



Información Prenatal para el 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 _____ Raza _____
Primer Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento _____ # SS _____ - _____ - _____
Mes Día Año Estada Civil Casado Soltero
marque uno

Dirección _____ Teléfono de la Casa _____ - _____ - _____
Calle # Apartamento
Ciudad Estado Código Postal Teléfono del Célular _____ - _____ - _____

Empleador _____ Ocupación _____ Teléfono del Trabajo _____ - _____ - _____

Dirección _____
Calle # Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Esposo/ Compañero _____ Raza _____
Primer Segundo Apellido

Fecha del Nacimiento _____ # SS _____ - _____ - _____
Mes Día Año

Dirección _____ Teléfono de la Casa _____ - _____ - _____
Calle # Apartamento
Ciudad Estado Código Postal Teléfono del Célular _____ - _____ - _____

Empleador _____ Ocupación _____ Teléfono del Trabajo _____ - _____ - _____

Dirección _____
Calle # Apartamento Ciudad Estado Código Postal

¿Quién es responsable del pago? _____ Relación con el Paciente _____ Teléfono de la Casa _____ - _____ - _____
(si es diferente a la del paciente)

Fecha del Nacimiento _____ # SS _____ - _____ - _____
Mes Día Año

Dirección _____
Calle # Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Contacto de Emergencia _____ Relación con el Paciente _____ Teléfono de la Casa _____ - _____ - _____
(diferente al padre del bebé)

Dirección _____
Calle # Apartamento Ciudad Estado Código Postal

DOCTOR QUE LO REMITE

Nombre _____ Teléfono de la Oficina _____ - _____ - _____ Fax _____ - _____ - _____

Dirección _____
Calle # de la Suite Ciudad Estado Código Postal

MEDICO DE CABECERA *SI ES DIFERENTE AL MEDICO QUE LO REMITIO*

Nombre _____ Teléfono de la Oficina _____ - _____ - _____ Fax _____ - _____ - _____

Dirección _____
Calle # de la Suite Ciudad Estado Código Postal

Testifico que toda la información anterior es completamente verdadera Nombre del Paciente Imprinto _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____ Mes Día Año Iniciales del Testigo _____



PASA

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 Revelar O Usar Información 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 medicos y gestionar asuntos relacionados con el sistema de salud. “Pediatric,Adolescent surgical Associates, PC” se reserva el derecho a aceptar su petición, sinembargo si, Pediatric Adolescent Surgical Assciates, 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 Proteccion de Infomación Médica). Firmando este documento ud, reconoce estar enterado de que el uso o divulgamiento de Información Médica protegida bajo Políticas de Privacidad una vez que se halla usado o revelado, puede ser divulgada otra vez 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. **Porfavor identifique aquellos miembros de su familia otras personas con las cuales podemos comunicarnos para hablar acerca de su salud.** Coloque sus iniciales en la casilla correspondiente indicando aquellas personas autorizadas para recibir información acerca de su salud).

Esposo/Compañero _____

Otras personas con las cuales nos podamos comunicar para hablar acerca de su salud. 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 con sus iniciales en la casilla deseada

Teléfono del Hogar _____ - _____ - _____

Teléfono Célular _____ - _____ - _____

Teléfono del Trabajo _____ - _____ - _____

Córeo electrónico _____

Córeo Postal _____
Calle # Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Otro _____

Firma del Paciente _____

Fecha _____
Mes Día año

Nombre imprento del Paciente _____

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

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 SECONDARIO

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 mí (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 del paciente confirmar que el Doctor esté participando en determinado seguro médico.** 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 médico de cabecera para la consulta de usted, 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 DEL CONTRATO CON SU SEGURO

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.

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.

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

Firma del Paciente _____

Fecha _____
Mes Dia año

Nombre imprento del Paciente _____
Nombre del Paciente

Iniciales del Testigo _____