

Consentimiento General para el Tratamiento

Me he presentado voluntariamente para recibir atención médica y doy mi consentimiento para dicha atención y tratamiento médicos, incluidos los procedimientos y pruebas de diagnóstico que los médicos, sus asociados, asistentes y otros proveedores de atención médica determinen que son necesarios. En el curso del tratamiento, entiendo y reconozco que no se ha otorgado ni se otorgará garantía alguna sobre el resultado o la cura del tratamiento.

Doy mi consentimiento para la toma de fotografías o películas relacionadas con la atención y el tratamiento y entiendo que dichas fotografías o películas pueden formar parte del registro médico y / o usarse para fines internos, como la mejora del rendimiento o la educación. **Los resultados de pruebas no serán discutidos por teléfono.**

Tengo el derecho legal de dar mi consentimiento para el tratamiento médico porque soy el paciente o soy el padre / tutor del paciente. Todas las referencias a "paciente", "yo" y "mi" en este documento significa: * _____ (nombre del paciente).

Historia Clínica Electrónicas

El registro médico de su hijo(a) se compartirán con su proveedor de atención primaria para permitir y promover la continuidad de la atención médica. El registro médico de su hijo(a) no se divulgará a nadie más sin su consentimiento de antemano.

Recetas electrónicas

Autorizo voluntariamente E-Prescribing para recetas, lo que permite a los proveedores de atención médica transmitir recetas electrónicamente a la farmacia de mi elección, revisar la información de beneficios de farmacia y el historial de dispensación de medicamento siempre que exista una relación médico / paciente.

Expresiones de Gratitud

Reconozco que los datos administrativos, la información demográfica y otra información de salud que describe la atención al paciente, los servicios y los resultados se recopilan y utilizan para operaciones de atención médica, informes gubernamentales y no gubernamentales.

Reconozco que he recibido un Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA ("Aviso"). El Aviso explica cómo podemos usar y divulgar la información médica protegida del paciente para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. "Información de salud protegida" significa la información de salud personal del paciente que se encuentra en los registros médicos y de facturación del paciente. Si tiene preguntas sobre el Aviso, comuníquese con nosotros al (512) 472-6134.

He leído este formulario o se me ha leído este formulario en un idioma que entiendo y he tenido la oportunidad de hacer preguntas al respecto.

AVISO LEGAL: Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta solicitud electrónicamente. Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta solicitud electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual en este document.

Nombre impreso del Paciente: * _____

Fecha de Nacimiento del Paciente (DD/MM/AAAA): * _____

Firma del paciente (o responsable legal si es menor de edad): * _____

Fecha: * _____

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Nombre de paciente: * _____

Fecha de nacimiento: * _____

Medicamentos

Medicamentos actuales: * _____

Alergias

¿Que alergias tiene el paciente? (medicamentos, comidas ó ambiental): * _____

Hospitalizaciones anteriores: Síntoma y fecha

* _____

Cirugías previas: Tipo de cirugía y fecha

* _____

¿El/La paciente a tenido tranfuncion de sangre? No ___ Sí ___

¿El Paciente a tenido una circuncision? No ___ Sí ___ ¿Cuando? _____

Condiciones / problemas médicos

Por favor haga una lista de otros problemas medicos que tenga el paciente:

* _____

Razon por su visita hoy?:* _____

¿Ha tenido un examen de laboratorio o una radiografía en referencia a este problema? No ___ Sí ___

¿Cuales examines, y donde los tomaron? _____

Nombre de farmacia: * _____ Dirección de farmacia: * _____

Preguntas para Embarazadas

¿Cuando es la fecha de parto? _____ ¿Quien va hacer el pediatra de tu bebe? _____

¿Quien es tu Obstetra? _____ ¿En que hospital dara a luz? _____

Historia Social

Ocupación del padre 1:* _____

Ocupación del padre 2: _____

Nombre y edad de hermano/a:

¿Quién vive en el hogar? _____

Actividades diurnas para niños

Casa **No** ___ **Sí** ___

Guardería **No** ___ **Sí** ___

Recreación/Deportes **No** ___ **Sí** ___

¿Que deportes?: _____

Historial del la familia

Por favor marque cualquier condición que aplique a algun familiar (padres, hermano/a, abuelo/a, tio/a):

Desorden Sangrante No ___ Sí ___ Relación: _____

Complicación Anestésia No ___ Sí ___ Relación: _____

Insuficiencia Renal No ___ Sí ___ Relación: _____

Cálculos Renales No ___ Sí ___ Relación: _____

Infección del tracto urinario No ___ Sí ___ Relación: _____

Hidronefrosis No ___ Sí ___ Relación: _____

Hypospadias No ___ Sí ___ Relación: _____

Diabetes No ___ Sí ___ Relación: _____

Hipertensión No ___ Sí ___ Relación: _____

Reflujo Vesicoureteral No ___ Sí ___ Relación: _____

Otro No ___ Sí ___ Relación: _____

Historial médico del paciente

Oído/Ojos No ___ Sí ___ Problemas de nariz/Sinusitis/Garganta No ___ Sí ___

Convulsiones No ___ Sí ___ Dolores de cabeza/Mareos No ___ Sí ___

Soplo Cardíaco No ___ Sí ___ Asma/Bronquitis No ___ Sí ___

Neumonía No ___ Sí ___ Problemas Estomacales No ___ Sí ___

Diarrea/Estreñimiento No ___ Sí ___ Sangrado/Problemas de coagulación No ___ Sí ___

Problemas de Anestesia No ___ Sí ___ Problemas de la Piel No ___ Sí ___

Diabetes No ___ Sí ___ Cancers No ___ Sí ___

Problemas de desarrollo No ___ Sí ___ Problemas conductuales/Emocional No ___ Sí ___

Problemas psiquiátricos No ___ Sí ___ Problemas Escolares No ___ Sí ___

Sangrado frecuente de la nariz/Moretones No ___ Sí ___ Enfermedad de Células falciformes/ Rasgo G6PD No ___ Sí ___

AVISO LEGAL: Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta solicitud electrónicamente. Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta solicitud electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual en este document.

Nombre imprento del paciente:* _____

Firma del paciente (o responsable legal si es menor de edad):* _____

Fecha: * _____

AUSTIN
1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 302
Austin, TX 78723

CEDAR PARK
1301 Medical Pkwy, Suite 310
Cedar Park, TX 78613

PHONE: 512-472-6134
FAX: 512-472-2928
childrensurology.com



Información del Paciente

Paciente

Apellido: * _____ Primer Nombre: * _____ Apodo: _____
Fecha de Nacimiento:* _____ Seguro Social: _____ Genero:* Masculino ___ Femenino ___ No binario: ___
Race: Indio Americano o Nativo de Alaska ___ Asiatico ___ Afroamericano ___ Nativo de Hawai o otra Isla del Pacifico ___ Blanco Americano ___
Otro _____ Negar ___
Ethnicidad: Hispano/Latino ___ No Hispano/Latino ___ Otro _____ Negar ___
¿Quién refirió al paciente? (Por favor **MARQUE** uno) **FAMILIA** ___ **AMIGO** ___ **REMISION MEDICA** ___ **SITIO WEB** ___
¿Quién lo refirió? _____ Nombre de pediatra: * _____ Teléfono: * _____

En caso de que uno de los padres no pueda acompañar al paciente, por favor indique los nombres de las personas a las que está permitiendo acompañar y haga posibles decisiones medicas para el paciente menor.

NOMBRE:* _____ **RELACIÓN:*** _____
NOMBRE: _____ **RELACIÓN:** _____

Padre / Tutor 1

Apellido:* _____ Primer Nombre:* _____ Fecha de Nacimiento:* _____ Seguro Social:* _____
Domicilio:* _____ Ciudad:* _____ Estado:* _____ Código Postal:* _____
Numero de celular: * _____ Numero Secundario: * _____ Correo electrónico:* _____
Estado civil: Soltero/a ___ Casado/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___

Padre / Tutor 2

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Numero de celular: _____ Numero Secundario: _____ Correo electrónico: _____
Estado civil: Soltero/a ___ Casado/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___

Contacto de Emergencia

Apellido: * _____ Primer Nombre:* _____ Relación:* _____
Numero de celular: * _____ Numero Secundario: * _____

Seguro Médico

Asegurado

Apellido:* _____ Primer Nombre:* _____ Fecha de Nacimiento:* _____
Proveedor de Seguro Médico:* _____ Número de Identificación del seguro:* _____ Número de grupo:* _____
Número de teléfono del proveedor (de la tarjeta del seguro):* _____ Seguro Social:* _____ Relación de paciente:* _____

Seguro Médico Adicional

Asegurado

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Proveedor de Seguro Médico: _____ Número de Identificación del seguro: _____ Número de grupo: _____
Número de teléfono del proveedor (de la tarjeta del seguro): _____ Seguro Social: _____ Relación de paciente: _____

DESEO SER CONTACTADO DE LA SIGUIENTE MANERA(S) - (Marque todo lo que corresponda)

TELÉFONO DE CASA

- Esta bien dejar un mensaje con información y detalle
 Dejar mensaje con un número de teléfono donde puedo devolver la llamada

TELÉFONO DE TRABAJO

- Esta bien dejar un mensaje con información y detalle
 Dejar mensaje con un número de teléfono donde puedo devolver la llamada

TELÉFONO CELULAR MÓVIL

- Esta bien dejar un mensaje con información y detalle
 Dejar mensaje con un número de teléfono donde puedo devolver la llamada

COMUNICACIÓN ESCRITA

- De acuerdo con una comunicación escrita al domicilio

PORTAL DEL PACIENTE

Correo electrónico:*

FIRMAR CON INICIALES

- * Reconozco que he revisado el aviso de HIPAA política de prácticas de privacidad en childrensurology.com.
Esto se puede encontrar en la página de childrensurology.com/Patient Information/Forms & Information/HIPAA Notice of Privacy Practices.

Por la presente doy autorización para el pago de beneficios de seguro que se han directamente a Pediatrix Urology of Central Texas por los servicios prestados. **Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por mi seguro médico.**

En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de cobros y honorarios razonables de abogado. Por la presente autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. También acepto una fotocopia de este Acuerdo sea válida como el original.

AVISO LEGAL: Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta solicitud electrónicamente. Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta solicitud electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual en este document.

Nombre impreso del paciente:*

Firma del paciente (o responsable legal si es menor de edad):* Fecha:*

NOMBRE DEL PACIENTE: * _____

FECHA DE NACIMIENTO: * _____

Para reducir la confusión y los malentendidos entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado las siguientes políticas financieras. Si tiene alguna pregunta sobre estas políticas, por favor discútalas con nuestro personal. Estamos dedicados a brindar la mejor atención y servicio posibles para usted y teniendo en cuenta su completa comprensión de sus responsabilidades financieras como un elemento esencial de su atención y tratamiento.

EL PAGO TOTAL SE DEBE EN EL MOMENTO DE LOS SERVICIOS al menos que usted o su aseguradora de salud hayan hecho otros arreglos por adelantado. Para su conveniencia aceptamos tarjeta de Visa, Master, Discover, American Express, Care Credit, Efectivo y Cheque Bancario.

SEGURO MÉDICO (POR FAVOR INICIAL)

- * _____ A los planes de seguro sujetos a un deducible se les cobrará \$150 en el Check-In y el saldo se cobrará en el Check-Out.
- * _____ Reconozco que he divulgado todas las coberturas de mi seguro médico. Mi seguro principal no pagaran los reclamos si sospechan de otra cobertura de seguro médico.
- * _____ Tenemos un contrato con muchos seguros y planes de salud para aceptar la asignación de beneficios. Esto significa que facturaremos esos planes y solo pediremos que pague el autorizado copago, deducible o coseguro en el momento del servicio. Es responsabilidad del garante conocer los beneficios asociados con su plan de seguro o cobertura, Y obtener todas las referencias y autorizaciones del médico de atención primaria cuando sea aplicable. **SI NO TIENE UNA REFERENCIA O AUTORIZACIÓN ACTUAL EN EL ARCHIVO DEL PACIENTE SE LE PUEDE PEDIR QUE REPROGRAME SU CITA.**
- * _____ En caso de que su plan de salud determine que un servicio será "no cubierto" usted será responsable del cargo completo. El pago vence al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.
- * _____ Los depósitos de cirugía deben pagarse 10 días laborales antes de la cirugía. Si por alguna razón es necesario cancelar la cirugía, debe hacerlo 10 días laborales antes de la fecha de la cirugía si no se le cobrará **\$150 por cancelación.**

PACIENTES QUE PAGAN POR CUENTA PROPIA

- * _____ Si usted no tiene cobertura médica, se considerará que pagará por su propia cuenta. Antes de ver al medico se requiere **\$150** de depósito. Si la cuenta se paga ENTERA en el momento de la visita, aplicaremos un descuento de 30%. En caso de que no pueda pagar su balance en total NO recibirá el descuento de 30% y tendrá que hacer un plan de pago. El plan de pago debe de realizarse durante el registro de salida con una tarjeta de crédito para pagar el saldo en su totalidad dentro de los **3 meses.**
- * _____ Utilizamos un servicio de facturación. Si tiene alguna pregunta sobre una facturación, llame al 512-600-0125 para asistencia.
- * _____ Telemedicina requiere \$175 para paceutes nuevos y \$150 para pacientes antiguos.

Aceptamos tarjeta de Visa, Master, Discover, American Express, Care Credit, Efectivo y Cheque Bancario.

ESTIMADOS

- * _____ Previa solicitud, nuestro personal proporciona una estimación de los costos de los servicios. Sin embargo, el costo real de los servicios se establece de acuerdo con el nivel de atención necesario según lo determine su proveedor.

CARGOS

- * _____ Entiendo que, en opinión de nuestros proveedores los servicios o artículos médicos que le he solicitado al proveedor en "Pediatrix Urology of Central Texas" pueden no estar cubiertos por mi seguro medico como razonables y medicamente necesarios para mi atención. Entiendo que mi plan de seguro medico determina la necesidad medica de los servicios y artículos medico que solicito y recibo. Si mi plan determina que estos servicios o artículos medico no son razonables y medicamente necesarios para mi atención, soy responsable del pago en totalidad.
- * _____ Entiendo que el "trabajo de laboratorio" se envía a un laboratorio de referencia. Pediatrix Urology of Central Texas proporcionara al laboratorio de referencia la información del seguro médico necesaria para presentar un reclamo. Cualquier cargo incurrido es mi responsabilidad de pagar.
- * _____ **CARGOS POR COMPLETAR FORMAS:** Entiendo que seré responsable de pagar **\$25** por las formas que serán completadas por mi médico o el personal (Formas de discapacidad, FMLA, etc.) Hay un cobro de **\$50** para cartas o formas de inmigración.
- * _____ **CARGOS POR FALTAR A SU CITA:** Entiendo que habrá un cobro de **\$60** por no presentarse a cualquier cita que haya hecho.
Entiendo que se puede cobrar una tarifa de **\$150** por "no presentarse" para las citas de procedimientos en el consultorio y los procedimientos del centro quirúrgico a los que no asisto.
Miembros de Medicaid: Las ausencias se informarán a su plan de salud.
- * _____ **CARGOS POR REGISTROS MÉDICOS: \$25**

He leído y comprendido la política financiera de la práctica y acepto estar obligado por sus términos. También entiendo y acepto que la practica puede modificar dichos términos de ven en cuando.

AVISO LEGAL: Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta solicitud electrónicamente. Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta solicitud electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual en este document.

Nombre imprento del paciente: * _____

Firma del paciente (o responsable legal si es menor de edad):* _____ Fecha:* _____

Política para Padres Divorciados o Separados

Los proveedores y el personal de Pediatrix Urology of Central Texas estamos dedicados a nuestros pacientes y a brindar atención médica de calidad. Nuestro enfoque está en la salud médica, emocional y psicológica de su hijo. No somos parte ni estamos involucrados en cualquier asunto legal relacionado con acuerdos de divorcio, separación o custodia. Lea y firme lo siguiente para que podamos proporcionar cuidado a su(s) hijo(s).

1. Los médicos, enfermeras, asistentes médicos, personal de oficina y oficina de facturación no se verán afectados por problemas domésticos o desacuerdos por teléfono o en la oficina.
2. Por favor, haga cualquier decisión con respecto a las citas y los procedimientos de la oficina **ANTES** de visitar nuestra práctica.
3. Solo en situaciones en las que haya una **orden judicial** confirmada y documentada, se le negará a uno de los padres el acceso a los archivos médicos del menor o las visitas a la oficina. Pediatrix Urology of Central Texas debe tener una copia de dicha orden judicial archivada en el expediente electrónico del menor.
4. Si **NO** hay una orden judicial archivada en nuestra oficina, el padre o tutor legal puede firmar un "Consentimiento para "Tratamiento" que autoriza a cualquier persona nombrada (abuelos, niñeras, etc.) a llevar a su hijo a nuestra práctica, estar presente durante la visita y dar su consentimiento para el tratamiento durante esa visita. No participaremos en ninguna disputa con respecto a las personas nombradas en los formularios de consentimiento a menos que se lo indique el tribunal. Ya sea padre o el tutor legal puede agendar una cita para su hijo, estar presente en la visita y / u obtener una copia de la visita. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa administrativa por copiar archivos médicos si las solicitudes se vuelven excesivas.
5. Es responsabilidad de ambos padres comunicarse entre sí, sobre el cuidado de los pacientes, las fechas de las visitas al consultorio y cualquier otra información pertinente hacia el paciente. No es responsabilidad del proveedor comunicar información sobre la consulta a cada padre en custodia por separado. Nuestros proveedores no llamarán al padre que no asista después de las visitas.
6. Adicionalmente, no llamaremos al otro padre para obtener su consentimiento con respecto a las citas programadas, restringiremos la participación en el cuidado del paciente a menos que lo exija la ley, o tolerar patrones de cancelaciones.
7. Pagos que incluyen copagos, deducibles, coseguro o cualquier tarifa adicional cobrada por su seguro debe pagarse en el momento del servicio, independientemente de cuál de los padres sea responsable de los gastos médicos. Nosotros no somos partícipes de su acuerdo de divorcio. Si la sentencia de divorcio requiere que el otro padre pague todo o parte de los costos del tratamiento, es responsabilidad de los padres cobrarse entre sí. Cualquier disputa sobre el pago que termine en colecciones, vencerá en la siguiente visita.
8. Si los problemas que surgen entre los padres se vuelven perjudiciales para nuestra clínica o si no se cumple con dicha política, podemos terminar inmediatamente la relación paciente / proveedor. Se notificará a su proveedor de atención primaria.

Al firmar este formulario, acepta respetar la política anterior y comprende que romper este acuerdo puede resultar en la despedida de su familia del consultorio.

AVISO LEGAL: Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta solicitud electrónicamente. Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta solicitud electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual en este document.

Por favor, de enlistar hijos(as) - Nombre y Fecha de Nacimiento:

Nombre de hijo(a) Fecha de Nacimiento Nombre de hijo(a) Fecha de Nacimiento

Nombre de hijo(a) Fecha de Nacimiento Nombre de hijo(a) Fecha de Nacimiento

Nombre impreto del tutor Firma del tutor Fecha

Nombre impreto del tutor Firma del tutor Fecha