

Newborn

PIEDMONT PEDIATRICS, PLC

Hosp: Time:

20 Rock Pointe Lane, Warrenton, Virginia 20186 • 540-347-9900 • Fax 540-349-0920

Paciente Nuevo

PACIENTE REGISTRO

Account No

Paciente Existente

Impresión por favor • Llene todos puntos

Nombre del Niño	Apellido	Nickname	Fecha de Nacimiento	Género	Idioma Preferido	Race (enter number for each child) 1-American Indian/Alaska Native 2-Asian 3-Black/African American 4-Hispanic 5-Native Hawaiian/Pacific Islander 6-More than one Race 7-White	Ethnicity Hispanic/Latino?	Fumador?
				M F			Si No	Si No
				M F			Si No	Si No
				M F			Si No	Si No
				M F			Si No	Si No
				M F			Si No	Si No

Padre/Tutor (Guardio) Legal

Casado Soltero Divorciado

*Vive el niño con Padre/Tutor Legal: Si / No

Nombre/Apellido del Padre/Tutor Legal	Fecha de Nacimiento	Numero del Social Security	Telefono de casa
Direccion de casa		Ciudad/Estado	Zip
Patrono/Empleador del Padre/Tutor Legal			Telefono del Trabajo
Email del Padre/Tutor Legal			Telefono Cellular
Contacto Preferido: Telefono Cellular? Casa? Trabajo?			

Madre/Tutor (Guardia) Legal

Casado Soltero Divorciado

*Vive el niño con Madre/Tutor Legal: Si / No

Nombre/Apellido del Madre/Tutor Legal	Fecha de Nacimiento	Numero del Social Security	Telefono de casa
Direccion de casa		Ciudad/Estado	Zip
Patrono/Empleador del madre/Tutor Legal			Telefono del Trabajo
Email del Madre/Tutor Legal			Telefono Cellular
Contacto Preferido: Telefono Cellular? Casa? Trabajo?			

En caso de Urgencia (Amigo o Pariente)

Nombre	Relacion	Telefono
--------	----------	----------

Insurance Information

*Information de Seguro y copia de tarjeta de Seguro es necesario para Reclamar Beneficios

Nombre del Segurado	Cantidad de Copago
Compania Primaria de Seguro	Numero de Identidad del Enfermo
	Numero de grupo del Enfermo

Certifico que la information que di es correcta y que yo Padre/Tutor Legal ???, entiendo y acepto las condiciones de Registracion declarados en pagina siguiente.

Firma del Padre/Tutor Legal

Impresión Nombre

Fecha

LAS CONDICIONES DE REGISTRACION

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO _____(iniciales)

El abajo firmante consiente en la administración de tales tratamientos medicos, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos e inmunizaciones y trabajos de laboratorio como el medico requiere para tartar a su hijo.

VIH/HEPATITIS B & C NOTIFICACIÓN DE PRUEBAS DE VIRUS _____(iniciales)

De acuerdo con la ley de Virginia, cualquier paciente a cuyos fluidos corporals haya sido expuesto un tranajador de salud, se considerará que ha consentido la prueba de VIH/Hepatitis B y C. En todos los demás casos, el paciente tendrá el derecho de consentir o rechazar las pruebas de VIH/Hepatitis B y C. No hacemos pruebas aleatorias de VIH.

AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS _____(iniciales)

Autorizo a Piedmont Pediatrics a solicitar beneficios por servicios prestados a niños menores bajo cualquier póliza / programa de seguro médico que provea beneficios y asignar y autorizar el pago de beneficios de mi / nuestra compañía de seguros a Piedmont Pediatrics (incluyendo los beneficios pagaderos bajo el Título XVIII del Seguro Social acto y / o cualquier otra agencia gubernamental.) Yo autorizo irrevocablemente todos estos pagos a Piedmont Pediatrics. Autorizo a Piedmont Pediatrics a contactar al empleador oa la compañía de seguros con respecto a la información del seguro, la existencia del seguro y la cobertura de mis / nuestros beneficio.

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION _____(iniciales)

Liberación de Información Médica (iniciales). Autorizo a Piedmont Pediatrics a liberar todos y cada uno de los expedientes médicos de mis hijos menores y / u otra información y registros requeridos por mi / nuestra compañía de seguros o sus agentes de revisión designados que proporcionan beneficios de seguro en mi nombre, incluyendo mi empleador y / la Administración de Seguro Social o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, necesarios para determinar los beneficios y procesar reclamaciones de seguro y asegurar el pago de beneficios al asegurado oa Piedmont Pediatrics; y autorizar a cualquier hospital, laboratorio, médico u otro proveedor de atención médica y / o su personal a divulgar los registros médicos de mis hijos menores y / o otros registros e información sobre mis hijos menores a Piedmont Pediatrics como requerido para el pago de beneficios y / médicos o cualquier otra razón; y autorizar Piedmont Pediatrics a liberar los registros antes mencionados por cualquiera de las razones anteriores. Estoy de acuerdo en pagar cualquier cargo aplicable por tener copias de los expedientes médicos.

COPIA DE FIRMA _____(iniciales)

Permito que una copia de esta autorización pueda ser usada en lugar de este original en todas las presentaciones de reclamaciones de seguro y para la liberación de cualquier registro médico y / o otros registros e información, como se indica aquí, ya sea manual, electrónico o telefónico.

CERTIFICACIÓN _____(iniciales)

Certifico que la información que he dado con respecto a mi / mi cobertura de seguro es correcta y que lo anterior será honrado por mi / nuestra compañía de seguros. Esta certificación también se aplicará a la solicitud de beneficios bajo el Título XVIII de la Ley Seguridad y / o cualquier otra agencia gubernamental, si es aplicable. También certifico que he leído lo anterior y como el padre / guardián / garante, entiendo y acepto completamente los términos en él.

FINANCIAL AGREEMENT _____(iniciales)

Aceptamos la mayoría de los planes de seguros. Es su responsabilidad proveernos de información correcta y actualizada en el momento de su visita y asegurarse de que somos los proveedores de su plan específico. Si usted no puede presentar información correcta y actualizada de seguro en el momento de su visita, se entiende que usted acepta ser responsable por el 100% de nuestros gastos habituales para esa visita. En caso de aceptar su plan, presentaremos un reclamo a su compañía de seguros con la mayoría de los gastos de consultorio y hospital, a menos que hayamos recibido notificación previa de servicios no cubiertos. Estos servicios, junto con todos los copagos, deducibles y saldos, son la responsabilidad del paciente y deberán ser pagados. Si usted no paga su deducible al momento, se podría agregar un recargo de \$10.00 a su saldo para cubrir costos administrativos. Todos los cargos no facturables al seguro se le notificarán con anticipación y deberá firmar una forma aceptando nuestra política antes de que se le presten los servicios. Presentaremos el reclamo inicial a su principal compañía de seguros. Solo presentamos reclamos a compañías de seguros secundarias de la Medicaid o Tricare. Usted debe responder a toda correspondencia del seguro solicitando información del paciente de manera oportuna o el reclamo podría recaer en su responsabilidad. Nuestra política de oficina es permitir un reclamo mas después del primer intento. Si después de la segunda presentación del reclamo este queda sin pagar, el saldo estaría bajo su responsabilidad y deberá pagar al momento de recibir la factura. Nos aseguraremos de que nuestros servicios sean facturados correctamente. No obstante, la responsabilidad última del pago oportuno de los servicios prestados es suya. **Saldos:** En algunas ocasiones podría ocurrir un sobrepago debido a procesamientos del seguro que podría resultar en menos dinero adeudado por el garante que lo previamente pagado. A menos que no esté de acuerdo, si un sobrepago ha sido hecho a su cuenta, retendremos un saldo de \$50.00 o menos por un período de hasta 180 días para aplicar esos fondos a su siguiente visita. Si el crédito se mantiene en su cuenta por más de 180 días, emitiremos un reembolso. Sobrepagos adeudados a compañías de seguro o agencias del gobierno serán reembolsados según las regulaciones de estas compañías. **Balance mínimo:** Piedmont Pediatrics ajustará cualquier balance de \$5 o menos. Reembolsos de \$5 o menos serán ajustados de acuerdo a nuestra política de balance mínimo. Si esas cantidades están en la cuenta después de 180 días, los saldos de \$5 adeudados serán ajustado y no facturados. **Pago por servicios prestados:** Nuestra oficina acepta efectivo, cheques, y tarjetas Visa y MasterCard. Todos los saldos vencen en un periodo de 30 treinta días a menos que se hayan hecho arreglos previos con el departamento de facturación. Habrá un cargo de \$35.00 por cheques devueltos. Todos los saldos de más de 90 días podrían ser enviados a una agencia de cobranzas o reclamados legalmente. Usted será responsable de los honorarios legales en los cuales Piedmont Pediatrics, PLC haya incurrido por en el cobro de saldo moroso y recolección. Nuestra oficina cobrará \$80 por citas perdidas sin llamadas previas para reprogramar o cancelar con al menos 24 horas de antelación. Entendemos que las emergencias suceden y cuando sea apropiado no se hará cargo. Si no participamos en su plan de salud o si el paciente no tiene seguro, el pago completo será exigido al momento de la visita.



PARENTAL/LEGAL GUARDIAN CONSENT FOR TREATMENT OF A MINOR

I, _____, the parent or legal guardian of the below mentioned minor child(ren), do hereby grant my authorization and consent to seek medical care to any one or more of the below mentioned adults whose care the minor child(ren) has been entrusted to act as agent(s) for myself in my absence. Medical care includes, but is not limited to, any treatment of illnesses, diseases, well care, immunizations and medical advice. Further, I give permission for the Authorized Individual below to pick up written prescriptions, including ones for controlled substances, in my absence. I further authorize the release of protected health information to the Authorized Individual(s) listed regarding the child(ren) whose names appear on this document.

Child's Name	Child's Date of Birth

Authorized Individual(s)		
Name	Relationship	Phone number

It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or care being required but is given to provide authority and power on the part of the aforesaid agent(s) to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment or hospital care which a physician or healthcare provider in the exercise of his/her best judgment may deem advisable.

This authorization shall remain in effect until _____ or until the child(ren) reach 18 years of age.
Month/Day/Year

I understand that I may revoke this authorization at any time by submitting a written request.

 Signature of Parent or Legal Guardian Date

 Printed Name of Parent or Legal Guardian