

Forma de Registro para el Paciente

Paciente: Apellidos		Nombre		Segundo Nombre		Correo Electrónico			
Dirección (Calle o PO Box)				Ciudad		Estado		Código Postal	
Teléfono del Hogar #		Teléfono del Trabajo #		Celular #			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> N/A		
Fecha de Nacimiento ____/____/____		Edad	# Seguro Social		# Licencia de Conducir y Estado				
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Compañero/a				Nombre de Esposo / Pareja en caso de aplicar					
Cuál de las siguientes categorías lo/a describe mejor? <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Pacífico <input type="checkbox"/> Afro-Americano o Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro				Lenguaje de su Preferencia <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas <input type="checkbox"/> Otro					
Compañía de Trabajo			Nombre de Empleador			Dirección de Empleador			
Información sobre Farmacia de su preferencia Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____				Cómo se enteró de nosotros? <input type="checkbox"/> Familia/Amigos <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Internet/Página Web <input type="checkbox"/> Pasando por la Ubicación <input type="checkbox"/> Periódicos/Revista <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Evento Comunitario					
En caso de que una Emergencia suceda en nuestras instalaciones, a quien le gustaría registrar como su Contacto de Emergencia? Nombre: _____ Teléfono de Contacto: _____									

Completar esta sección solo si el Paciente es MENOR de Edad:

Responsable: Apellidos		Primer Nombre		Segundo Nombre		Correo Electrónico para el portal			
Dirección (Calle o PO Box)				Ciudad		Estado		Código Postal	
Teléfono del Hogar #		Teléfono del Trabajo #		Celular #			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> N/A		
Fecha de Nacimiento ____/____/____		Edad	# Seguro Social		# Licencia de Conducir y Estado				

Información de Compañía de Seguro:

Primaria: Compañía de Seguros		Número de Póliza		Secundaria: Compañía de Seguros		Número de Póliza	

Portal del Paciente:

Bakersfield Pediatrics cuenta y ofrece distintas maneras para comunicarse con nuestros pacientes, ya que estamos interesados en proveer un cuidado completo de su salud. Utilizamos *Healow* para establecer un medio de comunicación fácil y mejor entre usted y su proveedor de Salud.

- Sí, quiero que se me comunique mi información a través de un sistema seguro, diseñado para almacenar i información con seguridad. Seré notificado vía correo electrónico cuando haya información para revisar.
- No quiero usar comunicación electrónica como un medio de comunicación de mi información.

X _____ X _____
Nombre del Paciente Firma del Paciente, Padre o Tutor legal Correo Electrónico

Acct#:

Formulario de historial del paciente de Bakersfield Pediatrics

Historial de embarazo y nacimiento

Problemas durante el embarazo no si _____
 Medicamentos no si _____
 Fumar/Alcohol/Drogas no si _____
 Diabetes no si _____
 Enfermedad durante el embarazo no si _____
 Otro no si _____

Entrega: Vaginal Cesárea
 Razón de C/S _____
 a término completo Prematuro # semanas: _____
 Peso de nacimiento _____ Longitud del nacimiento: _____

Problemas inmediatamente después del nacimiento:

Infección no si _____
 Dificultad para respirar no si _____
 Ictericia no si _____
 En casa con madre no si _____
 Otro no si _____

Historial médico

Medicación actual _____
 Alergias a medicación _____
 Alergias a los alimentos _____
 Hospitalizaciones _____

Infecciones/problemas anteriores:

Anemia no si _____
 Asma no si _____
 Enuresis no si _____
 Problemas de comportamiento no si _____
 Infección de vejiga o riñón no si _____
 Varicela no si _____
 Constipación no si _____
 Convulsiones o ataques no si _____
 Infección en el oído no si _____
 Eczema no si _____
 Fiebre del heno no si _____
 Problemas Escuchando no si _____
 Problemas de aprendizaje no si _____
 Neumonía no si _____
 Problemas para dormir no si _____
 Discurso no si _____
 Transfusión no si _____
 Problemas de la vista no si _____
 Problemas de peso no si _____
 Otro _____

Historia del desarrollo

El niño pudo hacer lo siguiente a qué edad:
 Sonrisa _____
 Dese la vuelta _____
 Gatear _____
 Caminar solo _____
 Primeras palabras _____
 Entrenado para baño _____

Completado por: _____
 Fecha: _____

Esta información ha sido revisada con los padres.

Firma del proveedor: _____
 Fecha: _____

Historia familiar

Problemas de alcohol o drogas. no si _____
 Alergias no si _____
 Asma no si _____
 Defectos de nacimiento no si _____
 Enfermedades de la sangre no si _____
 Ceguera no si _____
 Cáncer no si _____
 Convulsiones no si _____
 Colesterol/trig elevado no si _____
 Sordera no si _____
 Muerte en la infancia (incluido SMSL) no si _____
 Diabetes no si _____
 Dolores de cabeza/migrañas no si _____
 Defectos cardíacos (incluidos los congénitos) no si _____
 Infartos no si _____
 Luxación de cadera no si _____
 Hipertensión Inmunodeficiencia (incluido SIDA) no si _____
 Problemas de aprendizaje no si _____
 Enfermedad hepática no si _____
 Enfermedad pulmonar no si _____
 Retraso mental no si _____
 Trastornos psiquiátricos no si _____
 Enfermedad tiroidea no si _____
 Prueba de tuberculosis (resultados positivos): no si _____
 Condiciones hereditarias no si _____

Historia social:

Exposición al humo pasivo no si _____
 Fumador en el hogar no si _____

Padre/cuidador del hogar:

Nombre _____ Edad _____ Empleador _____

 Casado Divorciado Separado Viudo Otro

Otros en el hogar:

Nombre _____ Edad _____ Relación con el paciente _____

Otros importantes en la vida del niño:

Nombre _____ Edad _____ Relación con el paciente _____

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Cuenta # _____

Políticas de la Oficina de Bakersfield Pediatrics

Marque o ponga sus iniciales en todas las políticas y firme y feche en la parte inferior de la página siguiente para indicar que comprende cada política individual. Si tiene alguna pregunta, consulte a un miembro de nuestro personal.

- DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGURO:** Todos los copagos, coseguros y deducibles aplicables vencen y se esperan en el momento del servicio. Si se aplica un deducible, Bakersfield Pediatrics cobrará \$100 como monto estimado por la visita al consultorio. Cualquier saldo restante se facturará al garante. Si su plan tiene un monto de coseguro para visitas preventivas, se deberá pagar un monto estimado de responsabilidad del paciente al momento del servicio.
- TÉRMINOS DE COBERTURA:** Su póliza de seguro es un acuerdo contractual entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable de conocer los términos y condiciones de su póliza. No es responsabilidad de Bakersfield Pediatrics conocer los detalles de su póliza. Como cortesía, Bakersfield Pediatrics intentará verificar la elegibilidad y los beneficios; sin embargo, no podemos obtener los detalles exactos del pago hasta que se procese el reclamo.
- SALDOS PENDIENTES:** Los saldos pendientes de todos los miembros de la familia deben pagarse antes de la visita al médico. Bakersfield Pediatrics tiene derecho a rechazar servicios médicos que no sean urgentes si los saldos no se pagan en su totalidad antes de la visita programada.
- ACTUALIZACIONES DE SEGURO:** Usted es responsable de proporcionarnos cualquier actualización de su seguro. Si se rechaza algún cargo por no proporcionar información actualizada del seguro, el garante será responsable de los saldos impagos.
- POLÍTICA DE FACTURACIÓN:** Como cortesía, Bakersfield Pediatrics facturará a su seguro por todos los procedimientos realizados en el momento del servicio. Cuando se reciba la Explicación de Beneficios y el pago del seguro, se acreditará su cuenta. Cualquier responsabilidad restante del paciente se esperará cuando reciba un estado de cuenta o en el momento de su próxima cita (lo que ocurra primero).
- DISPUTAS CON LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:** Es responsabilidad del titular del plan negociar los pagos con su compañía de seguros. Recuerde, Bakersfield Pediatrics factura a su compañía de seguros como cortesía hacia usted.
- PPO y HMO:** Estamos en la red con la mayoría de los planes PPO. Haremos todo lo posible para verificar que su plan esté dentro de la red de Bakersfield Pediatrics, pero en última instancia es responsabilidad del suscriptor del plan confirmar sus beneficios y estar dentro de la red de proveedores. Si tiene un plan HMO, deberá seleccionar uno de los médicos de Bakersfield Pediatrics como su proveedor de atención primaria (PCP) antes de su primera cita programada.
- POLÍTICA DE COBRO:** Si el pago no se realiza en el momento en que se recibe el estado de cuenta, usted puede ser responsable de intereses y multas. Bakersfield Pediatrics utiliza una agencia de cobranza externa para cualquier deuda impaga. Si su cuenta va a cobranza, usted será responsable de los honorarios de abogados, intereses y sanciones. Bakersfield Pediatrics no puede eliminar una cuenta de colecciones una vez enviada.
- DIFICULTAD FINANCIERA:** Si tiene dificultades financieras, Bakersfield Pediatrics considerará un acuerdo de pago. Los arreglos de pago se pueden configurar a través de nuestro departamento de facturación interno. Puede comunicarse con un miembro del departamento de facturación para obtener ayuda al 949-599-2434.

Políticas de la Oficina de Bakersfield Pediatrics (continuación)

- CHEQUE COMO FORMA DE PAGO Y CHEQUES DEVUELTOS :** No se aceptarán cheques como pago por adelantado para visitas que incluyan vacunas; solo la tarjeta de crédito será una forma de moneda aceptable. Se devolverán \$35.00 cargo por cheque aplicado a su factura por cualquier cheque devuelto para cubrir el cargo incurrido por nuestro banco. Si Bakersfield Pediatrics recibe un cheque devuelto, los cheques ya no serán una forma de pago aceptable, solo se aceptará crédito.

HORARIO NORMAL DE OFICINA:

Lunes a Jueves: 8:00 am a 5:00 pm

Viernes: 8:00 am a 4:00 pm

- NO PRESENTACIONES Y CANCELACIONES:** Si se pierde una cita o no se cancela con 24 horas de anticipación, se puede aplicar una tarifa a la cuenta del paciente. Esta tarifa no está cubierta por el seguro y, por lo tanto, no se facturará al seguro.
- COPIA DE EXPEDIENTES MÉDICOS:** Se debe recibir una solicitud por escrito antes de la divulgación de cada registro médico. Bakersfield Pediatrics cobra una tarifa administrativa razonable de \$20.00 por los registros médicos de cada paciente. Tenemos 7-10 días desde el momento de la solicitud por escrito y el pago total para proporcionar los registros.
- CARGOS DE REVISIÓN DE ARCHIVOS/ CARTA ESCRITA:** Habrá un cargo adicional por todas las solicitudes de revisión de registros o cartas escritas en nombre del paciente. Este cargo se facturará a su compañía de seguros y cualquier saldo restante será su responsabilidad.

Con mi firma a continuación, declaro que he leído y entiendo las políticas de Bakersfield Pediatrics.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Nombre del paciente: _____

Bakersfield Pediatrics**Autorización para liberar la prueba
Resultados para pacientes menores de 18 años
de edad**

Para transmitir de manera eficiente los resultados de laboratorio, resultados de pruebas y/u otras comunicaciones, Bakersfield Pediatrics le solicita que proporcione números de teléfono seguros para que nuestro personal pueda llamar y dejar mensajes respecto a los resultados de las pruebas. Esto ayudará a evitar el retraso en la entrega de información pertinente relacionada con su hijo. Si no ha recibido noticias de Bakersfield Pediatrics sobre los resultados de su laboratorio o pruebas, por favor no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina.

Yo, (padre/tutor) _____, doy permiso a Bakersfield Pediatrics para dejar mensajes sobre los resultados de mi hijo (paciente) _____, en los números que figuran abajo.

Contacto primario

Nombre: _____ Teléfono: _____

Contacto secundario

Nombre: _____ Teléfono: _____

Firma

Fecha