

REGISTRATION / CONSENT FORM

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Hombre / Mujer

Dirección: _____

Ciudad: _____, Texas Código Postal: _____ Número de teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de Aseguradora: _____ Número de Aseguradora: _____

Farmacia y dirección: _____

1.) ¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o enviar un mensaje de texto para confirmar las citas?

- Si
- No

2.) Autorizo y doy voluntariamente mi consentimiento para la atención médica, el tratamiento y las pruebas de diagnóstico, incluidos los televisores, que los proveedores de Hummingbird Pediatrics y sus asociados o asistentes designados creen que son necesarios.

- Si
- No

3.) Por la presente autorizo y doy permiso a las siguientes personas en mi ausencia para traer a mi hijo cuando no pueda: (Escriba el nombre de la persona, la fecha de nacimiento.)

Declaración de política de inmunización

En Hummingbird Pediatrics creemos que las vacunas previenen enfermedades graves y salvan vidas. Por este motivo, exigimos que todos nuestros pacientes se vacunen, siguiendo el calendario de vacunación recomendado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Academia Estadounidense de Pediatría. Según toda la literatura disponible y los estudios actuales, las vacunas no causan autismo ni otras discapacidades del desarrollo. El timerosal, un conservante que ha estado presente en las vacunas durante décadas, pero que ya no se encuentra en ninguna vacuna que administramos, no causa autismo ni otras discapacidades del desarrollo. Tenga en cuenta que retrasar o dividir las vacunas para administrar una o dos a la vez va en contra de las recomendaciones de los expertos. Esto puede poner a su hijo en riesgo de sufrir una enfermedad grave (o incluso la muerte) y va en contra de nuestro consejo médico como proveedores de Hummingbird Pediatrics. Por la presente, reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la Política de vacunación de Hummingbird Pediatrics y vacunaré a mi hijo según el calendario. Con mi firma a continuación, doy mi consentimiento para el registro en Immtrac. Deseo incluir la información de mi hijo en el registro de vacunación de Texas.

X _____ Fecha: _____

Si decide no vacunar a su hijo a pesar de todos nuestros esfuerzos basados en razones médicas, religiosas y de conciencia, le solicitaremos que firme un formulario de rechazo de la vacuna que se enviará al estado y a su seguro.

Política financiera

Nos gustaría agradecerle por elegir a Hummingbird Pediatrics como el proveedor de atención médica de su hijo. Revise las políticas de pago de nuestra oficina. Responsabilidad por el pago: se espera que todos los pacientes / garantes que reciben los servicios sean financieramente responsables del pago oportuno de todos los cargos incurridos. Debido a los requisitos de documentación y pautas de codificación del seguro nacional, cualquier visita preventiva al consultorio que incluya otras razones; enfermedad, reabastecimiento de medicamentos, seguimiento, etc. se cobrarán como dos visitas al consultorio. Es posible que se apliquen copagos, deducibles y coseguro según los beneficios de su seguro. Aceptación de su seguro médico: aceptamos la mayoría de los planes de seguro y Medicaid. Consulte con la oficina para confirmar que aceptamos su seguro. Los copagos y cualquier saldo previo del paciente vencen cuando su hijo se registra para que lo vean en la oficina. Hummingbird Pediatrics no es parte de ningún acuerdo legal entre padres divorciados o separados. El padre / tutor que acompaña a un menor a una cita es responsable del pago. Pacientes que pagan por cuenta propia: si no tiene seguro médico o no aceptamos su seguro médico, el pago total debe realizarse en el momento de su visita. Planes de seguro PPO / HMO: todos los montos de copago de atención administrada vencen en el momento del servicio. Usted reconoce que es su responsabilidad conocer qué servicios están cubiertos y acepta pagar por cualquier servicio que se considere no cubierto o no autorizado por el plan. HMO: su plan de seguro puede requerir que identifique un médico de atención primaria (PCP) para su hijo. Si esta notificación no está archivada en su plan de seguro, es posible que se le niegue el pago de los servicios. Notifique a su compañía de seguros si cambia de PCP o de seguro. **He leído la Política financiera y acepto cumplir con sus términos, así como autorizar a mi compañía de seguros a enviar los pagos y beneficios relacionados directamente al consultorio del médico.**

X _____ Fecha: _____

Políticas de la oficina de pediatría de Hummingbird

1. Citas para el mismo día: si desea una cita para el mismo día, envíenos un mensaje de texto al (281) 628-7442 entre las 9 a.m. a las 11 a.m. Para solicitar una cita para el mismo día. No hacemos caminatas.
2. Política de no presentación: si no puede asistir a su cita, llame para cancelar antes de las 24 horas de la hora programada para que podamos acomodar a otros pacientes. Si no se presenta a su cita más de tres veces sin una cancelación, será despedido.
3. Póliza de seguro / tarjeta de identificación con foto - Requerimos que presente su tarjeta de seguro y una identificación con foto en cada visita para la protección de nuestros pacientes.
4. Registro de vacunas: es responsabilidad de los padres traer el registro de vacunas del paciente para cualquier visita de bienestar o de enfermería. Se cobrará una tarifa de \$5 en el momento del servicio si el padre solicita una copia del registro corto debido a la pérdida.
5. Proveedor de atención primaria (PCP): requerimos que seamos el PCP el día de la visita. Es responsabilidad de los padres asegurarse de que esto se complete antes de la visita. El seguro debe estar activo.
6. Servicios de contestador: el médico de guardia se ocupará únicamente de las llamadas de emergencia. Estas llamadas deben limitarse a problemas urgentes que no pueden esperar razonablemente el horario de oficina habitual. Tenga en cuenta que Medicaid también tiene su propia

línea de enfermería: la línea de primeros consejos de enfermería de Medicaid es un número gratuito disponible las 24 horas que se encuentra en su tarjeta de Medicaid.

7. Terminación de la práctica: practicamos el derecho a sacar a un paciente de nuestra oficina en las siguientes situaciones: mala conducta grave (gritar, no ser cortés con los demás, falta de respeto, cualquier forma de mala conducta física), actos ilegales o fraudulentos, blasfemias y abuso verbal ya sea por teléfono o en persona. Su compañía de seguros será notificada de este cambio.

8. Portal del paciente: es obligatorio configurar una cuenta en el portal del paciente según la Ley de cuidados.

9. Resultados / Referencias: envíe un mensaje de texto a la clínica al (281) 628-7442 después de 48 horas.

10. Papeleo / Resurtidos - Para trámites y resurtidos, por favor avise con 48 horas de anticipación y el paciente debe haber sido visto en los últimos 3 meses y estar al día en su chequeo de bienestar, de lo contrario, programe una cita.

11. Política de pacientes nuevos: los pacientes deben venir con uno de sus padres en la primera visita, sin excepciones.

Por la presente reconozco que he leído la Política de la Oficina de Pediatría de Hummingbird y tuve la oportunidad de hacer preguntas.

X _____ Fecha: _____

Política de cumplimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996) permite el uso de la información para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Uso y divulgación de su PHI por Hummingbird Pediatrics

Hummingbird Pediatrics puede usar o divulgar su PHI sin su autorización por escrito por las siguientes razones: Tratamiento. Hummingbird Pediatrics puede divulgar PHI a médicos, enfermeras, técnicos, hospitales, ambulancias, seguros, estudiantes de medicina u otro personal que esté involucrado en la administración de su atención en Hummingbird Pediatrics u otros lugares. Según lo requiera la ley.

Divulgaremos PHI cuando así lo requiera la ley federal o estatal, incluso en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento, orden judicial, citación u otro proceso legal.

Hummingbird Pediatrics también puede divulgar PHI al personal encargado de hacer cumplir la ley o personas similares para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona o del público. Situaciones de emergencia en las que no se puede obtener razonablemente su autorización, incluso para fines de ayuda en caso de desastre; Para socios comerciales (proveedores externos o consultores que prestan servicios en nombre de Hummingbird Pediatrics y están obligados por contrato a salvaguardar adecuadamente su información); Para informar abuso, negligencia o violencia doméstica según lo requiera la ley estatal o federal; Para actividades de salud pública y supervisión de la salud, como prevenir o controlar enfermedades o investigaciones; Conservaremos nuestros registros de la atención que se le proporcionó según lo exige la ley.

Por la presente reconozco que he leído el Aviso de prácticas de privacidad / Política de HIPAA de Hummingbird Pediatrics. Nuestra política de HIPAA está en nuestro sitio web.

X _____ Fecha: _____