

**TEXAS PEDIATRIC SPECIALTIES AND  
FAMILY SLEEP CENTER FORMULARIO  
DE REGISTRO – PEDIATRICO**

(Imprima por favor)

Médico de referencia: \_\_\_\_\_ Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Apellido **LEGAL** DEL Paciente: \_\_\_\_\_ Primero: \_\_\_\_\_ Inicial medio: \_\_\_\_\_

Patient date of birth \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Carrera \_\_\_\_\_ Etnia del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección principal de la casa: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Seguridad Social#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico principal de los padres: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_ teléfono celular( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador( ) \_\_\_\_\_

¿Ok para dejar un correo de voz en los números listados? Sí/No Si es así, preferido# ( ) \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿a quién debemos notificar: \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

¿Esta persona está autorizada para tomar decisiones médicas? Sí/No Si no, por favor proporcione un contacto que esté autorizado para tomar decisiones médicas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGUROS**

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SS del suscriptor#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ ID del suscriptor#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario: SI / NO**

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

SS del suscriptor#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ ID del suscriptor#: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

**ASSIGNMENT AND RELEASE**

La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio. También autorizo a Texas Medical & Sleep Specialists o a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Tutor o Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre, tutor o responsable

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente



## **Pediátrica Consentimiento para dejar mensajes/compartir información con amiliares/amigos**

Entiendo que para Texas Pediatric Specialties & Family Sleep Center (TPS &FSC) para dejar mensajes detallados que contienen información específica en mi correo de voz o contestador automático, necesito dar mi permiso para TPS y FSC.

### **Consentimiento para dejar mensajes:**

Doy mi consentimiento a TPS & FSC para dejar un mensaje en mi correo de voz /máquina de respuesta sobre los resultados de laboratorio de mi hijo/hija. Entiendo que "se excluirá la información sensible como se indica a continuación.

Sí

No

### **Consentimiento para información compartida con Familiares y Amigos:**

Los nombres que se enumeran a continuación son familiares o amigos a quienes estoy concedo permiso para que el proveedor de atención médica de mi niño/niña y sus representantes en TPS y FSC discutan verbalmente su mejor cuidado usando su mejor y concederles permiso para revelar la salud información que sea relevante para su cuidado.

Sí

No

**Bajo la Ley de Privacidad de HIPAA estamos permitidos, y podemos hacer un juicio profesional de que ciertas divulgaciones son en su mejor interés, incluso sin esta firma. Entiendo que la información se limita a discusiones verbales y que no se proporcionará copias en papel de la información médica protegida de mi hijo/a sin mi firma en una publicación del Formulario de Información.**

Entiendo que alguna información, como se enumera a continuación, se considera "sensible". Entiendo que debo revisar las casillas específicas para que mi proveedor o su designado publiquen cualquier información "sensible".

1. Condiciones médicas
2. Salud Mental/ Trastornos psiquiátricos (incluyendo Depresión)
3. Dependencia Química (Abuso/tratamiento de drogas y/o alcohol)
4. Información sobre el embarazo

**Nombre:**

---

---

---

---

**Relación:**

---

---

---

---

**Nombre del paciente (Por favor Imprima):** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente o del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## Prescripciones electrónicas

Nos suscribimos a un servicio de prescripción electrónica. Nuestros médicos transmita recetas electrónicas a través de una red de Internet segura directamente a las farmacias participantes. Por favor, enumere su nombre de farmacia, dirección y número de teléfono abajo. TMSS tiene la capacidad de descargar mis beneficios de farmacia y la historia de la medicación a través de un inter asegurado net. Esto le permitirá a su médico a preEscriba medicamentos cubiertos por su Plan de seguro de salud y también evitar cualquier alergia a medicamentos o recetas duplicadas de ser recetados.

Al firmar a continuación, doy mi permiso para que TMSS Descargue esta información de la farmacia de arriba. **Este es un servicio opcional proporcionado por TMSS. Si no desea participar, siéntase libre de no firmar a continuación.**

Nombre del paciente:

---

Nombre de la farmacia:

---

Dirección de Farmacia:

---

Teléfono de la farmacia #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Autorización para Tratamiento médico de un menor

Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_  
Piernacustodia/guardián del al \_\_\_\_\_ Dirección (calle, ciudad, código postal) \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

declarar que tengo la custodia legal y soy el guardián del niño mencionado arriba. Doy el siguiente permiso:

- Para asistir a citas con el niño mencionado en las especialidades pediátricas de Texas y el centro de sueño familiar
- Para recibir información médica para el niño mencionado
- Para autorizar el tratamiento médico o los procedimientos médicos para el niño mencionado

\_\_\_\_\_  
Nombre completo (el ID debe presentarse en fecha de servicio) Dirección (calle, ciudad, código postal) \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre completo (el ID debe presentarse en fecha de servicio) Dirección (calle, ciudad, código postal) \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre completo (el ID debe presentarse en fecha de servicio) Dirección (calle, ciudad, código postal) \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre completo (el ID debe presentarse en fecha de servicio) Dirección (calle, ciudad, código postal) \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Firma del guardián legal: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del guarda legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## **Acuse de recibo de aviso de práctica de privacidad**

Al firmar este formulario, usted está otorgando el consentimiento para las especialidades pediátricas de Texas y el centro de sueño familiar para usar y revelar su información de salud protegida con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información más detallada acerca de cómo podemos usar y revelar esta información protegida de salud. Usted tiene el derecho legal de revisar nuestro aviso de práctica de privacidad antes de firmar este consentimiento y le animamos a leerlo en su totalidad.

Nuestro aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia de la notificación revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina de información de salud al: 210-249-5020.

Usted tiene el derecho de solicitarnos que restrinjamos cómo usamos y divulgamos su información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pago o operaciones de atención médica. No estamos obligados por ley a conceder su solicitud. Sin embargo, si decidimos conceder su solicitud, estamos obligados por nuestro acuerdo.

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su información de salud protegida en dependencia de su consentimiento.

Nombre del paciente impresión: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

### **Uso de la oficina solamente:**

Como oficial de privacidad, intenté obtener la firma del paciente (o representantes) en este reconocimiento pero no hice por que \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de oficial de privacidad



## **Nuestras políticas financieras y de oficina**

**Gracias por elegir las especialidades pediátricas de Texas y el centro de sueño familiar como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a proporcionar a nuestros pacientes la mejor atención médica disponible. Nuestro Departamento de facturación estará disponible para discutir nuestros honorarios y pólizas con usted si usted tiene alguna pregunta.** Pedimos que todas las partes responsables lean y firmen nuestras políticas financieras y de oficina y completen el formulario de información para el paciente antes de ver al médico. Como usted lee, por favor inicial al lado de cada tema para indicar su comprensión de nuestras políticas.

\_\_\_\_\_ **1. Información demográfica**-Por favor informe a la recepcionista si su dirección, número de teléfono, o la información del seguro ha cambiado (o si usted anticipa que va a cambiar en el futuro cercano).

\_\_\_\_\_ **2. Copago** -todos los copagos, deducibles y/o co-seguros se vencen en el momento del servicio.

\_\_\_\_\_ **3. Saldos**- Si tienes saldo en tu cuenta te pediremos el pago. Aceptamos efectivo, cheque, Visa y Mastercard. Permitimos 90 días para el pago de cualesquiera saldos que sean la responsabilidad del paciente. Si no recibimos el pago completo en 90 días, la cuenta será remitida a cobros. Si su cuenta se envía a cobros, incurrirá en **Todos** honorarios asociados. Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su saldo. Le animamos a que nos comunique cualquier problema, para que podamos ayudarle a mantener su cuenta en buenas Pie.

\_\_\_\_\_ **4. Verificación de seguros**-Verificamos los beneficios del seguro como cortesía a nuestros pacientes. No todos los servicios son un beneficio cubierto en su plan médico. Por favor comuníquese con su compañía de seguros si tiene preguntas sobre su cobertura de atención médica. Las especialidades pediátricas de Texas y el centro de sueño familiar proveen servicios que son médicamente necesarios en la opinión profesional del médico. Si no está seguro si un procedimiento, inmunización o inyección está cubierto, por favor llame a su compañía de seguros antes de recibir los servicios. Usted es en última instancia responsable de todos los cargos que no están cubiertos por su cuidado de salud Política. Por favor recuerde que su seguro es un contrato entre usted (o su empleador) y la compañía de seguros. No somos parte en ese contrato.

\_\_\_\_\_ **5. Referencias**-Si su cita requiere una remisión de su médico de atención primaria, esa remisión deberá estar archivada con nuestra oficina antes del día de la cita. Por favor comuníquese con su médico de atención primaria para asegurarse de que esta remisión sea enviada a nuestra oficina a tiempo para la próxima cita. Si se le ve sin a referencia en Archivo Y Lla Seguro Empresa no pagar, que se Ser Responsable Para Todos Cargo

★ \_\_\_\_\_ **6. Sin cargo por show-**

- Si usted está más de 20 minutos tarde para su cita, se considera un **(no-show)**. Un \$50,00 honorario será Aplicado.
- Citas no canceladas con un **Aviso de 24 horas** estará sujeto a un cargo de \$50,00.
- Después **3 "no show"** citas nos reservamos el derecho de terminar la relación médico/paciente. Se enviará una notificación a la parte responsable y al médico de referencia. Si el médico decide no terminar la relación, nos reservamos el derecho de cobrar un depósito de \$50,00 para cualquier nombramiento en el futuro. Este depósito puede ser aplicado a cualquier copago, co-seguro o deducible debido en el momento del servicio o el depósito cubrirá el costo de la no show Honorario.



\_\_\_\_\_7. **Cheques devueltos**-Cualquier cheque personal que se devuelva debido a fondos insuficientes estará sujeto a un cargo de \$35.00 además del monto del cheque. Después de una instancia de un cheque devuelto, todos los pagos adicionales serán requeridos para ser en la forma de tarjeta de crédito, efectivo o giro postal Sólo.

\_\_\_\_\_8. **Expedientes médicos**-Hay una cuota de \$25.00 por las primeras 20 páginas y \$.50 después para copias de expedientes médicos no solicitados por otro médico. El paciente, padre o guardián debe completar una autorización para revelar la salud Información.

\_\_\_\_\_9. **FMLA**- Hay una cuota de \$25.00 para completar cualquier papeleo FMLA. Por favor, permita 7-10 días hábiles para su terminación.

\_\_\_\_\_10. **Recambios de recetas**-Todos los recambios de prescripción se transmiten a través de recetas electrónicas a través de una red de Internet segura directamente a las farmacias participantes. Usted puede hacer que su farmacia envíe la solicitud de recarga electrónicamente o puede enviar por fax la solicitud. Que hacemos No acepte las llamadas directamente de los pacientes para los recambios. Por favor, no espere hasta que esté fuera de la medicación para pedirle un reabastecimiento a su farmacia. **Requerimos 5 días hábiles para responder a una solicitud de recarga. Tenga en cuenta que no procesamos solicitudes de recarga los fines de semana o días festivos.** El paciente debe tener una cita de seguimiento programada o se ha visto en los últimos 6 meses con el fin de tener cualquier prescripción Rellenados.

\_\_\_\_\_11. **Prescripciones por triplicado**\_(las prescripciones triplicadas son para sustancias controladas por el programa II): todas las prescripciones por triplicado expiradas que no estén llenas deben ser devueltas a nuestra oficina. Las prescripciones triplicadas deben ser rellenas dentro de 21 días. Hay un honorario de \$5 por cada prescripción triplicada que se recoja en una manera oportuna y un honorario \$25 para las prescripciones triplicadas expiradas (es decir no recogido en una manera oportuna). Prescripciones por triplicado Cna Ser certificado por correo Para a Honorario De \$25.00 En Adición Para Lla regular \$5.00 Rellenar Honorario.

**He leído y entiendo las políticas anteriores**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (o Responsable partido)**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso del paciente (o Responsable partido)**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**