



Información del Paciente

Número del Paciente

Pediatric Adolescent Surgical Associates, P.C. 5455 Meridian Mark Road . Suite 570 Atlanta . GA 30342

404.252.3353 FAX 404.252.0645

Nombre Legal de Paciente _____ Nombre Preferido _____
 Primer Segundo Apellido
 Fecha de Nacimiento _____ Género M F # SS _____ - _____ - _____
 Mes Dia Año marque uno
 Dirección _____ Raza _____ Estada Civil Casado Soltero
 Calle # Apartamento marque uno
 Ciudad Estado Código Postal Teléfono de la Casa _____ - _____ - _____

Nombre del Padre _____ Fecha de Nacimiento _____ # SS _____ - _____ - _____
 Mes Dia Año
 Dirección (si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono de la Casa _____ - _____ - _____
 Calle # Apartamento (si es diferente a la del paciente)
 Ciudad Estado Código Postal Teléfono Celular _____ - _____ - _____
 Empleado _____ Ocupación Teléfono de la Oficina _____ - _____ - _____

Nombre de la Madre _____ Fecha del Nacimiento _____ # SS _____ - _____ - _____
 Mes Dia Año
 Dirección (si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono de la Casa _____ - _____ - _____
 Calle # Apartamento (si es diferente a la del paciente)
 Ciudad Estado Código Postal Teléfono Celular _____ - _____ - _____
 Empleado _____ Ocupación Teléfono de la Oficina _____ - _____ - _____

¿Quién es responsable del pago? _____ Relación con el Paciente _____ Teléfono de la Casa _____ - _____ - _____
 (si es diferente a la del paciente)
 Dirección (si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono Celular _____ - _____ - _____
 Calle # Apartamento
 Ciudad Estado Código Postal Teléfono de la Oficina _____ - _____ - _____

El Contacto de Emergencia (diferente a los padres) _____ Relación con el Paciente _____ Teléfono de la Casa _____ - _____ - _____
 (si es diferente a la del paciente)
 Dirección (si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono Celular _____ - _____ - _____
 Calle # Apartamento
 Ciudad Estado Código Postal Teléfono de la Oficina _____ - _____ - _____

DOCTOR QUE LO REMITE

Nombre _____ Teléfono _____ - _____ - _____ Fax _____ - _____ - _____
 de la Oficina
 Dirección _____ # de la Suite _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Calle

MEDICO DE CABECERA SI ES DIFERENTE AL MEDICO QUE LO REMITIO

Nombre _____ Teléfono _____ - _____ - _____ Fax _____ - _____ - _____
 de la Oficina
 Dirección _____ # de la Suite _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Calle

Testifico que la información anteriormente mencionada acerca de mi hijo(a) (u otra persona por la cual tengo poder de firmar) es verdadera y correcta.

Firma de los Padres/
Guardián Legal

Nombre de los Padres/Guardián
Imprente Nombre Legal

Fecha _____ Iniciales del Testigo _____
Mes Dia Año



Nombre del Paciente _____

Número del Paciente

Pediatric Adolescent Surgical Associates, P.C. 5455 Meridian Mark Road . Suite 570 Atlanta . GA 30342

404.252.3353 FAX 404.252.0645

Autorización para el pago de Beneficios Médicos – Políticas Financieras y de Pago Información Sobre el Seguro Medico

SEGURO PRIMARIO

Nombre _____ Teléfono _____ - _____ - _____
de la Oficina

Dirección _____
Calle # de la Suite Ciudad Estado Código Postal

POSEEDOR DE LA PÓLIZA

Nombre _____ Fecha Efectiva _____ - _____ - _____

De la Póliza _____ Grupo _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre _____ Teléfono _____ - _____ - _____
de la Oficina

Dirección _____
Calle # de la Suite Ciudad Estado Código Postal

POSEEDOR DE LA PÓLIZA

Nombre _____ Fecha Efectiva _____ - _____ - _____

De la Póliza _____ Grupo _____

Por medio de la presente autorizo el pago de beneficios médicos a Pediatric, Adolescent Surgical Associates, P.C. por el tratamiento médico prestado a mi hijo(a) (u otra persona por la cual tengo el poder de actuar). Entiendo que el costo de los servicios médicos prestados debe ser cancelado el mismo día si no tengo prueba de poseer seguro médico o si Pediatric, Adolescent Surgical Associates, P.C. no tiene contrato con mi compañía de seguro.

POLITICA FINANCIERA

Para satisfacer las necesidades de nuestros pacientes nosotros hemos firmado contratos con numerosas compañías de seguro médico. Sin embargo, debido a los constantes cambios la industria, nuestra empresa no es miembro de todos los planes. **Por lo tanto, es responsabilidad de los padres confirmar que el Doctor esté participando en determinado seguro médico determinado.** De igual manera debe saber si se necesita o cuando se necesita una autorización para ver a uno de nuestros doctores.

REMISIONES

Si su seguro médico requiere que Ud. presente una remisión/autorización de su pediatra o médico de cabecera para la consulta de su hijo(a), Ud. debe hacer todos los arreglos necesarios para obtener esta autorización antes de su cita. *Los pacientes que se presenten a la consulta sin remisiones válidas tendrán que programar la visita para una fecha diferente o serán responsables por el costo de la misma. Este costo debe ser cancelado el mismo día.*

REQUISITOS DE CONTRATO DE SEGUROS

De acuerdo a su contrato el co-pago/o co-seguro debe ser cancelado el día de su visita. Si Ud. no ha completado su deducible hay una posibilidad que una porción tenga que ser cancelada el día de su consulta.

NO SEGURO MEDICO

Si el paciente no tiene seguro medico o tiene un seguro del cual no hacemos parte, el costo de la consulta debe ser cancelada al final de la misma. Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover y American Express.

No es nuestra responsabilidad hacer cumplir o solucionar problemas con las custodia o mantenimiento económico de los pacientes. La persona que firme este documento se hace responsable económicamente por el paciente.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Si yo decido utilizar beneficios fuera de la red de mi seguro médico, suministro información incorrecta o incompleta o no sigo los procedimientos estipulados por mi compañía de seguro, entiendo que me harán responsable de cualquier costo. Como un acto de cortesía, siempre y cuando sea posible, Pediatric, Adolescent Surgical Associates, P.C. pasará la cuenta a su seguro médico. Sin embargo puede ser posible que necesitemos su ayuda para obtener que su compañía nos pague. También entiendo que mi cobertura médica es un contrato entre mi proveedor de seguro médico y yo. Si Este no decide pagar yo me haré responsable por cualquier balance que permanezca.

Firma de los Padres/Guardián Legal _____

Fecha _____
Mes Dia año

Nombre imprevisto de los padres o Guardián legal _____

Iniciales del Testigo _____



Nombre del Paciente _____

Número del Paciente

Pediatric Adolescent Surgical Associates, P.C. 5455 Meridian Mark Road . Suite 570 Atlanta . GA 30342

404.252.3353 FAX 404.252.0645

Acuerdo Para Publicar O Usar Informacion Medica Privada, Necesaria Para Tramitar Pagos, Realizar Tratamientos Medicos y Gestionar Asuntos Relacionados con el Sistema de Salud

Firmando este documento Ud., autoriza a Pediatric, Adolescent Surgical Associates, P.C. usar o divulgar información del paciente necesaria para tramitar pagos, realizar tratamientos médicos y gestionar asuntos relacionados con el sistema de salud. Para su conocimiento esta información se encuentra protegida bajo ley federal. Firmar este documento no es una obligación.

Antes de firmar este convenio lea detenidamente Las Políticas de Privacidad para la Protección de Información Médica. Los términos de éste pueden cambiar esporádicamente pero Ud. siempre recibirá una copia nueva.

Es su derecho solicitar a Pediatric, Adolescent Surgical Associates, P.C. restringir el uso o divulgación de Información Médica protegida bajo Políticas de Privacidad. Necesaria para tramitar pagos, realizar tratamientos médicos y gestionar asuntos relacionados con el sistema de salud. "Pediatric, Adolescent Surgical Associates, PC" se reserva el derecho a aceptar su petición, sin embargo si, Pediatric Adolescent Surgical Associates, PC accede a su solicitud, esto se convertirá en algo obligatorio.

Información acerca de usted y su niño esta protegida bajo la ley federal, y usted tiene el derecho de revocar este Acuerdo, a menos de que ya hayamos tomado medidas relacionadas con su autorización (como está especificado por nuestro funcionario de Políticas de Privacidad para la Protección de Información Médica). Firmando este documento Ud., reconoce estar enterado de que el uso o publicación de Información Médica que está protegida bajo Políticas de Privacidad puede ser divulgada otra vez una vez que se halla usado o revelado, y puede no estar una vez más protegida bajo ley Federal.

Usted autoriza Pediatric, Adolescent Surgical Associates, P.C. comunicarse con las siguientes personas para tratar temas como la condición del Paciente o el transcurso del tratamiento médico. **Por favor identifique aquellos miembros de su familia otras personas con las cuales podemos comunicarnos para hablar acerca de la salud de su hijo (a).** Coloque sus iniciales en la casilla correspondiente indicando aquellas personas autorizadas para recibir información acerca de la salud de su hijo (a). marque todas las que se aplican

Madre del paciente	Padre del paciente	Madrastra del paciente	Padrastra del paciente
Abuelos	_____	_____	_____
Liste nombre y apellidos			
Otras personas con las cuales nos podemos comunicar para hablar acerca de la salud de su hijo. Escriba nombre (s) y apellido (s) completo(s)	_____	_____	_____

Usted autoriza Pediatric, Adolescent Surgical Associates, P.C. divulgar información a la siguiente dirección y/o números de teléfono: marque todas las que se aplican

Teléfono del hogar _____ - _____ - _____ Número celular de la madre _____ - _____ - _____

Teléfono de la oficina _____ - _____ - _____ Número del celular del padre _____ - _____ - _____

Córrreo electrónico _____

Córrreo Postal _____ Otro _____

Calle # Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Firma de los Padres/Guardián Legal _____ Fecha _____

Nombre Imprento de los Padres o Guardián Legal _____ Iniciales del Testigo _____

Mes Día año

Tengo autoridad de actuar en nombre de esta persona porque soy: La Madre El Padre El Guardián legal

marque la casilla apropiada

Padrastra Madrastra Otro _____

Liste nombre

COLOQUE SUS INICIALES

Yo entiendo que Pediatric, Adolescent Surgical Associates, P.C. tendrá que comunicarse conmigo para confirmar mis citas o tratar otros asuntos relacionados con la salud de mi hijo(a). Autorizo a el Doctor o a el personal de la oficina a ponerse en contacto conmigo a mi casa, oficina, número del celular u otros números mencionados anteriormente. De la misma doy permiso de dejar un mensaje detallado en caso de que yo no esté disponible.