

Pediatric Associates

3516 12 DE AVE. NE.

OLYMPIA, WA 98506

(Teléfono) 360-456-1600

(Fax) 360-456-6504

CONSENTIMIENTO DE AVANCE PARA TRATAR LOS MENORES

Yo, _____, el padre o tutor legal de mi

hijo, _____, autorizar y consentir a la rutina y

tratamiento médico de emergencia para mi hijo por personal médico calificado. Yo autorizo y

consentimiento para el tratamiento médico de emergencia cuando lo considere necesario o conveniente para salvaguardar

inmediato para la salud de mi hijo, y no se puede llegar en un plazo razonable a causa de

ausencia de la comunidad o de otra manera. Renuncio a mi derecho a un consentimiento informado para tal

tratamiento con el entendimiento de que se ha hecho todo lo posible para ponerse en contacto conmigo.

Además, autorizo a _____ para buscar atención médica para mi hijo.

Esta autorización estará vigente hasta que sea revocada por escrito por mí.

Firma del Padre / Tutor Fecha

Fecha Testigo

Pediatric Associates
3516 12 DE AVE. NE.
OLYMPIA, WA 98506
(Teléfono) --- 360-456-1600
(Fax) --- 360-456-6504

ACTA DE RECEPCIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

NAME _____ Date paciente Birth _____

Información sobre el cuidado de la salud es un asunto privado. Pediatric Associates cuenta con un folleto en el que me dice cómo se maneja la información de salud de mi hijo (a). Este folleto se llama "Aviso de prácticas de privacidad". Pediatric Associates me ha proporcionado la más reciente "Aviso". Asociados pediátricos pueden actualizar este "Aviso" en cualquier momento. Si hay una actualización de este "Aviso", que se publicará en las oficinas.

Se me ha dado la información actual de la "Notificación de prácticas de privacidad"., Que describe cómo se utilizará la información de salud de mi hijo y revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica.

En ocasiones, puede ser necesario para Pediatric Associates a utilizar el teléfono para los recordatorios de las próximas citas de los pacientes. Estoy de acuerdo con los mensajes que se dejan en las máquinas o los mensajes de correo de voz contestador.

Paciente o persona legalmente autorizada firma Fecha

Relación con el paciente si se firma en nombre de la paciente por el padre, tutor legal, etc

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

PACIENTE NAME _____ CHILDS DOCTOR _____

FECHA DE SEGURIDAD BIRTH _____ SOCIAL caso _____

MALE ___ FEMALE ___

VIVIR CON NIÑO : ___ BOTH PARENTS ___ MOTHER ___ FATHER ___ OTHER (ver abajo)

STREET _____ CITY , ZIP _____

RESIDENCIA TELÉFONO _____ CELL PHONE _____

NAME _____ IS VIDA DEL PADRE PADRE EN EL HOGAR ? ___ YES ___ NO

DIRECCIÓN DEL PADRE (si es diferente a la del niño) _____

TELÉFONO DEL PADRE # _____ CELULAR # _____

PADRE EMPLOYER _____ EMPLOYERS TELÉFONO _____

OCCUPATION _____ DEL PADRE

SEGURO SOCIAL (OBLIGATORIO) _____ DATE DEL PADRE DE BIRTH _____

NOMBRE MADRASTRA , SI APPLICABLE _____

LA MADRE NAME _____ IS LIVING MADRE EN EL HOGAR ? ___ YES ___ NO

DIRECCIÓN DE LA MADRE (Si es diferente a la del niño)

LA MADRE TELÉFONO _____ CELL # _____

LA MADRE EMPLOYER _____ EMPLOYER TELÉFONO _____

OCCUPATION _____ DE LA MADRE

SEGURO SOCIAL (OBLIGATORIO) _____ DATE DE LA MADRE DE

BIRTH _____

NOMBRE DEL PADRASTRO , SI APPLICABLE _____

Si vivir NIÑO CON ALGUIEN QUE NO SEA LOS PADRES :

NOMBRE DE LA PERSONA (S) _____

RELACIÓN CON CHILD _____

EMPLOYER _____ TELÉFONO NUMBER _____

EMPLOYER _____ TELÉFONO NUMBER _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (no los padres)

NAME _____ RELATIONSHIP _____ PHONE # _____

NAME _____ RELATIONSHIP _____ PHONE # _____

REVISADO BY _____ DATE _____ ENTERED BY _____ DATE _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

NAME _____ PCC PACIENTE # _____

OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA:

PRIMER NOMBRE APELLIDO SEXO FECHA DE NACIMIENTO

INFORMACIÓN DEL SEGURO

* Si esta sección está incompleta, se le facturará DIRECTAMENTE POR SU VISITA NIÑOS *

Fecha _____ INSURANCE _____ EFFECTIVE PRIMARIA

SUBSCRIBER _____ SUBSCRIBER FECHA DE nacimiento _____

EMPLOYER _____

ID # _____ GROUP # _____

Fecha _____ INSURANCE _____ EFFECTIVE SECUNDARIA

SUBSCRIBER _____ SUBSCRIBER FECHA DE nacimiento _____

EMPLOYER _____

ID # _____ GROUP # _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

POR LA PRESENTE AUTORIZO A LOS MÉDICOS DE ASOCIADAS pediátrica a proporcionar atención médica a los hijos menores ANTERIORMENTE MENCIONADO

SIGNATURE _____ DATE _____

RESPONSABILIDAD FISCAL, LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

YO AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA PRESENTAR UN RECLAMO CON MI COMPAÑÍA DE SEGUROS, y asignar BENEFICIOS DE OTRA MANERA POR PAGAR A MÍ AL DOCTOR O GRUPO SE INDICA EN LA DEMANDA. Yo entiendo que soy finacially RESPONSABLE DE CUALQUIER BALANCE SIN COBERTURA DE MI COMPAÑÍA DE SEGUROS. UNA COPIA DE ESTA FIRMA tiene la misma validez que el original.

SIGNATURE _____ DATE _____

REVISADO BY _____ DATE _____ ENTERED BY _____ DATE _____

HOJA DE HISTORIA FAMILIAR

Nombre _____

Pediatrician _____ del niño

Fecha de Birth _____

Completar con lo mejor de sus conocimientos

Side Side NO Madre Padre

Diabetes _____

Alergias _____

Asma _____

Fiebre del Heno _____

Convulsiones _____

Retraso Mental _____

Anemia _____

Cáncer _____

Enfermedad renal _____

Enfermedad Hepática _____

ADHD / Ansiedad / Depression _____

La enfermedad cardíaca en la edad temprana

(menos de 55 años)

Problemas del Desarrollo: _____

Otros: _____

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento Fecha del examen

Bueno exámenes niño incluyen una revisión actualizada de los antecedentes médicos, familiares y sociales de la historia, así como la historia del desarrollo. También se incluye un examen completo, edad asesoramiento adecuado, orientación preventiva y de seguridad. Inmunizaciones, pruebas de laboratorio y otros procedimientos o exámenes especiales (como la visión o la audición o evaluación developmental) son servicios necesarios para completar un examen completo del niño sano. Habrá una tarifa adicional por cada uno de estos servicios prestados a su hijo.

Exámenes de niño sano se programan con antelación, y muchas veces, los niños pueden estar enfermos o puede haber otras cuestiones que deben abordarse al mismo tiempo que el examen del niño sano. Al igual que con las inmunizaciones, pruebas de laboratorio y exámenes, hay un cargo adicional por este servicio.

Nuestra práctica se dedica a cuidar a los niños y nos esforzamos por cuidar de todas sus necesidades de la manera más cariñosa, sensible y eficiente. Por lo tanto, habrá momentos en que los servicios prestados a su hijo incluirá tanto un examen del niño sano y de una visita al consultorio para hacer frente a un problema diferente, como una enfermedad u otro problema.

Ya que no podemos conocer sus beneficios de seguro individuales y los deducibles relacionados que usted pueda incurrir al proporcionar ambos servicios, por favor, deje que su médico sabe si usted decide que su hijo ve por una enfermedad o problema de servicios relacionados y tienen el examen del niño sano nuevamente para otro día. Si no hay preferencia, su médico le cobra adecuadamente por los servicios prestados.

PADRE FIRMA FECHA

Política de No Arribo

LA SALUD DE SU HIJO ES MUY IMPORTANTE PARA EE.UU.. PARA ofreciendo un servicio excepcional, NECESITAMOS SU COLABORACIÓN. MANTENIMIENTO DE SUS CITAS CON NUESTROS PROVEEDORES ES ESENCIAL PARA LA SALUD DE SU HIJO. TAMBIÉN ES VITAL PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA OFICINA.

PARA SER RESPETUOSO DE LAS NECESIDADES MEDICAS DE TODOS NUESTROS PACIENTES,

Le pedimos que POR FAVOR, NOTIFIQUE EE.UU. por lo menos 48 horas de antelación para cancelar las citas bien y al menos 24 horas de antelación para cancelar NOMBRAMIENTOS enfermo.

CUANDO SU HIJO NO UNA CITA SIN NOTIFICACIÓN EE.UU., que el tiempo es perdido médico pueda ver a otro niño que está enfermo. A NO ESTAR PRESENTE EN EL MOMENTO DE UNA CITA PROGRAMADA se grabará en nuestro programa nombramiento como "no show".

Para los pacientes que tienen 3 o más NO-SHOWS EN UN PERIODO DE 12 MESES, LOS PADRES PUEDEN pedirá que deje nuestra práctica y encontrar a alguien que de prestar atención de salud de su hijo / hijos.

NUEVAS FAMILIAS QUE no puede mantener PRIMERA CITA DE SU NIÑO CON UN PROVEEDOR EN NUESTRA OFICINA NO será reprogramada, salvo que exista una razón válida.