

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre de Paciente		Fecha de Nacimiento:	Edad:
Direccion:	Cuidad:	Codigo Postal:	telefono de Casa:
Etnicidad (raza):	Seguro Social:	Grado Escolar (Si es alumno):	Nombre de Escuela:
Sexo: F / M	Farmacia: Nombre/direccion: Telefono:	Correo Eletronico de padres:	

INFORMACION DE LOS PADRES O TUTORES (si el paciente es menor de 18 anos o si el seguro esta a su nombre)

Nombre: _____Padre _____Padrastra _____Tutor	Nombre: _____Madre _____Madrstra _____Tutor		
Compania en que trabaja:	Compania en que trabaja:		
Direccion de trabajo:	Direccion de trabajo:		
Telefono de Trabajo:	Fecha de Nacimiento:	Telefono de Trabajo:	Fecha de Nacimiento:
cellular:	Seguro Social:	cellular:	Seguro Social:
Numero de Licencia de Manejar:	Numero de Licencia de Manejar:		

EN CASO DE EMERGENIA:

Escriba la informacion de un familiar o un amigo que no vive en la misma direccion que Usted

(1) Nombre	Que relacion tiene con Usted?	Numero de Telefono:
(2) Nombre	Que relacion tiene con Usted?	Numero de Telefono:

INFORMACION DE SEGURANZA

Seguranza Primaria:	Seguranza Secundaria:		
Nombre del insrito (exactamente como aparecen su targeta)	Nombre del insrito (exactamente como aparecen su targeta)		
Numero de Contrato:	Numero de Grupo:	Numero de Contrato:	Numero de Grupo:

Autorizo que la Doctora Umlauf atienda a mi nino y solicite pago en mi nombre para servicios cubiertos en mi seguro por servicios llevados a cabo por la Doctora Umlauf. En caso que mi seguridad no cubra todo o parte de mi cuenta, yo sere responsable por cualquier balance. Enviare el pago requerido directamente a la Doctora Umlauf tan pronto que se me informe de balance. Autorizo cualquier pago hecho por mi seguridad que sea pagado directamente a la Doctora Umlauf (por servivios llevados a cabo por la Doctora Umlauf). Certifico que la informacion que estoy dando es valida.

Firma _____ Fecha _____

Reconocimiento de que he recibido el anuncio llamado: "NOTICE OF PRIVACY PRACTICES"

Esta firma compruebe que he recibido una copia de este documento

Firma _____ Fecha _____

Questionario de Primer Visita

Por favor tome tiempo para contestar las siguientes preguntas medicas

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__

1. Usted o su nino tuvieron algun problema durante el embarazo o parte? _____ Si _____ No

Si su respuesta es si, explique por favor _____

2. Su nino parece de alguna enfermedad cronica o ha estado hospitalizado? _____ Si _____ No

Si su respuesta es si, explique por favor: _____

3. Su hijo es alergico a algun medicamento? _____ Si _____ No

su respuesta es si, explique a que medicina y como reacciona _____

4. Su higo es alergico a alguna comida? _____ Si _____ No

Si su respuesta es si, explique a que comida y como reacciona: _____

5. Su hijo a tenido alguna reaccion a las vacunas? _____ Si _____ No

Si su respuesta es si, explique por favor: _____

6. Algun miembro de su familia cercana tiene alguna enfermedad grave? _____ Si _____ No

(Diabetes, enfermedades del Corazon (especialmente antes de los 40 anos), muerte subita (en menores de los 40 anos), SIDS (Sindrome de muerte infantil), enfermedades de Tiroides, enfermedades geneticas, Fibrosis Cystica, Neurofibromatosis, defectos congenitos, sordera, ceguera, convulsiones, desordenes psiquines, enfermedades del rinon, anemia celular (Sikle cell anemia), problema de coagulacion en la sangre, etc.) Si su respuesta es si, explique que enfermedad y cual es su relacion con esta familia:

7. Su nino tiene problemas de comportamiento? _____ Si _____ No

Si su respuesta es si, explique por favor: _____

8. Por favor ponga en orden los nombres de los hermanos/hermanas del paciente: Nombre, sexo, edad:

9. Si hay alguna informacion imprtante que deberiamos saber, hagalo en este espacio:

Firma: _____ Fecha: _____

Doctor Reviewed _____ Date _____

Doctor Reviewed _____ Date _____

Acuerdo Financiero

Fecha: _____

Estimado Paciente de PAD:

Gracias por elegir **PAD** como su Clínica de Salud de Atención Pediátrica Primaria.

Lo siguiente es nuestra Política de Financiamiento, el cual ayudará a entender nuestro proceso de facturación y pagos. Pagos por servicios derivados de la prestación de tiempo de servicio médico. Nosotros aceptamos efectivo, cheques personales, tarjetas de débito, tarjetas de crédito (MasterCard, Visa, Discover y American Express).

PAD puede solicitar en su nombre un reclamo a su compañía de seguro. **PAD** puede cobrar directamente a su compañía de seguro con el entendimiento de que el balance que no cubra la compañía de seguro será su responsabilidad de pago en 30 días después de recibir su primer estado de cuenta. **SI USTED TIENE UN PAGO ("CO-Pay"), ESTE DEBE SER ENTREGADO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.**

Como su Clínica de Salud de Atención Pediátrica Primaria, un Doctor de **PAD** DEBERA ser asignado como su Médico de Atención Primaria ("PCP"). Los pacientes son responsables de los pagos de Deducibles, Coaseguros y cantidades no cubiertas por su compañía de seguro generados durante el tiempo del servicio médico. Cualquier saldo facturado debe ser cubierto dentro de los 30 días después de la fecha de su estado de cuenta.

Tenga en cuenta que facturarle a su compañía de seguro NO garantiza el pago. Si su compañía de seguro no paga la factura por completo dentro de 60 días, nosotros solicitaremos que usted contacte a su compañía de seguro, ya que los cargos le serán transferidos a usted. **PAD** requerirá que usted liquide el balance, aun y cuando su compañía de seguro podrá procesar un reclamo de pago posteriormente, por lo que en este caso un reembolso le será enviado a usted por correo. Considere que habrá un cargo de \$30 dólares de comisión por cheque devuelto.

En el caso de que su cuenta aparezca como morosa y sea enviada a una agencia de cobranza, usted será responsable financiero de los costos de cobranza y honorarios de los abogados.

Por favor tenga **TODAS SUS TARJETAS DE SEGURO Y UNA IDENTIFICACION CON FOTOGRAFIA PARA SER VERIFICADO EN CUALQUIER MOMENTO**. Si usted cambia de compañía de seguros, de dirección, de teléfono o de información de contacto en caso de emergencia, considere reportarnos los cambios inmediatamente.

PAD tiene una "CUOTA DE \$25 USD POR CITA NO ATENDIDA" como política.

1. Si el paciente no puede atender una cita agendada, el paciente debe cancelarla o reprogramarla con 24 horas de anticipación.
2. **Para pacientes de compañía de seguro privado:** Si un paciente tiene una "CITA NO ATENDIDA" que estuviera previamente programada, el paciente recibirá un cargo de \$25 USD como cuota por cita no atendida.
3. **Para pacientes de Seguros Medicaid:** Si un paciente acumula tres (3) "CITAS NO ATENDIDAS" que fueron previamente programadas, el paciente recibirá de esta oficina una carta de rechazo de nuestro Servicio Médico.

Solicito que los pagos de Medicaid autorizados o de cualquier tercero sea realizado a la **Pediatric Associates of Dearborn** por cualquier servicio brindado. Autorizo a cualquier poseedor de información médica para que sea entregada a el Centro de Servicios / Servicios Medicaid y sus agentes o terceras personas responsables de pago para determinar beneficios o beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Nombre del Paciente

Firma del Padre o Tutor

Fecha de nacimiento del Paciente

Fecha de la firma

Pediatric Associates of Dearborn
2331 Monroe st
Dearborn MI 48124
P: (313) 792-0345
F: (313) 792-0346

The Patient - Doctor Partnership

It is a honor and privilege that you choose us to be your child's pediatrician, your child's health and well being will be a top concern of our office, from the first visit as a newborn until he or she enters to college. This office priodes in providing, evidence based high quality, family oriented, patient centered, care, making every visit an opportunity to provide the best service available. This Goal of best of care every visit can only be met with a partnership of Doctor and Patient working together. This concept is called Patient Centered Medical Home.

Patient Responsibilities:

- As a parent, ask questions and share information about your child.
- As an adolescent, ask question and know that your confidentially is guarded by the doctor.
- Schedule timley Well Child Care visits, bring your concerns with child's well-being to be discussed with the Doctor.
- Follow recommended immunizations indicated for your child's age. Bring any concerns to the Doctor's attention.
- Make healthy dietary choices for your child and permit a healthy lifestyle from your age.
- Clear understanding of Diagnosis treatment plan and follow up at the end of every visit.

Doctor Responsibilities:

- Most of all LISTEN to parent or patient concerns and feelings to make an adequate decision about their care.
- Explain Diseases, Treatment, and results in an easy to understand way. Give patient directions about medications and other treatments in easy to understand way.
- -Follow Education and anticipatory Guidance adequate for every well Child Care visit, Discuss Child's Growth, Development, Diet, immunizations, anticipatory guidance indicated in different age groups.
- -Provide care on the best of my abilities based on my understanding of the most current medical methods available.
- Follow Evidence Based treatment and current immunizations recommendations.
- Kep Treatment, discussions and records private.
- When needed send patient only to entrusted experts for treatment.
- End every visit with clear instructions about expectation, treatment and follow up.

Patient Name _____

Patient D.O.B _____

Parent Signature _____

Date _____



Pediatric Associates of Dearborn

HIPAA COMPLIANCE & eHx CONSENT (REQUIRED)

I hereby give my consent to Pediatric Associates of Dearborn to use or disclose, for the purpose of carrying out treatment, payment, or health care operations, all information contained in the above patient's record.

I acknowledge receipt of the physician's Notice of Privacy Practices. The Notice of Privacy Practice provides detailed information about how the practice may use and disclose my confidential information. It is available on the homepage of our website, www.pediatricdearborn.com and we can provide a copy upon request.

I understand that the physician has reserved a right to change his or her privacy practices that are described in the Notice. I also understand that a copy of any Revised Notice will be provided to me or made available at the front desk.

I understand that this consent is valid until it is revoked by me. I understand that I may revoke this consent at any time by giving written notice of my desire to do so, to the physician. I also understand that I will not be able to revoke this consent in cases where the physician has already relied on it to use or disclose my health information. Written revocation of consent must be sent to the physician's office.

I give my consent to opt-in the eHx Program, which allows the community of Pediatric Associates of Dearborn to access my information.

Signed: _____

Name: _____

Relationship, if not the patient: _____