

# Formulario de Registro de Pacientes

Doctora:

Celida Rangel, MD

Lisa Hunt, MD

Como oyó de nuestra oficina?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Informacion del Paciente

Nombre del paciente	M • F	Fecha de nacimiento	Etnia (opcional)	Raza (opcional)
			hispano • no hispano	
			hispano • no hispano	
			hispano • no hispano	
			hispano • no hispano	
Direccion			<b>Opciones de raza:</b> 1 – Indio Americano 2 – Asiatico 3 – Afro Americano 4 – Mas de una raza 5 – Nativo de Hawaii 6 – Otro Isleño Pacifico 7 – Anglosajon	
Ciudad/estado/codigo postal				
Telefono				

## Informacion del los Padres

Name		Name	
Relacion al paciente	madre • padre • Guardián legal • madrastro • padrastro	Relacion al paciente	madre • padre • Guardián legal • madrastro • padrastro
Fecha de nacimiento		Fecha de nacimiento	
Número de seguro social		Número de seguro social	
Número de celular		Número de celular	
Empleador		Empleador	
Ocupacion		Ocupacion	
Número de trabajo		Número de trabajo	

# Informacion de Aseguranza

Primaria		Secundaria	
Nombre aeguranza		Nombre aeguranza	
Persona responsable		Persona responsable	
Número de ID		Número de ID	
Número de grupo		Número de grupo	
Nombre empleador		Nombre empleador	

## Contactos de Emergencia

Nombre	Telefono	Relacion al paciente
Nombre	Telefono	Relacion al paciente

## Comunicacion

En ocasiones tendremos que llamar para discutir información confidencial. Nuestro reglamento es comunicarnos con el padre o guardián, al número de teléfono que usted nos ha dado cual será confirmado en cada visita. Si no contesta o si alguien contesta que no sea padre o guardián por favor indique debajo instrucciones sobre dejar mensaje.

Acepto que dejen mensaje con información médica

NO Acepto que dejen mensaje con información médica

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono preferido

## Consentimiento De Cuidado Medico

Yo declaro que soy el padre natural o guardián legal del paciente(s) anotado. Si no estoy disponible para dar consentimiento en persona, las siguientes personas tienen mi permiso para autorizar cualquier tratamiento médico. (Personas anotadas en información de padre en página anterior, están automáticamente incluidos). Entiendo que necesito notificar a Celida Rangel, MD y Lisa Hunt, MD por escrito para hacer cambios de consentimiento. Este consentimiento es válido hasta ser revocado por escrito.

Firma		Relacion al paciente
Nombre escrito		Fecha
Testigo		Fecha
Nombre	Telefono	Relacion al paciente
Nombre	Telefono	Relacion al paciente

# Privacidad de Practica

Dr. Celida Rangel y Dr. Lisa Hunt me ha dado una copia del aviso de privacidad. Entiendo que puedo obtener una copia de aviso a mi petición.

Firma	Nombre escrito	Fecha
-------	----------------	-------

Office use only:

Attempt was made to obtain written acknowledgement above. Unable to obtain because:

- |   |  |                    |
|---|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Individual refused to sign | <input type="checkbox"/> Communication barrier existed | Employee signature |
| <input type="checkbox"/> Emergency situation arose  | <input type="checkbox"/> Other:                        | Date               |

# Reglas Financieras

He leído y entendido las reglas financieras de West Phoenix Pediatrics y Lisa Hunt, MD. Estoy de acuerdo en cumplir con sus términos. Esta firma autoriza dar tratamiento médico a mi hijo(a) y archivar reclamos a la aseguranza. **Estoy de acuerdo en hacerme responsable por cargos que la aseguransa no cubra.**

Firma	Nombre escrito	Fecha
-------	----------------	-------

Office use only: Version \_\_\_\_\_

Copy given to parent/guardian by: \_\_\_\_\_

# Autorización de foto

Celida Rangel, MD y Lisa Hunt, MD

Queremos mantener una foto del paciente como parte de su expediente médico. Todos los expedientes médicos están protegidos y mantenidos por nuestra privacidad de práctica y sostenido por las reglas de HIPPA. Al firmar abajo, usted permite que una foto del paciente sea tomada y **actualiza periódicamente** como parte de su expediente médico.

<i>Nombre del paciente</i>	<i>M . F</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>

No doy permiso

Padre/guardián	Fecha
----------------	-------

# Expediente de investigación de elegibilidad del paciente programas de vacunas para niños

Este expediente se debe mantener en la oficina del proveedor de cuidado médico para reflejar el estado actual de todos los niños menores de 18 años de edad, que sean elegibles para recibir inmunizaciones a través del programa de VFC. El expediente puede ser llenado por el padre, guardián, por la persona que va a recibir las vacunas, o por el proveedor de cuidado médico. *Este mismo expediente se puede utilizar para todas las visitas subsecuentes mientras el estatus de elegibilidad de VFC del niño no haya cambiado.* No se requiere verificar las respuestas por el proveedor, pero es necesario conservar este expediente en el archivo para un mínimo de tres años.

Nombre del paciente	M • F	Fecha de nacimiento

Padre/guardian/Persona en el Expediente:

Proveedor:

*Este niño califica para las vacunas a través del programa de VFC porque él/ella (Marque solamente uno):*

0.  esta inscrito en KidsCare
1.  esta inscrito en AHCCCS
2.  no tiene seguro médico
3.  es Indio Americano o Nativo de Alaska
4.  su seguro médico no paga las vacunas
5.  estos niños no califican para VFC

Fecha de los cambios y de las actualizaciones de la elegibilidad				
KidsCare	AHCCCS	Un-insured	Native American/ Alaska Native	Under-insured

Marque aquí si el niño tiene servicio que pague por las vacunas

Como un consejo, si su compañía de seguro no cubre inmunizaciones y usted no nos deja saber a la hora de la visita, es su responsabilidad pagar el costo implicado. No podemos hacer que el Programa de Vacunas para Niños retroactivo y usted es elegible para el Programa de Vacunas para Niños solamente a la hora de su visita. Si usted no está seguro que las vacunas y los chequeos sean cubiertos, por favor comuníquese con su a su compañía de seguro medico.

Gracias,

*Firme por favor debajo para indicar que usted entiende y esta de acuerdo con la declaración antedicha.*

Firma	Fecha
-------	-------

# Reglas Financieras y Oficina

Estimado Padre/Guardián,

Bienvenidos! Favor de tomar su tiempo para leer las siguientes reglas y procedimientos. Esperamos establecer una larga y placentera relación médica.

Nuestra oficina atiende pacientes con cita solamente. Al hacer una cita, **por favor**, requerimos que nos notifique cualquier cambio con su aseguransa, dirección, número de teléfono o la persona de emergencia. Esto elimina demoras innecesarias en **el día de su cita**.

Consulta sin cita o agregar hermano/a a la hora de su consulta será puesto hasta la siguiente cita disponible. Queremos atender a su hijo/a pero no es justo hacer esperar a otro paciente que ya tiene cita. Si usted siente que su hijo/a no puede esperar para ser visto pida hablar con **nuestros asistentes**.

Si no puede llegar a tiempo a su cita favor llame a la oficina y hable con nuestro personal, revisaran el horario y determinaran si puede ser visto o si necesita otra cita. No se le garantiza que se le verá si llega después de su cita.

Si no puede asistir a su cita le requerimos que hable a la oficina y cancele lo más pronto posible, preferible **24 horas antes**. Esto permite a otro paciente hacer una cita con nuestros médicos. Si usted no cancela su cita por lo menos **2 horas antes** tendrá como consecuencia una falta en su expediente y un **cobro de \$25.00** por cada falta será aplicado. **Faltas repetidas puede resultar en expulsión de la familia de nuestra clínica.**

Es requerido que un tutor legal acompañe a un menor a menos que una autorización previa y por escrito se haiga dado. El adulto acompañando al menor está obligado a pagar según nuestras reglas. No aceptamos asignaciones de terceras personas y no reconocemos o implementamos los terminos de divorcio.

Su pago es requerido en cada visita, ya sea deducible, co-pago, porcentaje o pago completo. Si está esperando que la aseguransa se haga efectiva o no tiene aseguransa se espera pago a la hora de su cita. Para su conveniencia aceptamos dinero en efectivo, cheques, o tarjeta de credito Visa y Master Card. Se le cobrara un cargo de \$30.00 por cada cheque que sea regresado, y sus opciones de pago sera unicamente dinero en efectivo, tarjeta de credito, o fondos certificados (como Money Order, Cashiers Check, or cheque certificado).

Nuestra oficina verifica su aseguransa en cada **visita pero es la responsabilidad del padre/guardián de conocer la cobertura financiera de su plan**. Para preguntas sobre su cobertura favor de referirse al libro o la red de su plan. Tenga en cuenta que una autorización de su a seguridad para tratamiento **NO** es garantía de pago. Para cualquier pregunta sobre una cuenta pendiente favor llame al 602-427-4992. Entendemos que puede haber problemas financieros, si ese es el caso favor comuníquese con nuestro departamento de cobro. Cuentas con balance por más de 90 días de la fecha de servicio será enviado a la agencia de colección y la familia podrá ser expulsada de nuestra clínica.



**Lisa Hunt, MD**

Phone 623-889-6186

Fax 623-889-6188