestra oficina de facturación serán entregados a nuestra agencia de cobranzas. En ese momento usted será responsable del saldo del principal y de cualquier cantidad adicional incurrida. El cuidado de los niños sanos será diferido hasta que todos los saldos se paguen por completo.
10. Si un paciente llega 15 minutos o más después de su hora de cita, su cita puede ser reprogramada con el fin de mantener a los otros pacientes y los médicos a tiempo.
11. Falta de cita / Política de cancelación tardía – Entendemos que hay ocasiones en que debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones para el trabajo o la familia. Sin embargo, cuando no llame para cancelar una cita, puede estar evitando que otro paciente obtenga el tratamiento que tanto necesita. Las cancelaciones se solicitan 24 horas antes de las citas de cuidado y 1 hora antes para las visitas del mismo día enfermo. PediatricCare of Northern VA, P.C. cobra una cuota de \$ 45 por citas que se pierden o bien visitas el mismo día cancelado. Esta cuota no está cubierta por su compañía de seguros.
12. Si su familia pierde citas y no cancela, nos reservamos el derecho de pararle servicios a su familia..
13. Hay un cargo de \$50.00 por todos los cheques devueltos. Escribir un "cheque malo" es punible bajo la ley. Si la cuenta no se resuelve completamente dentro de los 7 días de la notificación de su banco de que los fondos no estaban disponibles, nos reservamos el derecho de cancelar todos y cada uno de los servicios proporcionados a su familia.
14. Las citas que tienen lugar en un sábado o un día de fiesta federal le hará un cargo adicional de \$60, que se factura a su compañía de seguros.
15. Cuando nuestra oficina está cerrada o está fuera del horario normal de oficina, hay un cargo de \$ 15 por las llamadas realizadas a nuestro servicio de llamadas después de horas de servicio. Esta cuota no está cubierta por su compañía de seguros. Las llamadas fuera de horario son manejadas por el personal de Rainbow Children's Hospital Call Center. No tienen acceso al historial médico de su hijo. Animamos a los padres a que llamen a la oficina durante horas regulares, sin costo alguno, por consejo de naturaleza no urgente, cuando nuestras enfermeras tengan acceso directo al historial médico de su hijo.

Entiendo firmando a continuación que he leído, entiendo y acepto la política mencionada anteriormente.

**Nombre del Paciente Completo (Legal)** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Escribe tu Nombre** \_\_\_\_\_

**Relacion** \_\_\_\_\_