



Pediatric Dream Care

3199 Lake Worth Road B-2

Palm Springs, FL 33461

561-621-1801

561-331-4603

pediatricdreamcare@gmail.com

A partir del 01/01/2021, su compañía de seguros nos ordena recopilar los determinantes sociales de la salud, que incluyen datos de raza y etnia. Además, nos gustaría actualizar nuestra base de datos con su modo preferido para ponernos en contacto con usted.

DEMOGRAPHICS/DATOS DEMOGRÁFICOS

Patient's first and last name/Nombre y apellidos del paciente:

Day of birth/Fecha de nacimiento: ____/____/____

Address/Dirección: _____

Primary phone/Teléfono fijo: (____) - ____ - ____ Cell phone/Celular: (____) - ____ - ____

Email address/Correo electrónico: _____

Sex/Sexo: ____M ____F

Ethnicity/Etnia: ____ hispanic or latino/hispano o latino
____ not hispanic or latino/hispano o latino
____ declined to specify/prefiere no especificar.
____ unknown/desconocido

Race/Raza: ____ asian/asiático
____ black or african american/negra o afroamericano
____ native hawaiian or other pacific islander/nativo de Hawai u otra isla del pacífico
____ white/blanca
____ declined to specify/prefiere no especificar
____ other race/otra raza

Parent 1/Mamá o papá1:

First and last name/Nombre y apellidos:

Address/Dirección: _____

Primary phone/Teléfono fijo: (____) - ____ - ____ Cell phone/Celular: (____) - ____ - ____

Email address/ Correo electrónico: _____

Parent 2/Mamá o papá 2:

First and last name/Nombre y apellidos:

Address/Dirección: _____

Primary phone/Teléfono fijo: (____) - ____ - ____ Cell phone/Celular: (____) - ____ - ____

Email address/ Correo electrónico: _____

Patient preferred contact methods/Método de contacto de preferencia:

_____ mail address/correo electrónico

_____ home phone/teléfono fijo

_____ cell phone/celular

_____ text to cell/texto al celular

_____ no contact/no contactar

Health Insurance/Seguro médico

Name of health insurance/Nombre del seguro médico: _____

Subscriber's name/Nombre de persona suscrita: _____

Day of birth/Fecha de nacimiento: ____/____/____

Subscriber's Insurance ID#/Número de seguro del suscriptor: _____

Patient relationship to subscriber/Relación del paciente con el suscriptor: _____

Según todos los contratos de seguro, todos los copagos vencen en el momento del servicio. Es su responsabilidad estar familiarizado con las reglas específicas de su plan. Proporcionar atención médica de calidad para nuestros pacientes es nuestra principal preocupación. Estamos más que dispuestos a proporcionar esa atención dentro de las pautas de su seguro si nos informa en cada cita exactamente cuáles son esas pautas.

Yo, el abajo firmante, reconozco que el(los) niño(s) tienen cobertura de seguro con: (Nombre del seguro)

y asigno directamente al médico de Pediatric Dream Care, PA, todos los beneficios médicos, si los hubiera, pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea pagados por el seguro. Por la presente autorizo a los médicos de Pediatric Dream Care, PA a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago adecuado de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las reclamaciones de seguros.

Firma_____

Fecha_____/_____/_____

Pharmacy of your choice/Farmacia de su elección:

Name/Nombre: _____

Address/Dirección: _____

Phone number/Teléfono: (____) - ____ - ____

Fax number/número de fax: (____) - ____ - ____

How did you know about us? ¿Cómo supo de nosotros?

___ Google ___ Nuestro sitio web ___ Oficina de doctor ___ Familiar o amigo ___ Seguro médico/Agente
___ Publicidad ___ Red social: (___ Facebook ___ Instagram) Otro: _____

Family contacts/Contactos familiares

Contact 1/Contacto 1:

Full name/Nombre completo: _____

Relationship with the patient/Relación con el paciente: _____

Address/Dirección: _____

Day of birth/Fecha de nacimiento: ___/___/___

Cell phone/Celular: (____) - ____ - ____

Email address/Correo electrónico: _____

Family contacts/Contactos familiares

Contact 2/Contacto 2:

Full name/Nombre completo: _____

Relationship with the patient/Relación con el paciente: _____

Address/Dirección: _____

Day of birth/Fecha de nacimiento: ___/___/___

Cell phone/Celular: (____) - ____ - ____

Email address/Correo electrónico: _____

Acepto que todos los números de teléfono y direcciones de correo electrónico que he proporcionado anteriormente pueden ser utilizados por Pediatric Dream Care y aquellos que actúan en su nombre para comunicarse conmigo por teléfono, mensaje de texto o cualquier mensaje automatizado o pregrabado.

_____/_____/_____
Nombre de padre o madre/guardian legal (letra de molde) Firma Fecha



Pediatric Dream Care

3199 Lake Worth Road B-2

Palm Springs, FL 33461

☎ 561-621-1801

☎ 561-331-4603

pediatricdreamcare@gmail.com

Política de la Práctica.

Gracias por elegir nuestra práctica para las necesidades médicas de su hijo. Estamos comprometidos a brindarle una atención médica excepcional, así como a hacer que nuestros procesos de facturación médica sean lo más simples y eficientes posible. Los cambios recientes en la industria de la salud han dado lugar a que las compañías de seguros aumenten la parte del pago del paciente. Esto está impulsando a muchas prácticas médicas a adoptar nuevas políticas financieras para permitir procesos operativos más eficientes. Tómese un momento para familiarizarse con la Política de Tarjeta de Crédito en Archivo de nuestra práctica.

Para agilizar nuestro sistema de pago y proporcionar una manera conveniente para que los padres paguen sus facturas, requeriremos que todos los pacientes mantengan una tarjeta de crédito activa registrada con nosotros. La información de la tarjeta de crédito será almacenada de manera segura por nuestro procesador de pagos. Primero facturaremos a su compañía de seguros y, al determinar los beneficios, cargaremos a su tarjeta de crédito la parte del pago del paciente. Las circunstancias en las que se le cobraría a su tarjeta incluyen, entre otras, copagos perdidos, deducibles y co-seguros, servicios no cubiertos y / o denegación de servicios, y saldos vencidos.

Tarifa por servicio: Alentamos a todos los pacientes que tengan preguntas o inquietudes sobre el costo de la atención a preguntar sobre esos costos antes del servicio. Pediatric Dream Care, PA sigue las pautas de la Academia Americana de Pediatría (AAP) para la atención brindada a nuestros pacientes. Si se considera médicamente necesario, administraremos la atención de acuerdo con esas pautas y los pacientes incurrirán en tarifas asociadas.

Seguro: Facturamos a las compañías de seguros participantes como cortesía hacia usted. Si no tiene un seguro con el que participamos, se espera el pago completo en el momento del servicio.

-Recién nacido: La visita inicial del recién nacido y la segunda visita durante el primer mes de nacido tendrán un costo de \$100 cada una a pagar al momento de la visita, si el paciente no cuenta con un seguro vigente/activo. Luego durante el primer mes, cuando el seguro esté vigente/activo facturamos al seguro y si el seguro cubre la visita, se reembolsarán los \$100 pagados por cada visita. Si el seguro no cubre el costo de las visitas o de unas de ellas, los \$100 de la visita no cubierta por el seguro médico se considerarán el pago de la visita.

Cualquier otra visita sin seguro médico se considerará que el paciente paga la visita y la tarifa será según el tipo de visita. Usted tiene ciertas responsabilidades, como presentar su tarjeta de seguro en CADA VISITA y pagar deducibles y copagos en el momento del servicio. Los pacientes con seguro con deducible deben pagar en el momento de la visita. Una vez que el seguro haya pagado esa visita, haremos los ajustes necesarios en su cuenta. Si la diferencia es mayor a lo que pagó por la visita, se le notificará el monto adeudado para realizar el pago. Si la diferencia es menor a lo que pagó por la visita, se acreditará en su cuenta y, si desea un reembolso, debe solicitarlo a nuestra oficina. Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio en su dirección, número de teléfono o información del seguro para que podamos asegurarnos de que los requisitos correctos de facturación, elegibilidad y copago sean precisos. Si no se proporcionó nueva información del seguro en el momento del servicio, el paciente es responsable por el costo de la visita. Cualquier reclamo de más de 60 días de antigüedad es su responsabilidad y debe pagarse directamente a nosotros. Se espera que usted sepa cuáles son los beneficios cubiertos bajo su póliza, incluidos los copagos y deducibles. Nuestra oficina no siempre puede decirle con anticipación si sus cargos estarán cubiertos por su plan de seguro. Debido a que no tenemos forma de conocer todas las pólizas de seguro individuales, es su responsabilidad ponerse en contacto con su seguro si le preocupa si un cargo está cubierto.

Pago: Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No nos involucraremos en disputas entre usted y su compañía de seguros respecto a deducibles, copagos, cargos no cubiertos y cargos "habituales". Proporcionamos a su compañía de seguros información sobre su diagnóstico y tratamiento. Si su compañía de seguros no proporciona el pago dentro de los 60 días posteriores al tratamiento, usted será responsable del pago. Una vez que determinemos su obligación financiera personal o después de que su compañía de seguros reembolse Pediatric Dream Care, PA, por una parte de su atención, le enviaremos por correo una declaración con una explicación de lo que se debe. Pagos esperados en el momento de la visita como copagos y deducibles, tendrán una penalidad de \$20.00 si no se pagan en el mismo día de la visita.

Tarifa por no presentarse: Faltar a una cita sin avisar previamente al consultorio priva a otros pacientes de la oportunidad de tomar un espacio que se abre. Requerimos un aviso de al menos 24 horas hábiles antes de la cita para todas cancelaciones o reprogramaciones de citas. No notificar a la clínica de manera oportuna resultará en un cargo por cancelación del mismo día/no presentación de \$35 para visitas regulares y Telemedicina y un cargo por cancelación del mismo día/no presentación de \$50 para visitas de físico (niño sano). Un cargo por cancelación del mismo día/no presentación de \$50 aplicará para los sábados sin distinción del tipo de cita. Dos cancelaciones del mismo día/no presentación los sábados, no se le concederá cita en este día nuevamente. Si las cancelaciones, reprogramaciones y ausencias a citas son repetidas, se le recomendará a la familia que transfiera la atención fuera de la práctica.

Dificultades financieras: No estamos en el negocio de extender crédito a nuestras familias. Sin embargo, entendemos que puede haber ocasiones en que una familia enfrenta dificultades financieras. Por favor, póngase en contacto con nuestro gerente de oficina para hacer arreglos especiales.

Saludos pendientes: Cualquier cargo que quede sin pagar 60 días después de la fecha de los servicios se considera vencido. Las cuentas vencidas deben hacer arreglos con el gerente de la oficina antes de programar citas para niños sanos. Todas las cuentas que no hayan hecho arreglos y no estén siendo pagadas serán enviadas a nuestra agencia de cobro.

Política de cuidado: Nuestra clínica pediátrica sigue las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP) para las visitas de control pediátrico, y se adherirá a un programa de chequeos regulares, vigilancia y detección del desarrollo, y seguimiento de enfermedades crónicas. Estas visitas son cruciales para monitorear el crecimiento y el desarrollo, administrar vacunas e identificar posibles problemas de salud de forma temprana. Asistir a las citas es crucial para la salud y el bienestar de los niños, como se destaca en las Recomendaciones para la Atención Preventiva de la Salud Pediátrica de 2025.

Política de vacunación: Como profesionales médicos, creemos firmemente que vacunar a los niños según el calendario con las vacunas disponibles actualmente es absolutamente lo correcto para todos los niños y adultos jóvenes. Le informamos de estos hechos no para asustarlo ni obligarlo, sino para enfatizar la importancia de vacunar a su hijo. Estamos más que dispuestos a analizar cualquier pregunta que pueda tener sobre las vacunas, pero exigimos que todos los pacientes nuevos y establecidos de nuestro consultorio cumplan con el calendario de vacunación avalado por la Academia Americana de Pediatría (AAP). Si vacunar a su hijo acorde al calendario no forma parte de su objetivo de atención médica, entonces no seremos una buena opción para usted.

Terminación de relaciones con pacientes: A pesar de los mejores esfuerzos, puede resultar necesario terminar relaciones con pacientes que ya no son terapéuticas o apropiadas. Antes de terminar una relación con un paciente, abordaremos las razones subyacentes con el paciente o tutor. Si los esfuerzos para rehabilitar la relación no son apropiados o no dan resultado, el médico del paciente y el gerente de la práctica analizarán el caso y enviarán una carta de terminación a la dirección que el paciente tenga registrada. Las circunstancias para la terminación pueden ser, pero no están limitadas a:

-Incumplimiento del tratamiento: el paciente no sigue el plan de tratamiento o los términos de un contrato de manejo del dolor o interrumpe la medicación o los regímenes de terapia antes de completarlos.

-Incumplimiento del seguimiento: el paciente cancela repetidamente las visitas de seguimiento o no cumple con las citas programadas con los médicos.

-Incumplimiento de la política del consultorio: el paciente no cumple con las políticas del consultorio, como las implementadas para la renovación de recetas o la cancelación de citas, o se niega a cumplir con las precauciones obligatorias para el control de infecciones.

-Abuso o violencia verbal: el paciente, un familiar o un cuidador es grosero, usa un lenguaje despectivo o degradante, o acosa sexualmente al personal del consultorio u otros pacientes, visitantes o proveedores; exhibe un comportamiento violento o irracional; hace amenazas de daño físico; o usa ira para poner en peligro la seguridad y el bienestar de cualquier persona presente en el consultorio. Es posible que el personal del consultorio deba comunicarse con la policía de inmediato para obtener apoyo para ayudar a garantizar que la situación no se agrave.

- Exhibición de armas de fuego o de otro tipo: el paciente, un familiar o un cuidador externo amenaza las operaciones del consultorio empuñando un arma de fuego o de otro tipo en las instalaciones. Es posible que el personal del consultorio deba comunicarse con la policía de inmediato para obtener apoyo y garantizar que la situación no se agrave.

- Conducta inapropiada o delictiva: el paciente exhibe un comportamiento sexual inapropiado hacia los profesionales o el personal o participa en la desviación de drogas, el robo u otra conducta delictiva que involucra al consultorio.

- Falta de pago: el paciente debe una cantidad de facturas y se ha negado a trabajar con el consultorio para establecer un plan de pago o ha dejado de realizar los pagos que se habían acordado previamente.

-Mayoría de edad: si el paciente cumple los 18 años, le aconsejaremos que busque un médico primario de adulto lo cual facilitará su cuidado de salud, por lo que al llegar a esta edad será desactivado automáticamente de nuestra oficina.

-Incumplimiento de nuestra política: cualquier paciente o familiar que de alguna manera continúe incumpliendo con lo descrito en la Política de Pediatric Dream Care, PA luego de habersele hecho un requerimiento (verbal o escrito).

Inteligencia Artificial: Con el objetivo de dedicar el mayor tiempo posible al paciente, es posible que usemos Inteligencia Artificial durante la visita y el audio de la entrevista médico-paciente sea grabada.

Teléfono celular u otro dispositivo: El uso de teléfono celular u otro dispositivo durante la visita médica interfiere con la misma por lo que agradecemos que los mantenga en silencio y conteste las llamadas después de la visita. Para ayudar a la seguridad de nuestros pacientes Pediatric Dream Care, PA mantiene vigilancia con audio y video fuera de la oficina y dentro de la oficina en áreas comunes. También mantenemos control permanente de la seguridad de la información de nuestros pacientes por lo que la grabación de audio/video dentro de la oficina por persona no autorizada no está permitida.

Alimentos, bebidas y daños a la propiedad: Durante la visita a nuestra oficina el guardián del menor debe mantener control permanente de su comportamiento para evitar accidentes y daños a la propiedad. Nuestra oficina está 100% diseñada para la atención a pacientes en edades pediátricas por lo que agradecemos que mantenga todos alimentos y bebidas de adultos fuera de la oficina para evitar accidentes y daños a la propiedad. Todos alimentos y bebidas de adultos están estrictamente prohibidos dentro de la oficina.

Aceptación de la política de la práctica: al firmar esta política, el paciente (o guardián) certifica que ha leído, comprendido y aceptado completamente esta política. El contenido de esta política está sujeto a cambios y actualizaciones en cualquier momento a discreción de la Práctica y cualquier actualización se publicará en el sitio web de la Práctica. Es responsabilidad del cliente buscar en el sitio web de la Práctica en pediatricdreamcare.com la versión más reciente de la política de la Práctica. Al ejecutar esta Política y continuar recibiendo atención y servicios proporcionados por Pediatric Dream Care, PA al cliente, el cliente acepta verificar continuamente si hay actualizaciones a dicha Política y estar sujeto a dichos términos y condiciones.

Nombre de padre o madre/guardian legal (letra de molde)

Firma

Fecha



Pediatric Dream Care

3199 Lake Worth Road B-2
Palm Springs, FL 33461
☎ 561-621-1801
☎ 561-331-4603
pediatricdreamcare@gmail.com

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO MÉDICO

Ambos padres tendrán autorización automáticamente a menos que se presenten documentos judiciales que indiquen específicamente que uno no está autorizado. Esto es para autorizar a otras personas a traer a sus hijos a nuestra oficina.

Yo, _____ (Nombre legal completo del padre/tutor), siendo el padre/tutor legal de:

1. Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Autorizo a:

1. Nombre del cuidador: _____ Relación con el paciente: _____

2. Nombre del cuidador: _____ Relación con el paciente: _____

3. Nombre del cuidador: _____ Relación con el paciente: _____

Para buscar, obtener y dar su consentimiento para la atención médica de rutina y el tratamiento/atención médica de emergencia y el tratamiento, los procedimientos y las vacunas para mi hijo/hijos enumerados anteriormente según lo considere necesario un profesional médico o de la salud con licencia. Esta autorización es por el período en que mi hijo está bajo el cuidado de la persona/personas mencionadas anteriormente y es efectiva _____ (fecha). Puedo revocar/editar este consentimiento en cualquier momento.

Nombre del padre/madre/guardian (print)

Firma

____/____/____
Fecha



Pediatric Dream Care

3199 Lake Worth Road B-2

Palm Springs, FL 33461

☎ 561-621-1801

📠 561-331-4603

pediatricdreamcare@gmail.com

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Nombre del familiar: _____ Nombre del niño: _____

Agregue una marca de verificación (✓) si es positiva.

Historial médico pasado (Por favor, trate de ser específico con la enfermedad)	Madre	Padre	Abuela materna	Abuelo materno	Abuela paterna	Abuelo paterno
Alergias nasales/otras alergias						
Asma/enfermedad pulmonar						
Enfermedad cardíaca						
Presión arterial alta						
Colesterol alto						
Diabetes						
Otros problemas endocrinos tiroides)						
Cáncer (tipo)						
Anemia						
Trastorno hemorrágico						
Epilepsia o convulsiones						
Trastorno del desarrollo						
Trastorno neurológico que incluye DHD/ADD						
Enfermedad hepática						
Trastorno gastrointestinal						

Enfermedad renal						
Mojar la cama						
Discapacidad auditiva						
Deterioro de la visión o trastorno ocular						

Problemas inmunitarios, infecciones recurrentes o VIH/SIDA						
Abuso de alcohol						
Abuso de drogas						
Enfermedad mental						
Tuberculosis						
Otra condición						



Pediatric Dream Care

3199 Lake Worth Road B-2

Palm Springs, FL 33461

☎ 561-621-1801

☎ 561-331-4603

pediatricdreamcare@gmail.com

CONSENTIMIENTO HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Estos derechos me son otorgados bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento autorizo a Pediatric Dream Care a usar y divulgar mi información médica protegida para usarla en:

1. Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto por parte de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento)
2. Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros)
3. Las operaciones diarias de atención médica de su práctica.

También he sido informado y se me ha otorgado el derecho de revisar y obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica protegida y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que Pediatric Dream Care se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo comunicarme con usted en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se usa y divulga mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica, pero que usted no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si está de acuerdo, está obligado a cumplir con esta restricción. Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito en cualquier momento.

Además, acuso recibo de las Políticas y Procedimientos de Pediatric Dream Care y la Declaración de Políticas Financieras.

Nuestro Aviso de práctica de privacidad se puede encontrar en nuestro sitio web en pediatricdreamcare.com en la pestaña Acerca de nosotros o puede solicitar una copia hoy marcando sí a continuación.

[] Sí, me gustaría una copia del Aviso de práctica de privacidad.

[] No, no me gustaría una copia del Aviso de práctica de privacidad.

Nombre y apellidos del paciente (print): _____

Nombre y apellidos del guardian (print): _____

Relación con el niño: _____

Firma del guardian: _____

Fecha: __/__/____



Pediatric Dream Care

3199 Lake Worth Road B-2

Palm Springs, FL 33461

☎ 561-621-1801

☎ 561-331-4603

pedsdreamcare@gmail.com

ACUERDO DE USUARIO DEL PORTAL DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información de los padres padres:

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Conceptos básicos del portal del paciente

Pediatric Dream Care entiende la necesidad de comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes. Pediatric Dream Care se compromete a proporcionar a los pacientes y otro personal autorizado la capacidad de utilizar un portal seguro y confidencial para pacientes que proporciona la siguiente funcionalidad:

1. Acceso a registros médicos
2. Posibilidad de ponerse en contacto con el mostrador de citas.
3. Comunicación segura con profesionales de la salud.

El Portal de Cuidado del Sueño Pediátrico utiliza tecnología para ofrecer comunicaciones seguras entre los pacientes y Pediatric Dream Care.

El término "portal del paciente" se refiere al sistema de información de Pediatric Dream Care que proporciona acceso a la información de salud de los pacientes y permite una comunicación segura, incluidas las solicitudes de recetas, referencias y citas.

"Comunicación electrónica" significa correo electrónico o mensajes de texto con pacientes fuera de un portal para pacientes.

Política del portal del paciente

Las siguientes políticas y limitaciones se aplican al uso del portal para pacientes de Pediatric Dream Care.

1. La comunicación del portal del paciente no es para fines de emergencia. Si tiene una emergencia, marque el 911 o vaya a su hospital local.
2. La correspondencia a través del portal del paciente es complementaria a los encuentros médico/paciente. Pediatric Dream Care no proporcionará diagnóstico y tratamiento basados en el portal del paciente.
3. Los temas delicados, como el VIH / SIDA, las ETS, la salud mental, la salud conductual, el tratamiento de drogas o la información sobre pruebas genéticas no se pueden discutir a través del portal del paciente.
4. Se prohíbe otra comunicación electrónica con el profesional de la salud, como el correo electrónico que no sea del portal o los mensajes de texto.

5. Las comunicaciones enviadas a través del portal del paciente deben ser corteses, respetuosas, apropiadas, basadas en hechos y veraces.
6. Las comunicaciones deben responderse dentro de dos días hábiles. Usted acepta no utilizar este portal si necesita una respuesta antes o urgente. Si su necesidad es urgente, debe comunicarse directamente con la práctica.
7. Usted acepta no compartir su contraseña con nadie y que usted es el único responsable de proteger su contraseña.
8. Usted acepta que el acceso al sitio se proporciona "según esté disponible" y que nuestra práctica no puede garantizar que pueda acceder al portal en cualquier momento. Las comunicaciones basadas en Internet son inherentemente inseguras ya que ninguna tecnología garantiza la privacidad o seguridad de la información enviada a través de Internet. Usted acepta tener cuidado al proporcionar información a través de este portal, y reconoce que mantener los mensajes seguros es su responsabilidad.

Condiciones de participación

El acceso a Pediatric Dream Care está restringido al paciente mencionado anteriormente. Este servicio es opcional, y nos reservamos el derecho de suspender o terminar el servicio y / o su acceso al mismo en cualquier momento. Si la práctica suspende este servicio, aún tendrá acceso a copias de su registro médico y otra información de salud, previa solicitud.

El paciente reconoce que acepta cumplir con la Política del Portal del Paciente de Pediatric Dream Care descrita anteriormente.

Nombre padre/madre/guardian legal (print)

Firma

____/____/_____
Fecha



Pediatric Dream Care

3199 Lake Worth Road B-2
Palm Springs, FL 33461
☎ 561-621-1801
☎ 561-331-4603
pediatricdreamcare@gmail.com

FORMULARIO DE TRANSFERENCIA DE REGISTROS MÉDICOS

Apellidos del paciente: _____ Nombre: _____

Fecha de nac.: ____/____/____ Teléfono: _____

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a previo médico/instalación médica:

(nombre) _____ Número de teléfono: _____

A proporcionar la información de mi registro médico a: Pediatric Dream Care located at 3199 Lake Worth Rd, Ste B-2,
Palm Springs, FL, 33461. Phone: 561-621-1801 Fax: 561-331-4603 e-Fax: 561-288-4532

Fecha(s) del Servicio solicitado: _____

Documento(s) solicitado: _____

Entiendo que todo el registro médico, incluida la información relacionada con el abuso de drogas o alcohol y
tratamiento psicológico o psiquiátrico, se proporcionará a menos que especifique que la siguiente información no
debe ser liberada: _____

Estoy solicitando la transferencia de los registros médicos de mi hijo / hijos / s debido a:

- ☐ Reubicación
- ☐ Edad del niño
- ☐ Insatisfacción con los médicos / personal
- ☐ Cambio de seguro
- ☐ Otro: _____

Comentarios: _____

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización previa solicitud.

Nombre de Paciente/Padres/Guardian legal: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____