



Nazia Baig, MD • Sonal Jain, MD

311 N. Allen Drive, Allen, TX 75013
Teléfono: 972-372-0444
Fax: 833-427-1174
Correo electrónico:
doc@eastsidechildrens.com

* Información del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Sexo: Hombre / Mujer Reside con: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Sexo: Hombre / Mujer Reside con: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Sexo: Hombre / Mujer Reside con: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Sexo: Hombre / Mujer Reside con: _____

* Información del padre / tutor

* Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Número de seguro social: ____ - ____ - ____ Teléfono celular: (____) ____ - ____

* Nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Número de seguro social: ____ - ____ - ____ Teléfono celular: (____) ____ - ____

* Domicilio:

Ciudad: _____ Código postal: _____

* Información del Seguro:

Nombre del titular: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Nombre del seguro médico: _____
Identificación de miembro: _____ N. ° de grupo: _____

*Farmacia:

Dirección / Cruce de calles: _____

Teléfono: (____) _____ - _____

Todos los pacientes deberán completar un formulario de registro actualizado cada 6-12 meses.

Deseo ser contactado de la siguiente manera:

Contacto principal: _____ **Relación con el niño:** _____

Teléfono celular: (____) _____ - _____ Deje un mensaje detallado: Sí /No y Texto: Sí/ No

Correo electrónico: _____

Enviar correo electrónico: Sí / No

Contacto secundario: _____ **Relación con el niño:** _____

Teléfono celular: (____) _____ - _____ Deje un mensaje detallado: Sí /No y Texto: Sí/ No

Correo electrónico: _____

Enviar correo electrónico: Sí / No

**** Los mensajes de texto no contendrán información médica. Los mensajes detallados y de correo electrónico pueden contener información médica. ****

Consentimiento médico

Las personas que se enumeran a continuación pueden ser contactadas **además del padre / tutor** como contactos de emergencia, para programar citas, solicitar información médica y dar consentimiento para el tratamiento médico relacionado con mi hijo / hijos.

Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Número de teléfono: (____) _____ - _____

Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Número de teléfono: (____) _____ - _____

Firma del padre : _____

Fecha: _____

Solicitud de divulgación de registros médicos

(solicite formularios adicionales si hay más de un médico / consultorio)

Nombre del médico o consultorio

Dirección

Número de teléfono y número de fax

Solicito que los registros completos de mi hijo o la información específica que se indica a continuación se entreguen a:

**Eastside Children's Clinic
311 N. Allen Drive
Allen, TX 75013
Teléfono: 972-372-0444
Fax: 833-427-1174**

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

Por favor envíe todos los registros médicos, incluidos los registros de vacunación.

Al firmar este formulario, le autorizó a divulgar información médica confidencial sobre mí o mi hijo. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de que la instalación reciba la revocación. Si el solicitante o receptor no es un plan de atención médica o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad o se pueda volver a divulgar. He leído y autorizado la divulgación de la información médica protegida como se indica. Es posible que reciba una copia de este formulario después de haberlo firmado.

Firma del padre: _____

Fecha: _____

Póliza financiera

Seguro médico:

Los copagos, coseguro y deducible deben pagarse al momento del servicio. **Puede haber un saldo adicional adeudado después de que los pagos de su seguro se apliquen a su cuenta.** Recuerde que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Todos los saldos pendientes de más de 90 días serán entregados a una agencia de cobranza a menos que se hayan hecho arreglos previos con esta oficina. Usted acepta reembolsarnos los honorarios de cualquier agencia de cobranza, que pueden basarse en un porcentaje de un máximo del 25% de la deuda, y todos los costos y gastos, incluidos los honorarios razonables de abogados, en los que incurramos en dichos esfuerzos de cobranza. Hemos implementado una política que le permite mantener la información de su tarjeta de crédito de forma segura en los archivos de Eastside Children's Clinic, PLLC. Al proporcionarnos la información de su tarjeta de crédito, está otorgando a Eastside Children's Clinic, permisos de PLLC para cargar automáticamente su tarjeta de crédito registrada para el copago de cualquier persona que haya incluido en estos formularios. Si su proveedor de seguros ha pagado su parte de su factura o la de cualquier otra persona indicada y hay un saldo adeudado, Eastside Children's Clinic, PLLC le notificará por teléfono / correo. Si para el aviso de facturación final / 90 días, no recibimos una respuesta suya sobre el pago, el saldo adeudado se cargará a su tarjeta de crédito. Se le enviará una copia del cargo por correo. Esto de ninguna manera compromete su capacidad para disputar un cargo o cuestionar la determinación de pago de su compañía de seguros. El monto que paga por su visita al consultorio depende de varios factores, que incluyen; Tipo de visita programada, ya sea un paciente nuevo o establecido, la complejidad de su visita y el examen del médico. (Esto no siempre se sabrá en el momento de la salida hasta que el médico apruebe las notas de la visita). Cualquier gasto de bolsillo, copagos, deducibles y coseguro es responsabilidad del paciente y se debe pagar en el momento del servicio.

(Las familias con medicaid básico están exentas de esta política)

TeleHealth:

Tenga en cuenta que una visita de TeleHealth es equivalente a una visita al consultorio. Todos los pagos y el procesamiento del seguro aún se aplican. TeleHealth se considera cualquier visita telefónica o virtual con el proveedor. Si no se realiza una visita de TeleHealth, es posible que el proveedor le indique al Asistente médico que responda a su llamada con instrucciones.

Pago por cuenta propia:

Los pacientes que **no** tienen seguro se considerarán pacientes de pago por cuenta propia. Tenga en cuenta que el costo de la visita de pago por cuenta propia puede no ser el único costo que tenga durante su visita. Si se administran pruebas y / o inyecciones adicionales, se le cobrará por estas al momento de pagar. Por lo tanto, asegúrese de preguntar primero al personal si cubre alguna prueba / vacuna adicional. Entiendo que esta autorización será válida hasta el vencimiento de mi tarjeta de crédito, a menos que cancele esta autorización mediante notificación por escrito.

Firma del padre: _____

Fecha: _____

Política de la clínica

Citas:

Le pedimos que llegue al menos 10 minutos antes de su cita para completar la documentación necesaria y confirmar la cobertura del seguro. Solo se programa un cierto número de citas cada hora.

Si su hijo tiene un problema que podría requerir más tiempo (es decir, dolores de cabeza crónicos, dolor abdominal recurrente), comuníquese a nuestro equipo cuando programe la cita. Si es necesario, notifique a nuestra oficina cuando no pueda asistir a una cita. Las citas por enfermedad deben cancelarse lo antes posible. Otras citas deben cancelarse con al menos 24 horas de anticipación.

Si tiene una pregunta médica, nuestro asistente médico de triaje capacitado se encargará de atender su llamada. (Si desea que se atienda a su hijo, haga una cita. La telesalud es opcional y se llamará entre las citas en el consultorio). Todas las llamadas telefónicas se devuelven en el orden en que se recibieron, a menos que haya un problema urgente. Nos esforzamos por responder a todas las llamadas el mismo día en que se reciben. Tenga en cuenta que es posible que las llamadas que requieran la participación de un médico no se devuelvan hasta después de las citas. Eastside Children's Clinic siempre intenta confirmar las citas el día antes de la cita. Sin embargo, si no responde a nuestra confirmación de cita, es posible que se le ofrezca la cita a otro paciente. Si necesita respondernos fuera del horario de atención para cancelar, deje un mensaje de voz y lo comprobaremos a la mañana siguiente.

Nuestros teléfonos son atendidos de lunes a viernes de 8: 30-12 y nuevamente de 1-5 y sábados alternos de 8: 30-12. Nuestro personal ha recibido instrucciones para manejar todas las llamadas entrantes para permitir que los proveedores atiendan a sus pacientes programados con una interrupción mínima. Si siente que necesita hablar con el proveedor durante el horario de atención, se le pedirá que deje un mensaje en la oficina principal y se lo transmitirá al proveedor. Es posible que el proveedor le indique al asistente médico que responda a su llamada con instrucciones.

Portal del paciente:

Hay un portal del paciente disponible para acceder y ahorrar tiempo enviándonos un mensaje, viendo vacunas, resultados de laboratorio y mucho más.

Para emergencias, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Para problemas que no sean de emergencia y requieran una visita al consultorio fuera del horario de atención, consulte con su compañía de seguros para obtener recomendaciones. A continuación se enumera una clínica local de atención de urgencia para pacientes pediátricos únicamente. No estamos afiliados a la clínica, así que asegúrese de que la información importante se envíe por fax a nuestra oficina después de su visita.

Children's Health PM atención de urgencia
Teléfono: (214) 592-0701

También puede comunicarse con Ask A Nurse del Medical City Children's Hospital. Ask a Nurse es un servicio gratuito para pacientes pediátricos, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Para comunicarse con este servicio, llame al (972) 318-6752. Muchas compañías de seguros también ofrecen una línea gratuita de servicios de enfermería; comuníquese con su seguro para obtener más información.

Remisiones:

Tenga en cuenta que cualquier remisión que el proveedor recomiende a un especialista o terapia requerirá algún tiempo para trabajarse, el tiempo puede oscilar entre 3 y 7 días hábiles a menos que esté marcado como URGENTE. Háganos saber su preferencia de contacto para obtener información de referencia. Correo electrónico / mensaje de texto / llamada telefónica
Es responsabilidad de los padres llamar y obtener información sobre la programación.

Reabastecimiento de medicamentos:

la forma más rápida de recibir un reabastecimiento de medicamentos recetados es llamar a su farmacia, ya que pueden enviar una solicitud electrónica directamente a la historia clínica de su hijo en el registro médico electrónico. Los reabastecimientos de medicamentos también se pueden solicitar fácilmente a través del portal del paciente, que también va directamente a la historia clínica de su hijo. Las solicitudes de recarga del teléfono normalmente se completarán en unos pocos días. Algunas recetas pueden requerir una autorización previa de su compañía de seguros, así que asegúrese de comunicarse con nosotros antes de que su hijo se quede completamente sin medicamentos. Todas las solicitudes de reabastecimiento están sujetas a la discreción del médico. El tiempo mínimo de respuesta para una solicitud de recarga puede ser de 48 horas.

Formularios:

Cualquier formulario necesario para cualquier instalación externa, como la escuela, la guardería, etc., requerirá de 7 a 10 días hábiles para procesarse. Es responsabilidad de los padres conseguir los formularios necesarios de manera oportuna. Los formularios se completarán durante el horario de oficina entre las citas programadas.

Acuerdo de información de HIPAA:

La oficina puede usar y divulgar información médica y financiera relacionada con su atención que pueda ser necesaria ahora o en el futuro para facilitar el pago de terceros por los servicios prestados por nosotros, o para ayudar con, ayudar en o Facilitar la recopilación de datos para fines de revisión de la utilización, garantía de calidad o evaluación de resultados médicos. Los registros se pueden entregar a cualquier médico que sea directa o indirectamente responsable de su atención médica. Estamos legalmente obligados debido al cumplimiento de HIPAA, a mantener la privacidad de su información médica protegida y a proporcionarle este Aviso de prácticas de privacidad y a cumplir con sus términos. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y aplicar prácticas de privacidad revisadas a la información de salud protegida. Puede hablar con el personal de la oficina para obtener información adicional con respecto a las preguntas que pueda tener sobre este Aviso o para recibir una copia impresa del mismo.

Consentimiento para el tratamiento:

Acepto permitir que mi hijo reciba atención médica en Eastside Children's Clinic. Este consentimiento se aplica a la atención médica de rutina, incluidos, entre otros, exámenes físicos, pruebas de rutina en el consultorio, vacunas estándar y visitas de telesalud. Entiendo que no se realizarán intervenciones o tratamientos sin antes hablar con un padre / tutor.

Firma del padre: _____

Fecha: _____