



Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Nombre del Paciente: \* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \* \_\_\_\_\_

**Debe completarse el día de su visita de telemedicina**

**CONSTITUCIONAL:** La pérdida de peso \_\_\_ Fiebre \_\_\_ Escalofríos \_\_\_ Debilidad \_\_\_  
Cansancio \_\_\_ **Ningún síntoma** \_\_\_

**Cabeza y Ojos:** Pérdida de la visión \_\_\_ Visión borrosa \_\_\_ Visión doble \_\_\_ Ojos amarillos \_\_\_  
Dolor de cabeza \_\_\_ Concusion cerebrales \_\_\_ **Ningún síntoma** \_\_\_

**Oídos, Nariz Garganta:** Pérdida de la audición \_\_\_ Otitis \_\_\_ Amigdalitis \_\_\_  
Dificultad para respirar \_\_\_ Narices ensangrentadas \_\_\_ Estornudos \_\_\_  
Congestión \_\_\_ Secreción nasal \_\_\_ Dolor de garganta \_\_\_  
**Ningún síntoma** \_\_\_

**PIEL:** Sarpullido \_\_\_ Picazón \_\_\_ Problemas de la piel \_\_\_ **Ningún síntoma** \_\_\_

**CARDIOVASCULAR:** Dolor en el pecho \_\_\_ Palpitaciones \_\_\_ Hinchazón \_\_\_  
Cianosis (el niño se pone azul) \_\_\_ Murmullos del corazón \_\_\_  
**Ningún síntoma** \_\_\_

**RESPIRATORIA:** Dificultad para respirar \_\_\_ Tos \_\_\_ Tos productiva \_\_\_  
Neumonía \_\_\_ Bronquiolitis \_\_\_ Sibilancias \_\_\_ Tos crónica \_\_\_  
Reciente RSV \_\_\_ Tos con sangre \_\_\_ La tuberculosis \_\_\_ Asma \_\_\_  
**Ningún síntoma** \_\_\_

**GASTROINTESTINAL:** Náuseas \_\_\_ Vómitos \_\_\_ Diarrea \_\_\_ Dolor abdominal \_\_\_  
Sangre en las heces \_\_\_ Cambios en el color de las heces \_\_\_  
Estreñimiento \_\_\_ Ictericia (color amarillo de la piel) \_\_\_ Cólicos \_\_\_  
Pérdida del apetito \_\_\_ **Ningún síntoma** \_\_\_

**NEUROLÓGICA:** Dolores de cabeza \_\_\_ Mareos \_\_\_ Desmayos \_\_\_ Parálisis \_\_\_  
Entumecimiento \_\_\_ Hormigueo en las manos o los pies \_\_\_ **Ningún síntoma** \_\_\_

**MUSCULOESQUELÉTICO:** Dolor muscular \_\_\_ Dolor de espalda \_\_\_  
Dolor en las articulaciones \_\_\_ Rigidez en las articulaciones \_\_\_  
Hinchazón de las articulaciones \_\_\_ La escoliosis \_\_\_  
Debilidad muscular \_\_\_ Lesiones recientes \_\_\_  
Los cambios en pie \_\_\_ **Ningún síntoma** \_\_\_

**HEMATOLOGICAS:** La anemia \_\_\_ Sangrado o moretones anormales \_\_\_  
Enfermedad de células falciformes / rasgo \_\_\_ Enfermedad G6PD \_\_\_  
Antecedentes de cáncer \_\_\_ **Ningún síntoma** \_\_\_

**LINFATICOS:** Nódulos linfáticos agrandadosnodes \_\_\_\_ **Ningún síntoma** \_\_\_\_

**PSIQUIÁTRICO:** Antecedentes de depresión o ansiedad \_\_\_\_ El TDAH \_\_\_\_  
Problemas de conducta / emocionales \_\_\_\_ Trastornos del espectro autista \_\_\_\_  
**Ningún síntoma** \_\_\_\_

**ENDOCRINOLOGIC:** Sudoración anormal \_\_\_\_ Intolerancia al frío o al calor \_\_\_\_  
Sensación de sed \_\_\_\_ **Ningún síntoma** \_\_\_\_

**ALERGIAS:** Las alergias estacionales \_\_\_\_ Asma \_\_\_\_ Urticaria \_\_\_\_ Eczema \_\_\_\_  
Secreción nasal \_\_\_\_ Alergias a los alimentos \_\_\_\_ **Ningún síntoma** \_\_\_\_

### REVISIÓN DE SISTEMAS UROLÓGICA

**URINAR:** Ardor al orinar \_\_\_\_ Urgencia para orinar \_\_\_\_ Frecuencia de orinar \_\_\_\_  
Retención de orina durante largos períodos de tiempo \_\_\_\_  
Acidentes de enuresis diurna \_\_\_\_ Orinarse en la cama \_\_\_\_ El goteo o la orina \_\_\_\_  
Infecciones urinarias \_\_\_\_ Sangre en la orina \_\_\_\_  
Dificultad entrenamiento para ir al baño \_\_\_\_ Chorro de orina débil \_\_\_\_  
Desviada chorro urinario \_\_\_\_ Dificultad para iniciar el flujo de orina \_\_\_\_  
Dolor en el flanco (dolor en el costado y la espalda) \_\_\_\_

#### Hombres:

**Genitourinario:** Dolor escrotal \_\_\_\_ Dolor testicular \_\_\_\_ Dolor en el pene \_\_\_\_  
Prepucio problemas \_\_\_\_

#### Mujeres:

#### **HISTORIA MENSTRUAL**

Edad al inicio de la menstruación \_\_\_\_\_

Número de días en el ciclo menstrual \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del último período menstrual \_\_\_\_\_

**Nombre de padre / tutor impreso: \*** \_\_\_\_\_

**Firma del padre / tutor: \*** \_\_\_\_\_

**Relación con Paciente: \*** \_\_\_\_\_ **Fecha:\*** \_\_\_\_\_

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

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



**CEDAR PARK**  
1301 Medical Parkway, Suite 310  
Cedar Park, TX 78613

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

## Forma de Telemedicine

**Nombre de Paciente:** \* \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:**\* \_\_\_\_\_

**Nombre de Peditra (PCP):** \* \_\_\_\_\_

**Última visita con peditra:**\* \_\_\_\_\_ **Razón:**\* \_\_\_\_\_

**La altura:**\* \_\_\_\_\_ **Pies** \* \_\_\_\_\_ **Pulgadas**    **Peso:**\* \_\_\_\_\_ **Libras**

**Medicinas:** \* \_\_\_\_\_

**Alergias:**\* \_\_\_\_\_

**Farmacia:**\* \_\_\_\_\_

**Padre / Tutor (Impresa):**\* \_\_\_\_\_

**Firma de Padre / Tutor:**\* \_\_\_\_\_

**Relación de Paciente:**\* \_\_\_\_\_ **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?: \_\_\_\_\_

## Historia de Embarazo

Enfermedades durante el embarazo:

**No** \_\_\_ **Sí** \_\_\_ Explicación: \_\_\_\_\_

Medicamentos durante el embarazo:

**No** \_\_\_ **Sí** \_\_\_ Explicación: \_\_\_\_\_

 Parto: **Termino Completo** \_\_\_

**Pre-maturo** \_\_\_ # de semanas \_\_\_

**Tarde** \_\_\_

Problemas durante el embarazo:

**No** \_\_\_ **Sí** \_\_\_ Explicación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 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 **No** \_\_\_ **Sí** \_\_\_ Enfermedad de Células falciformes/ **No** \_\_\_ **Sí** \_\_\_

de la nariz/Moretones Rasgo G6PD

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](http://childrensurology.com).  
Esto se puede encontrar en la página de [childrensurology.com/Patient Information/Forms & Information/HIPAA Notice of Privacy Practices](http://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.

Nombre impreso del paciente:\* \_\_\_\_\_

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

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

## POLITICA FINANCIERA DEL PACIENTE

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 cobrara **\$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.**

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.

Nombre imprento del paciente: \* \_\_\_\_\_

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

### 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 "Children's Urology" 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**

## Política para Padres Divorciados o Separados

Los proveedores y el personal de Children's Urology 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.

### 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 impreso del tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha