



55 Medical Park Drive, Suite #114  
Franklin, NC 28734  
Office: 828-524-PEDS (7337) / Fax: 828-369-4241

**PACIENTE REGISTRO**  
(Demographics)

Niño 1: Apellidos: \_\_\_\_\_ nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_ idioma primario: \_\_\_\_\_

Entidad: Hispano / No-Hispano / Desconocido

Rasa: Asiatico / negro / Hawaiano / Blanco

**Aseguransa Principal:** *Nombre del titular de la póliza:* \_\_\_\_\_

SSN de \_\_\_\_\_ tomador: \_\_\_\_\_ aseguradora: \_\_\_\_\_

**Aseguransa Secundaria:** *Nombre del titular de la política:* \_\_\_\_\_

SSN de \_\_\_\_\_ tomador: \_\_\_\_\_ aseguradora: \_\_\_\_\_

---

**Mailing Address:**

\_\_\_\_\_  
(Street or PO Box)

\_\_\_\_\_  
(City)

\_\_\_\_\_  
(State & Zip)

Home Phone: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Quién vive en esta casa? \_\_\_\_\_

**¿Contacto 1:** *Nombre:* \_\_\_\_\_ *relación al paciente:* \_\_\_\_\_

*vive con paciente?* Sí / No *fecha de nacimiento:* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ *Social Security #:* \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

*trabajo teléfono:* ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ *celular:* ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

*casa correo electrónico:* \_\_\_\_\_ *trabajo correo electrónico:* \_\_\_\_\_

*empleador:* \_\_\_\_\_ *ocupación:* \_\_\_\_\_

**¿Contacto 2:** *Nombre:* \_\_\_\_\_ *relación al paciente:* \_\_\_\_\_

*vive con paciente?* Sí / No *fecha de nacimiento:* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ *Social Security #:* \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

*trabajo teléfono:* ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ *celular:* ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

*casa correo electrónico:* \_\_\_\_\_ *trabajo correo electrónico:* \_\_\_\_\_

*empleador:* \_\_\_\_\_ *ocupación:* \_\_\_\_\_

**Si los padres están divorciados o separados, por favor llene esta sección:**

¿Quién tiene la custodia? \_\_\_\_\_

¿Existe alguna restricción legal que restringiría al padre sin custodia de consentir al tratamiento médico para el niño o de la obtención de información sobre el tratamiento médico del niño? Sí / No

En caso afirmativo, por favor explicar y proporcionar una copia de cualquier documento legal que apoya esta restricción.

**Contactos de emergencia:** aparte de los padres: nombre & relación

1: \_\_\_\_\_ Telefono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_ Telefono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Farmacia información:** ¿Qué farmacia habitualmente utilizas así nosotros podemos procesar medicamentos con y sin prescripción recargas?

\_\_\_\_\_  
**Firma del Representante Legal de los padres y**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Relación Estado si es distinto de los padres**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Witness**



55 Medical Park Drive, Suite #114  
Franklin, NC 28734  
Office: 828-524-PEDS (7337) / Fax: 828-369-4241

**POLIZA DE SEGURO**  
*(Insurance Policy)*

Todos los destinatarios seguros deben presentar su tarjeta de seguro vigente en el momento del servicio. Si no tienes tu tarjeta de seguro, se considerará paciente de pago efectivo. Si usted tiene un seguro primario y Medicaid secundario, debe proporcionar esta información en el momento del servicio. Si usted no puede revelar su seguro primario, se negará su reclamo.

Paciente/garante será responsable de todos los cargos incurridos antes de la presentación de su tarjeta de seguro. Paciente/garante también será responsable por cualquier cantidad no pagada o cubiertos por su seguro. No presentar reclamaciones por servicios prestados después de los servicios. Servicios no cubiertos por su compañía de seguros será debidos al tiempo de servicio. Es su responsabilidad conocer las disposiciones de su póliza. Por favor notifique a esta oficina tan pronto como sea posible de cualquier cambio en su cobertura de seguro o cambio de compañías de seguros.

Esto es para certificar que yo (nosotros) los abajo firmantes, voluntariamente su consentimiento a la administración de la práctica de procedimientos de diagnóstico / imagen / fotografía y tratamiento médico por proveedores, agentes autorizados y empleados de la práctica, como puede, a su juicio profesional considere necesario o beneficioso. A menos que se especifique lo contrario, todos los proveedores de salud pueden obtener consentimientos adicionales para procedimientos individuales. Yo (nosotros) reconocer que me no nos hicieron ninguna garantía en cuanto a los efectos de dicho examen o tratamiento.

Yo entiendo que los beneficios de seguro se proporcionan directamente para el paciente/garante y yo, el abajo firmante, más de acuerdo y entiendo que soy directamente responsable de obligaciones financieras todo con **KIDZCARE PEDIATRICS, PC** y sus asociados, para buscar una agencia de cobranza o acción judicial como un medio de colección, entiendo que seré responsable por el saldo adeudado en mis cuentas y todas las tarifas relacionadas con la colección.

**CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN PARA LAS OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO O ATENCIÓN**  
*(Consent to use or disclose information for treatment, payment or health care operations)*

Por la presente doy mi consentimiento para el uso o la divulgación de mi información de salud identificable individualmente (“información médica protegida”) por **KIDZCARE PEDIATRICS, PC** para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Yo entiendo que yo debo revisar **KIDZCARE PEDIATRICS, PC** Aviso de prácticas de privacidad de información médica protegida para una descripción más completa de los posibles usos y divulgaciones de la información, y tengo el derecho de revisar esta notificación antes de firmar este formulario de consentimiento. **KIDZCARE PEDIATRICS, PC** reserva el derecho de cambiar el término de su aviso de prácticas de privacidad de información médica protegida en cualquier momento. Si **KIDZCARE PEDIATRICS, PC** decide cambiar los términos del aviso de prácticas de información de salud protegida, puedo obtener una copia del aviso revisado por llamando a la oficina y solicitando una copia revisada enviada por correo o pedirle a la hora de mi próxima cita.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción en cuanto a cómo mi información de salud protegida es usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago o operaciones de atención médica. **KIDZCARE PEDIATRICS, PC** no está obligado a aceptar estas restricciones o solicitado; sin embargo si **KIDZCARE PEDIATRICS, PC** de acuerdo a mis restricciones solicitado; tales restricciones entonces es vinculantes para **KIDZCARE PEDIATRICS, PC** En todos los tiempos, retienen el derecho de revocar este consentimiento por escrito, a **KIDZCARE PEDIATRICS, PC** excepto en la medida en que ya se han tomado medidas.

**KIDZCARE PEDIATRICS, PC** puede negarse a tratar a paciente si él/ella (o el representante autorizado) no firmar este formulario de consentimiento (excepto en la medida que **KIDZCARE PEDIATRICS, PC** se requiere por ley para tratar individuos). Si el paciente (o el representante autorizado) firma este formulario de consentimiento y luego revoca el consentimiento, **KIDZCARE PEDIATRICS, PC** tiene derecho a negarse a proporcionar mayor tratamiento al paciente al momento de la revocación (excepto en la medida que **KIDZCARE PEDIATRICS, PC** se requiere por ley para tratar a individuos).

**Completamente entendido y leído la póliza de seguro y el consentimiento al uso o divulgar información para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud y acatar estas políticas.**

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal de los padres y

\_\_\_\_\_  
Date:

\_\_\_\_\_  
Relación Estado si es distinto de los padres

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo



55 Medical Park Drive, Suite #114  
Franklin, NC 28734  
Office: 828-524-PEDS (7337) / Fax: 828-369-4241

**Autorización to Immunize**  
*(Authorization to Immunize)*

Date: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Birth \_\_\_\_\_

A partir de la fecha de hoy, doy permiso a KIDZCARE PEDIATRICS, PC para vacunar a mi hijo durante la duración de la atención, o hasta la mayoría de edad. Estas vacunas serán según lo recomendado por el estado de Carolina del norte. Estoy de acuerdo en mantener las citas de vacunación con el fin de mantener al día paciente todas las vacunas del.

**Autorización para el tratamiento de menores**  
*(Authorization to treat a minor)*

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a las siguientes personas para llevar a mi hijo al tratamiento médico. También permitirles tomar decisiones médicas que se encuentran en el mejor interés de mi hijo. Entiendo que esta persona requiere traer una ID para la visita junto con las tarjetas de hijo y cualquier copago debido a la hora de visita con ellos. Sin una ID no se verá al niño. El no presentar tarjetas de seguros y cualquier copagos debido puede provocar en que el niño no sea visto como previsto.

Puedo ser localizado en \_\_\_\_\_ para cualquier preguntas o inquietudes.

Persona autorizada para llevar al niño a las citas médicas:

1) \_\_\_\_\_ relacion \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ relacion \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ relacion \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Padre/tutor (impreso)*

\_\_\_\_\_  
*padre/tutor (firma)*

*Esta autorización permanecerá activa, a menos que una declaración escrita es recibida por los padres/tutores para revocar a una persona autorizada.*



55 Medical Park Drive, Suite #114  
Franklin, NC 28734

Office: 828-524-PEDS (7337)/ Fax: 828-369-4241

### **OFICINA POLIZA & PROCEDIMIENTO**

*(Office policies & procedures)*

#### **A partir de 1/1/2006 que se implementaron las siguientes políticas:**

1. En el momento del check-in en cada visita, se le pedirá proporcionar su seguro de salud y la identificación (Licencia de Conductor, Identificación de estado, Identificación Militar o una identificación legal). Todos los seguros se verificará a su llegada. Todos deducibles, copagos y coaseguro cantidades se deberá en el momento del servicio.
2. Si usted es un paciente nuevo, venga por favor a su cita por lo menos 15 minutos antes de la hora de la cita programada para completar el proceso de registro.
3. Cualquier llamada rutina, prescripciones o documentos para el médico se completará dentro de 48 horas.
4. En el momento del servicio, si su cuenta refleja un saldo pendiente, deberá pagar el saldo en su totalidad antes de que usted puede registrar.
5. Si no tiene su tarjeta de seguro en cada visita se considerarán como paciente sin seguro y estarían responsables por los costos de esa fecha.
6. Hay un cargo por servicio de \$25.00 por cualquier cheque devuelto. Además, todos los gastos incurridos para recuperar los saldos se pagarán inmediatamente (incluyendo pero no limitado a honorarios de la agencia de colección y honorarios legales).
7. Para mejor servir a todos nuestros pacientes, si pierdes 3 citas sin llamar 24 horas antes de la cita se puede liberar de la práctica. Esto no pretende causar molestias para usted, es para que estas citas sean disponibles para pacientes que necesitan citas.

### **REGISTROS MÉDICOS LIBERACIÓN POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS**

*(Medical Records Release Policy and Procedures)*

#### **Efectivo a partir del 01 de enero de 2011 nuestra política de liberación de registros médicos ha realizado los siguientes cambios:**

1. Un comunicado de la historia clínica debe ser completado por el padre o tutor legal del paciente antes de la copia de cualquier registro médico. Por favor llene una liberación por paciente.
2. Todo médico registra 12 páginas o más serán copiados para su uso personal para una cuota de \$15.00 por paciente. Médica registra menos de 12 páginas serán copiados para su uso personal una (1) vez gratuitamente. Todas las solicitudes adicionales tendrán un cargo de \$15.00. Por favor espere 10 días hábiles para que esto se terminó.
3. Si está transfiriendo a otro médico pueden completar una solicitud de registros médicos de expediente de su hijo que deben enviarse a su nuevo proveedor sin costo alguno para usted. Por favor espere 30 días hábiles para esta transferencia a completarse.
4. Todos los registros de vacunación serán copiados para su uso personal una vez como una cortesía, copias todo adicional tendrá un cargo de \$5.00. Por favor espere 2 días hábiles para completar este proceso.
5. Toda escuela, deportes, exámenes físicos de guardería o formas similares se completará dentro de 2 días hábiles sin cargo. Copias duplicadas de estas forma estarán disponibles dentro de 5 días hábiles y tendrán un cargo de \$10.00.

**He leído y entiendo la oficina de políticas & procedimientos y registros de liberación política y procedimientos médicos.**

\_\_\_\_\_  
*Firma del representante legal de los padres y*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
**Relación Estado si es distinto de los padres**

\_\_\_\_\_  
**Firma del testigo**



55 Medical Park Drive, Suite #114  
Franklin, NC 28734  
Office: 828-524-(PEDS) 7337 / Fax: 828-369-4241

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**  
*(Medical Records Release)*

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Birth \_\_\_\_\_

Fechas/información sobre el tratamiento a ser lanzado: \_\_\_\_\_

información específica es necesaria para: \_\_\_\_\_

Lanzamiento:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lanzamiento de:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indique cómo desea información liberada:**

\_\_\_\_\_ Correo (proporcionar dirección arriba) \_\_\_\_\_ Número de fax (proporcionar el número de arriba) \_\_\_\_\_ Pickup

\_\_\_\_\_ DO \_\_\_\_\_ no autorizo la liberación de las porciones del registro relacionadas con abuso de sustancias, condiciones psicológicas/psiquiátricas o enfermedades transmisibles, incluido el SIDA, si está presente.

Entiendo que este consentimiento es revocable excepto en la medida en que ya se han tomado medidas. Este consentimiento automáticamente expirarán 90 días desde la fecha de firma, salvo que se especifique otra fecha por debajo. (\*)

**Nota:** A menos que de otro modo permitido por la ley, más liberación de esta información está prohibida sin mi consentimiento previo por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre /legal representante

\_\_\_\_\_  
Date:

\_\_\_\_\_  
Relación Estado si es distinto de los padres

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness

\_\_\_\_\_  
Date:

\* Autorización no es válido más allá de \_\_\_\_\_  
Fecha no puede exceder de un año desde la fecha de firma