

THE CHILDREN'S CLINIC OF CONWAY AND GREENBRIER

Formulario de Ingreso del Paciente 1

Nombre del Paciente: _____ Nombre de pila Inicial del segundo nombre Apellido Género:
Fecha de Nacimiento: _____ SSN#: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Otro:

Raza/Etnicidad: ☐ Amer. Ind./Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hawaiano/Islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro:
Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Si está en cuidado de acogida, trabajador(a) encargado(a): _____

Dirección postal: _____

Nombre del Tutor/a 1: _____ FN: _____ SSN: _____

Relación del Tutor 1 con el paciente: _____ Lugar de trabajo del Tutor 1: _____

Email del Tutor 1: _____ Teléfono del Tutor 1: _____

Nombre del Tutor/a 2: _____ FN: _____ SSN: _____

Relación del Tutor 2 con el paciente: _____ Lugar de trabajo del Tutor 2: _____

Email del Tutor 2: _____ Teléfono del Tutor 2: _____

Formulario de Ingreso del Paciente 2

Nombre del Paciente: _____ Nombre de pila Inicial del segundo nombre Apellido Género:
Fecha de Nacimiento: _____ SSN#: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Otro:

Raza/Etnicidad: ☐ Amer. Ind./Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hawaiano/Islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro:
Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Si está en cuidado de acogida, trabajador(a) encargado(a): _____

☐ La dirección y la información del tutor son las mismas que las del Paciente 1

☐ La dirección/información del tutor es diferente:

Formulario de Ingreso del Paciente 3

Nombre del Paciente: _____ Nombre de pila Inicial del segundo nombre Apellido Género:
Fecha de Nacimiento: _____ SSN#: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Otro:

Raza/Etnicidad: ☐ Amer. Ind./Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hawaiano/Islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro:
Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Si está en cuidado de acogida, trabajador(a) encargado(a): _____

☐ La dirección y la información del tutor son las mismas que las del Paciente 1

☐ La dirección/información del tutor es diferente:

.....
Farmacia principal (nombre): _____

Divorcio, Separación, Custodia

Si los padres están divorciados, separados o no tienen la custodia del Paciente 1, 2 o 3, por favor complete.:

¿Quién tiene la custodia principal?_____

¿Existen restricciones legales para que los padres den su consentimiento para tratamiento médico o accedan a información médica? _____

Por favor proporcione cualquier documento legal o judicial para nuestros registros.

No podemos hablar sobre el cuidado del paciente con nadie que no esté incluido en la cuenta de su hijo. Si alguien que no sea un tutor registrado debe traer al niño a la clínica, debe estar incluido en nuestro formulario de autorización.

Antecedentes médicos personales y familiares relevantes

Por favor, indique cualquier historial médico relevante de los pacientes mencionados en la página anterior e incluya a continuación cualquier historial médico familiar pertinente.

Autorizaciones y Consentimientos

Autorizar el uso de información médica

Autorizo la divulgación de cualquier información personal de salud necesaria para procesar reclamaciones de seguros por los servicios prestados y cualquier otro medio utilizado para la recuperación de saldos pendientes. Autorizo que cualquier beneficio a mi favor sea dirigido y solicito que el pago se realice directamente al consultorio médico. Autorizo el acceso al administrador de beneficios de farmacia (PBM) según lo requiera mi médico (proveedor) para revisar los medicamentos recetados fuera del consultorio. Entiendo que soy responsable del saldo de mi cuenta. Asimismo, entiendo que si recibo un pago de mi compañía de seguros, soy responsable de mi copago, deducibles o saldos según lo determine mi aseguradora.

Política de HIPAA

He recibido una copia física o se me ha ofrecido una copia electrónica de la política de HIPAA de este consultorio médico y he revisado o revisaré dicha política. Entiendo que una copia de esta política puede proporcionarse a solicitud y está disponible en el sitio web de la clínica, www.thechildrenscliniccg.com.

Política de No Discriminación

He recibido una copia física o se me ha ofrecido una copia electrónica de la política de no discriminación de este consultorio médico y he revisado o revisaré dicha política. Entiendo que una copia de esta política puede proporcionarse a solicitud y está disponible en el sitio web de la clínica, www.thechildrenscliniccg.com.

Consentimiento para el Tratamiento

Yo, _____, padre/madre o tutor legal de _____,
Tutor Paciente 1
_____, y _____,
Paciente2 Paciente 3
por la presente doy mi consentimiento para recibir atención médica de The Children’s Clinic of Conway and Greenbrier y sus proveedores de atención médica. Entiendo que esto puede incluir exámenes, pruebas de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que mi proveedor considere necesarios para las necesidades de salud de mi hijo/a.

*La firma a continuación cubre las autorizaciones y consentimientos mencionados anteriormente para todos los pacientes enumerados en la primera página

Firma

Fecha: _____

Política de Vacunación

The Children’s Clinic of Conway and Greenbrier, junto con el Departamento de Salud de Arkansas, la Academia Americana de Pediatría, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Organización Mundial de la Salud y numerosos otros grupos médicos, organizaciones, hospitales y clínicas a nivel mundial, reconocen que las vacunas modernas ofrecen un beneficio significativo en la prevención y control de ciertas enfermedades graves. Por lo tanto, esta clínica, al igual que muchas otras clínicas, tiene una política de vacunación que los pacientes y sus familias deben cumplir para que esta clínica pueda proporcionar servicios médicos a sus pacientes. Los formularios de exención del estado cubren guarderías, escuelas públicas, escuelas privadas, así como colegios y universidades. Estos formularios no se aplican a una instalación médica como esta clínica.

- ▶ Entiendo que la clínica tiene una política de vacunación. Esta política de vacunación requiere que los pacientes bajo el cuidado de la clínica sigan el calendario de vacunación recomendado por los AAP o que uno de nuestros proveedores haya aprobado un calendario alternativo.
- ▶ Entiendo que si elijo rechazar todas las vacunas, se me pedirá que busque un nuevo consultorio médico que esté alineado con mis preferencias o creencias sobre la vacunación. Esta política de vacunación es requerida por la clínica para mantener a nuestra población de pacientes y al personal médico protegidos contra enfermedades prevenibles por vacunación.
- ▶ Entiendo que los proveedores de The Children’s Clinic pueden optar por seguir atendiendo a mi hijo/a a pesar de mi negativa a vacunar, si consideran que es lo mejor para que mi hijo/a tenga un hogar médico estable. Entiendo que este estatus será revisado periódicamente y que, una vez que sea seguro hacerlo, es posible que ya no pueda llevar a mi hijo/a a The Children’s Clinic debido a mi negativa a vacunar.
- ▶ Entiendo que mi hijo/a y yo podríamos ser requeridos a esperar en mi automóvil (en lugar de la sala de espera) para evitar que otros niños se enfermen de una enfermedad prevenible por vacunación (por ejemplo, tos ferina).
- ▶ Entiendo que recibiré un 'paquete de vacunación' que proporciona información sobre enfermedades prevenibles por vacunación y que hay algunos documentos legales requeridos que deben completarse anualmente mientras mi hijo/a permanezca bajo el cuidado de The Children’s Clinic.

Yo, _____, reconozco que he leído el resumen anterior de la política de vacunación de la clínica.

A continuación, indico mi intención de vacunación para los niños enumerados en la primera página (Paciente 1, Paciente 2 y Paciente 3). Entiendo que mi intención actual no es legalmente vinculante y la clínica acepta que no usará esta información para obligar o exigir que mi hijo/a reciba alguna vacuna en ningún momento. Entiendo que, a pesar de mis intenciones indicadas a continuación, es mi decisión (o la de otro tutor legal o un representante autorizado) dar o no consentimiento para la administración de vacunas en el momento de la visita, y que tengo el derecho legal, como tutor legal, de rechazar cualquier tratamiento médico, incluidas las vacunas, con el que no esté de acuerdo.

- Paciente 1: ☐ Seguir el calendario de vacunación completo recomendado por los AAP ☐ Retrasar ciertas vacunas o seguir un calendario alternativo ☐ Rechazar todas las vacunas
- Paciente 2: ☐ Seguir el calendario de vacunación completo recomendado por los AAP ☐ Retrasar ciertas vacunas o seguir un calendario alternativo ☐ Rechazar todas las vacunas
- Paciente 3: ☐ Seguir el calendario de vacunación completo recomendado por los AAP ☐ Retrasar ciertas vacunas o seguir un calendario alternativo ☐ Rechazar todas las vacunas

*La firma a continuación cubre las autorizaciones y consentimientos mencionados anteriormente para todos los pacientes enumerados en la primera página.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

La siguiente declaración de sus derechos y responsabilidades se presenta como la política de The Children's Clinic of Conway & Greenbrier, pero no pretende ser una representación completa de todos los derechos y responsabilidades mutuos.

Usted tiene el derecho:

- A recibir acceso imparcial a los recursos médicos de The Children's Clinic of Conway & Greenbrier sin importar raza, color, origen nacional, edad, sexo, condición de discapacidad, creencias espirituales o éticas, o fuente de pago.
- A recibir atención considerada y respetuosa que reconozca la dignidad personal de su hijo/a en todo momento y bajo cualquier circunstancia.
- A participar en las decisiones relacionadas con el cuidado de su hijo/a. Excepto en emergencias, su hijo/a no será sometido a ningún procedimiento sin su consentimiento voluntario, competente y comprendido, o el consentimiento de su representante legalmente autorizado.
- A rechazar tratamiento en la medida permitida por la ley y a ser informado sobre las consecuencias de dicha negativa.
- A recibir información educativa e instructiva sobre el tratamiento médico de su hijo/a en un idioma y términos que usted comprenda.
- A que se trate de forma confidencial el expediente médico de su hijo/a y a tener acceso personal a dicho expediente.
- A saber quién es responsable de proporcionar atención directa a su hijo/a y a recibir información sobre las necesidades continuas de salud de su hijo/a y las alternativas para satisfacer dichas necesidades.

Usted tiene la responsabilidad:

- De proporcionar a su proveedor y al personal de The Children's Clinic of Conway & Greenbrier información completa y precisa sobre la condición y cuidado de su hijo/a.
- De seguir las instrucciones de su proveedor y del personal de The Children's Clinic of Conway & Greenbrier, así como de acudir a las citas relacionadas con el cuidado de su hijo/a.
- De manifestar si entiende claramente las acciones y tratamientos planificados y lo que se espera de usted.
- De informar sobre cambios inesperados en la condición de su hijo/a a su proveedor o al personal de The Children's Clinic of Conway & Greenbrier.
- De aceptar las obligaciones financieras asociadas con el cuidado de su hijo/a.
- De informar a su proveedor o a cualquier miembro del personal de la clínica sobre cualquier insatisfacción que pueda tener con respecto al cuidado de su hijo/a.
- De ser considerado/a con otros pacientes y con los miembros del personal que están cuidando de su hijo/a.
- De llevar una copia actualizada de cualquier directiva anticipada en la primera visita para que sea colocada en el expediente médico de su hijo/a.

*La firma a continuación cubre las autorizaciones y consentimientos mencionados anteriormente para todos los pacientes enumerados en la primera página.

Firma

Fecha: _____

Política Financiera de The Children’s Clinic of Conway & Greenbrier

Los servicios profesionales se cobran al paciente, no a la compañía de seguros. Este consultorio no asume la responsabilidad de gestionar sus reclamaciones de seguros ni de negociar un acuerdo en caso de una reclamación en disputa.

Por la presente, autorizo a The Children’s Clinic of Conway & Greenbrier a proporcionar información a las compañías de seguros sobre las enfermedades y tratamientos de mi hijo/a y, además, cedo al médico el derecho a recibir todos los pagos correspondientes a los servicios médicos prestados por el seguro.

El paciente será responsable de todos los copagos, deducibles y coaseguros que deban pagarse en el momento del servicio.

Es responsabilidad del paciente mantenernos informados sobre cualquier cambio en la información de su seguro. Si no nos informa sobre cambios actuales o futuros, podría incurrir en cargos que su seguro podría no cubrir.

Verificamos la mayoría de los seguros como una cortesía; sin embargo, no podemos determinar todos sus beneficios y, por lo tanto, no garantizamos qué servicios pueden estar cubiertos por su plan hasta que la reclamación sea procesada. Algunos ejemplos incluyen:

- Exámenes de niño sano y vacunas: No todos los planes los cubren. Algunos planes solo cubren hasta cierta edad o hasta una cantidad específica en dólares. Algunos planes pueden pagar el 100%, mientras que otros aún pueden cobrar copagos. Es importante que usted conozca su plan para saber qué servicios están cubiertos, ya que será responsable de cualquier cargo incurrido.
- Algunos procedimientos, como la reparación de laceraciones o la eliminación de verrugas, pueden procesarse bajo un nivel de beneficio diferente al de una visita rutinaria y podrían estar sujetos a deducibles y coaseguros.
- Algunos planes excluyen ciertos diagnósticos. No hay manera de que podamos determinar esto al verificar la elegibilidad, por lo que podría ser responsable de esos cargos.
- Diagnósticos como TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) pueden estar cubiertos bajo los beneficios de salud mental y estar sujetos a deducibles.

Las facturas se envían semanalmente. El pago debe realizarse dentro de los 15 días posteriores a la recepción. Cualquier saldo pendiente de más de 90 días, después de que el paciente haya recibido al menos 3 facturas sin actividad, puede ser enviado a una agencia de cobro y el paciente podría ser dado de baja de la clínica.

No nos involucramos en las obligaciones financieras de padres separados o divorciados. La factura se enviará al padre o madre que figure como garante, y consideramos que ambos padres son responsables de cualquier saldo pendiente.

*La firma a continuación cubre las autorizaciones y consentimientos mencionados anteriormente para todos los pacientes enumerados en la primera página.

Firma

Fecha:

Información de la Tarjeta de Crédito

Autorizo a The Children’s Clinic of Conway & Greenbrier a almacenar la información de mi tarjeta de crédito en sus archivos. Autorizo a The Children’s Clinic a usar esta tarjeta para cada visita hasta un monto máximo de \$250.

*La firma a continuación cubre las autorizaciones y consentimientos mencionados anteriormente para todos los pacientes enumerados en la primera página.

Firma

Fecha:

Formulario de Apoderado

Legalmente, solo los tutores que figuran en la primera página de este documento están autorizados para traer a su hijo/a a la clínica y tomar decisiones médicas en su nombre. Este formulario permite que personas que no son los tutores mencionados anteriormente puedan llevar a su hijo/a a la clínica y tomar decisiones médicas por él/ella.

No podremos atender a su hijo/a si alguien que no está registrado como tutor o en este formulario de autorización lo/la trae a la clínica.

Por favor, complete la siguiente información de las personas a quienes desea otorgar permiso para traer a su hijo/a o hijos a nuestra clínica y tomar decisiones médicas en su nombre:

Nombre

Nombre

Nombre

Nombre

Relación con el paciente

Relación con el paciente

Relación con el paciente

Relación con el paciente

Designo a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente como mi representante autorizado para tomar decisiones respecto al consentimiento de atención médica no urgente para mis hijos, enumerados como Paciente 1, Paciente 2 y Paciente 3, y mencionados a continuación. Tengo el derecho legal de delegar dicho consentimiento al representante autorizado, quien es un adulto y está legal y médicamente capacitado para ejercer la autoridad delegada. Se informa que la información médica protegida puede ser compartida con el representante autorizado para facilitar la toma de decisiones informada.

Niños adicionales cubiertos por este formulario de autorización que no están enumerados en la primera página de este documento:

Nombre del Menor

Nombre del Menor

Nombre del Menor

Fecha de Nacimiento del Menor

Fecha de Nacimiento del Menor

Fecha de Nacimiento del Menor

Identifique cualquier limitación en las decisiones que el representante autorizado pueda tomar o en la información médica que pueda compartirse con dicho representante:

Identifique cualquier límite de tiempo durante el cual el representante autorizado o los representantes autorizados mencionados puedan tomar decisiones o acceder a la información médica:

*La firma a continuación cubre las autorizaciones y consentimientos mencionados anteriormente para todos los pacientes enumerados en la primera página.

Firma

Fecha:

Política de Citas Perdidas

The Children’s Clinic of Conway & Greenbrier atiende a los pacientes mediante citas programadas y emergencias. Hacemos todo lo posible por atender a todos los que necesitan citas dentro del tiempo apropiado asignado para cada visita.

Reservamos un tiempo específico para cada paciente, y si el paciente no se presenta a la cita, esto resulta en una pérdida de ingresos para la clínica y en una oportunidad perdida para que otro paciente ocupe ese horario.

Para abordar el problema de las citas perdidas con frecuencia (a menudo varias citas perdidas dentro de una familia) y para ofrecer citas a la mayor cantidad posible de pacientes, hemos implementado una penalización financiera para las personas que faltan repetidamente a sus citas.

Llegar 20 minutos tarde a una cita equivale a perder la cita, y en la mayoría de los casos, se le pedirá que re programe la cita y pague la tarifa correspondiente.

Cancelar una cita con menos de una hora de anticipación también equivale a una cita perdida. Llame el día anterior o temprano en el día si necesita cancelar o reprogramar una cita.

Las citas perdidas dentro de una familia se rastrean de manera conjunta. Si dos niños pierden cada uno una cita, esto cuenta como dos citas perdidas para su familia.

Entiendo que, por ciertas citas perdidas (vea más abajo), se me cobrará una tarifa de \$35 o \$50, PAGADERA ANTES DE PROGRAMAR NUEVAS CITAS, y que si pierdo repetidamente citas, se me pedirá que busque otro médico para mis hijos. Entiendo que Medicaid, ARKids y los seguros privados no cubren estos costos y que se espera que pague directamente a la clínica.

Tarifa por Citas Perdidas:

- Cita Perdida de Nuevo Paciente: \$50
- Segunda Cita Perdida: \$35
- Tercera Cita Perdida: \$35 y es posible que se le pida que consulte a un nuevo proveedor en otra clínica

*La firma a continuación cubre las autorizaciones y consentimientos mencionados anteriormente para todos los pacientes enumerados en la primera página.

Firma

Fecha:

Teléfono, Teléfono Celular y Comunicación Electrónica

Autorizo a The Children’s Clinic of Conway and Greenbrier (también conocida como Conway Children’s Clinic y Greenbrier Children’s Clinic) a utilizar el/los número(s) de teléfono y la dirección de correo electrónico que proporcioné en los formularios de nuevo paciente y/o que están registrados en el expediente médico electrónico para los siguientes fines:

- Recordatorios de citas
- Recordatorios de seguimiento
- Comunicación con el paciente
- Comunicación de facturación
- Recordatorios clínicos

Estas comunicaciones pueden estar sujetas a cargos del proveedor de servicios, según el plan telefónico o móvil proporcionado por el proveedor de servicios del tutor legal.

The Children’s Clinic of Conway and Greenbrier tratará cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono que proporcione como información de contacto privada, y esta información no será compartida con terceros.

Iniciales para el Consentimiento _____

Portal del Paciente

The Children’s Clinic tiene un portal del paciente a través de IntelliChart. IntelliChart ofrece una interfaz fácil de usar que es compatible con la mayoría de los navegadores web y está optimizada para dispositivos móviles. También hay aplicaciones disponibles para los sistemas operativos iPhone y Android. La comunicación electrónica mencionada anteriormente se utilizará para mejorar nuestra atención al paciente. La comunicación con The Children’s Clinic, incluyendo solicitudes de citas, solicitudes de renovaciones de recetas y mensajes generales, se prefiere a través del portal del paciente.

Por razones de seguridad, IntelliChart requiere que cualquier registro nuevo en su servicio sea únicamente mediante invitación. Esta invitación será enviada por un empleado de The Children’s Clinic.

La invitación al portal del paciente será enviada a través del método que se indica a continuación o al número de teléfono del tutor 1 en la primera página del paquete de formularios para nuevos pacientes:

- ☐ Dirección de Correo Electrónico: _____
- ☐ Teléfono Celular (vía texto)*: _____

*Pueden aplicarse cargos del proveedor

Las invitaciones son específicas para cada paciente. Cualquier hermano que deba ser agregado al portal necesitará su propia invitación. A menos que se indique lo contrario, todos los niños mencionados anteriormente recibirán una invitación para el portal.

☐ No enviar invitaciones para el portal a los pacientes mencionados anteriormente en la página uno.

Indique a continuación los hermanos adicionales que no están mencionados anteriormente y que necesitan acceso a una cuenta del portal::

Nombre del Menor: _____ FN: _____

Nombre del Menor: _____ FN: _____

Nombre del Menor: _____ FN: _____

Nombre del Menor: _____ FN: _____

Fecha: _____

Firma del Padre/Madre o Tutor