



Yuma Kids Clinic

Yuma Kids Clinic

2851 S Ave B
Suite 2951
Yuma, AZ 85364

Phone: (928) 783-1222
(928) 783-1333
Fax: (928) 783-1444

FORMULATO DE REGISTRO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DE PACIENTE _____ SS# _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre
 FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ ESTATURA _____ PESO _____
 DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
 TELEFONO CASA _____ TELEFONO CELLULAR/TRABAJO _____
 EMPLEADOR/ESCUELA _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____
 DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
 POSICIÓN DE TRABAJO _____
 PERSONA DE EMERGENCIA _____ TELÉFONO _____ RELACIÓN _____
 FARMACIA _____ MEDICO DE REFERENCIA _____
 CORREO ELECTRÓNICO _____

INFORMACION DE MADRE/PADRE/TUTOR LEGAL

NOMBRE DE PADRE/MADRE/TUTOR _____ SS# _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre
 FECHA DE NACIMIENTO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____
 DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
 TELEFONO CASA _____ TELEFONO CELLULAR/TRABAJO _____
 EMPLEADOR/ESCUELA _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____
 DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

ASEGURANZA PRIMARIA E INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE DE ASEGURANZA _____ ID # _____
 GRUPO/# PÓLIZA _____ PAGO DE VISITA _____ DEDUCIBLE _____
 NOMBRE DE ASEGURADO _____
 RELACIÓN AL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SS# _____
 EMPLEADOR _____ TELÉFONO DE EMPLEADOR _____
 EMPLEADOR ADICIONAL _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

ASEGURANZA SECUNDARIA E INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE DE ASEGURANZA _____ ID # _____
 GRUPO/# PÓLIZA _____ PAGO DE VISITA _____ DEDUCIBLE _____
 NOMBRE DE ASEGURADO _____
 RELACIÓN AL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SS# _____
 EMPLEADOR _____ TELÉFONO DE EMPLEADOR _____
 EMPLEADOR ADICIONAL _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

SI USTED NO TIENE ASEGURANZA MEDICA Y PAGARA POR LOS SERVICIOS MÉDICOS POR SU CUENTA, FAVOR DE PAGAR EL DIA QUE SE LE PRESTA EL SERVICIO. ANTES DE SER ATENDIDO, POR FAVOR HABLE CON NUESTRO DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD.

NOMBRE DE PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO:

AUTORIZACIÓN CONTINUA PARA LA DISTRIBUCIÓN DE INFORMACIÓN Y BENEFICIOS

Aquí mismo autorizo a Yuma Kids Clinic a distribuir información medica a la(s) aseguranzas pertinentes acerca de mi padecimiento(s) y tratamiento(s) y autorizo a mi medico a cobrar por los servicios médicos proporcionados a mi persona y mis dependientes. Iniciales: _____

Aquí mismo corrobo que comprendo y que me haré cargo de las tarifas medicas pendientes que mi plan y aseguranza no cubran. Me hago responsable por la cantidad restante de los procedimientos y servicios médicos otorgados a mi persona y mis dependientes. Iniciales: _____

Yo autorizo a _____ a distribuir mi información medica a Yuma Kids Clinic con el objetivo de continuar con tratamiento medico y servicios pertinentes. Iniciales: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Yo autorizo y doy mi consentimiento a Yuma Kids Clinic y sus médicos a que examinen mi persona, que realicen estudios médicos, y provean el tratamiento medico correspondiente a un servicio medico de calidad. Iniciales: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR VACUNAS

Yo autorizo y doy mi consentimiento a Yuma Kids Clinic y sus médicos a que le proporcionen las vacunas necesarias a mi hijo(a).

Enliste excepciones aquí: _____

Iniciales: _____

HIPPA

Yo _____ corrobo que he leído una copia de "Nota de Practicas de Privacidad". Mi firma aquí significa que entiendo y doy mi consentimiento a Yuma Kids Clinic a hacer el uso correspondiente y distribuir mi información medica privada para poder otorgar de el servicio medico necesario, recibir pago, y hacer los procedimientos médicos adecuados.

Menores de edad (menos de 18 años): _____
Consentimiento para recibir tratamiento (firma) Relación al paciente

Yo aquí certifico que la información que aquí reporto con respecto a mi aseguranza y otra información personal es correcta.

Firma: _____ Fecha: _____



Yuma Kids Clinic

Yuma Kids Clinic

2851 S Ave B
Suite 2951
Yuma, AZ 85364

Phone: (928) 783-1222
(928) 783-1333
Fax: (928) 783-1444

PREGUNTAS ACERCA DE SU NIÑO/A

Su pediatra quiere conocer a su niño/a mejor como persona, y no tratar un solo padecimiento en específico. Muchas de las siguientes preguntas no están relacionadas con la visita de hoy, pero ayudaran a que su pediatra conozca más de su niño/a. Esta información ayudara a prevenir otros problemas antes de que empeoren. Sus respuestas serán confidenciales.

| | No | Si |
|--|-------|-------|
| 1. El embarazo de su niño/a fue 2-3 semanas mas largo/corto de lo normal? | _____ | _____ |
| 2. La mama del niño/a tuvo alguna complicación seria durante el embarazo? | _____ | _____ |
| 3. La mama fumo durante el embarazo? | _____ | _____ |
| 4. La mama uso algún tipo de droga antes o después de saberse embarazada? | _____ | _____ |
| 5. Fue un embarazo “no planeado” (“oops”)? | _____ | _____ |
| 6. El parto fue normal/vaginal _____ o fue cesaría _____? Cual fue el peso del niño/a al nacer? _____ | _____ | _____ |
| 7. El niño/a tuvo alguna complicación al nacer o se quedo hospitalizado mas que la mama? | _____ | _____ |
| 8. El niño/a fue admitido al hospital (no solamente a emergencias) durante el primer mes de nacimiento o durante su niñez? | _____ | _____ |
| 9. El niño/a ha sido sometido a alguna operación? Si fue así, de que tipo y a que edad? _____ | _____ | _____ |
| 10. El niño/a ha tenido alguna enfermedad crónica seria? Si fue así, cual fue y a que edad comenzó? _____ | _____ | _____ |
| 11. El niño/a se atraso en su aprendizaje (sentarse, pararse, caminar, hablar, etc...) o en su inteligencia? | _____ | _____ |
| 12. Esta usted preocupado que su niño/a no habla, escucha o mira bien? | _____ | _____ |
| 13. Su niño/a moja la cama (si es mayor de 4 años)? | _____ | _____ |
| 14. Su niño/a tiene problemas para defecar (constipación)? | _____ | _____ |
| 15. Existe asma, convulsiones u otro problema serio en algún lado de la familia? | _____ | _____ |
| 16. Cuantos niños hay en la familia (total)? _____ Son de padre/madre diferentes? | _____ | _____ |
| 17. Los padres del niño/a están separados o divorciados? | _____ | _____ |
| 18. Alguno de los padres del niño fuma? | _____ | _____ |
| 19. La mama o papa del niño/a ha tenido algún problema con el alcohol, drogas o violencia? (ex. violencia domestica)? | _____ | _____ |

Nombre del Niño/a

Fecha de Nacimiento

Fecha



Yuma Kids Clinic

Yuma Kids Clinic

2851 S Ave B
Suite 2951
Yuma, AZ 85364

Phone: (928) 783-1222
(928) 783-1333
Fax: (928) 783-1444

Responsabilidad Financiera:

La verificación de la elegibilidad y las ventajas se conducen cada vez que usted tiene una visita en la oficina, no obstante por su portador de seguro esta no es una garantía del pago. Aconsejese por favor que usted puede estar conforme a un deducible, cantidad del coinsurance o responsabilidad del co-pago cual podemos no estar enterados, hasta que la demanda para la visita de la oficina ha sido procesada por su portador de seguro. Si hay un equilibrio restante debido despues de que su portador de seguro haya procesado la demanda una declaracion la sera enviada para ese pago. Tambien satisfaga se aconseje que la falta de proporcionar la informacion del seguro corecto, nuevo o adicional de una manera oportuna puede dar lugar a responsabilidad financiera adicional en su parte, esto incluye cualquier cobertura privada asi como AHCCCS.

Nombre del paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del padre/ del guarda: _____

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir Yume niños clínica, PLLC para atención de la salud de su hijo. Estamos comprometidos a proporcionar atención médica de calidad para sus hijos. Con el fin de reducir los posibles malentendidos, nuestra oficina ha adoptado la siguiente política financiera. Requerimos que leer y acatar lo de todos los servicios prestados.

Efectivo inmediatamente, se requiere una tarjeta de identificación válida con fotografía de los padres tiene la custodia (s), padre de crianza o cualquier adulto en el que usted ha sometido una declaración notariada indicando que pueden consentir a cualquier tratamiento para ese niño.

Una tarjeta de **identificación válida con fotografía** incluye cualquier tarjeta de identificación estatal emitida, conducir un estado válido licencia de, tarjeta de identificación militar o un pasaporte válido.

Requerimos que usted da su consentimiento a Yuma clínica de niños tomando una foto de cabeza de su hijo, que se actualizará cada año, para ser almacenado en el registro médico electrónico del niño.

Formas de pago

Yuma niños clínica sólo acepta dinero en efectivo, tarjetas de débito que pueden ejecutarse como una tarjeta de crédito Visa, MasterCard, American Express y Discover tarjetas. **No aceptamos cheques.**

Seguros

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su plan de seguro. Nos presentará las reclamaciones a esos planes con los cuales tenemos un acuerdo contractual mientras tenemos información del seguro válida y tarjetas de seguro. Cualquier reclamación negada para elegibilidad cuestión o las cuestiones de presentación oportuna debido a información incorrecta seguro que proporcione será su responsabilidad. Póngase en contacto con su compañía de seguros si usted no está de acuerdo con su decisión. No cobramos a aseguradora de terceros es decir, el seguro de auto, seguro escolar etc.

Nosotros esperamos que usted se familiarice con los beneficios y limitaciones de su póliza de seguro, incluyendo, sin limitarse a: copago, deducible y coaseguro cantidades aprobados, así como laboratorios, instalaciones radiológicas, especialistas y hospitales contratados con su plan. Es su responsabilidad notificar a nuestra oficina al cambian su plan de seguro o beneficios dentro de **diez** días. Se le pedirá completar un cambio de forma de seguro y beneficios y presentar una copia de la parte delantera y trasera de tu nueva tarjeta de seguro.

Todos los planes de salud no son las mismas y no siempre cubren los mismos servicios o instalaciones. En el caso de que su plan de salud determina que un servicio "no está cubierto" usted será responsable por el cargo de todo. Cualquier costo incurrido por esta oficina debido a información incorrecta proporcionada a nosotros puede transmitirse a usted. Esta oficina no es responsable por la impugnación de las decisiones tomadas por su compañía de seguros con respecto a la cobertura.

No seguro o beneficios limitados

Si usted no tiene cobertura de seguro ni beneficios limitados, por favor póngase en contacto con nuestro Departamento de facturación al 928-723-1222 para discutir opciones de pago que ofrecemos.

Copagos/coaseguro/deducibles

Nuestras pólizas de seguros nos obligan a cobrar copagos, coaseguro y deducible en el momento del servicio. La cantidad recogida de deducibles y coaseguros se basará en la cantidad permitida por su compañía de seguros. Estos montos serán recogidos antes del servicio se procesa. Su compañía de seguros puede requerir los copagos para las visitas "inmunización sólo" y copago adicional si su niño recibe tratamiento para una enfermedad durante una visita bien.

Pago de saldo de la cuenta

Pago de saldos pendientes está previsto inmediatamente sobre el recibo de la factura. Si necesita configurar un plan de pago, por favor contacte nuestra oficina antes de cualquier citas próximas. Todos los planes de pago deben estar asegurados con una tarjeta de crédito válida. Si el balance no ha sido **recibido** antes de la cita, todos los saldos pendientes será debidos a la hora de la cita. Por favor vea nuestra crianza con respecto a la responsabilidad de pago.

Citas

Nuestro objetivo es proporcionar la mejor atención posible y disponibilidad de médico a cada uno de nuestros pacientes. Si usted es incapaz de mantener una cita programada, por favor llame al menos 24 horas de anticipación para cancelar. Si es después de horas, puede dejar un mensaje con nuestro servicio de contestador (24 horas política todavía se aplica). Los siguientes cargos se le cobrará por no presentarse, perdido, citas finales o las cancelaron con menos de un aviso de 24 horas. La tarifa se aplica a cada cita y cada niño programado. Nota: cualquier combinación de la lista siguiente es contado y devengado como tal.

| AUSENTE | | PERDIDO – más de 30 minutos de retraso | | CANCELADO – menos de 24 horas | |
|-----------------|--|---|--|--------------------------------------|--|
| 1 st | Renunciado | 1 st | Renunciado | 1 st | Renunciado |
| 2 nd | \$25,00 | 2 nd | \$25,00 | 2 nd | \$25,00 |
| 3 rd | \$25,00* | 3 rd | \$25,00* | 3 rd | \$25,00* |
| 4 th | Familia puede ser despedido de la práctica | 4 th | Familia puede ser despedido de la práctica | 4 th | Familia puede ser despedido de la práctica |

* Tras el delitord 3, se le requerirá para confirmar su cita por lo menos 24 horas antes de la hora programada. La cita puede ser confirmada mediante nuestro sistema de llamada automática o en contacto con nuestra oficina. La primera cita que programaremos será en 10:15 el martes al viernes. Cualquier nombramiento no confirmado será automáticamente cancelada por nuestra oficina y se dará a otro paciente.

He leído y acatar la política anterior.

| | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------|
| Legal del niño nombre – por favor imprimir | | Fecha del niño de nacimiento |
| | | |
| Legal del niño nombre – por favor imprimir | | Fecha del niño de nacimiento |
| | | |
| Legal del niño nombre – por favor imprimir | | Fecha del niño de nacimiento |
| | | |
| Legal del niño nombre – por favor imprimir | | Fecha del niño de nacimiento |
| | | |
| Custodia nombre – por favor imprimir | Custodia nombre – por favor imprimir | |
| | | |
| Nombre de custodia – firma | Nombre de custodia – firma | |
| | | |

YUMA CLÍNICA POLÍTICA DE CRIANZA PARA NIÑOS

LA FECHA DE HOY: ____

Es preferible que ambos padres custodia esté presente en todo visitas para el hijo menor de edad. Sin embargo, si esto no es posible, por lo menos un padre que tiene custodia debe estar presente en cada visita. Un padre que tiene custodia debe estar presente para la primera visita.

Si sólo uno de los padres tiene la custodia es capaz de asistir a una visita, es la responsabilidad de la custodia que asisten a la visita a comunicar cualquier información de visita al ausente padre custodial.

No es la responsabilidad del médico y/o personal para comunicar información a cada padre con custodia por separado.

Si un padre tiene la custodia no es capaz de estar presente, debemos tener un poder notarial o carta notariada en el archivo dando permiso para que otra persona para estar presente y da su consentimiento para el cuidado del menor.

El padre o adulto autorizado trayendo al menor es responsable por cualquier cantidad de dinero adeudado por los copagos, deducibles y coaseguros o negado las reclamaciones **en el momento de la visita**. Estaremos encantados de hacerle saber a una cifra **estimada** para la visita a la hora de programar la cita. Tenga en cuenta que la cantidad dada es solamente una estimación. Pueden existir cargos adicionales cargados que ignoramos o seguro no cubre, etc.. Estamos equipados para recibir estos pagos por teléfono antes de la visita como una opción.

Los médicos o personal de la oficina de Yuma niños clínica no se dará en medio de problemas domésticos o desacuerdos. Si creemos esto es convertirse en un problema y comprometer el cuidado del menor o si en algún momento se convierte en un miembro familiar o no familiar abusivo con el personal, tenemos el derecho a la familia del cuidado de la práctica de la descarga.

Sólo en situaciones donde hay un **confirmado, documentó la orden judicial** será uno de los padres negado acceso a los registros de salud o visitas al menor en la oficina. Yuma niños clínica **debe** tener una copia de esta orden en los archivos de cartas electrónicas de la menor.

Padrastrros, novios, novias, novios o parejas no-legales no son considerados a los padres autorizados para dar su consentimiento para el cuidado sin una válida carta notariada firmada por ambos padres privativos de la libertad.

He leído y acatar la política anterior.

| | |
|---|---|
| Legal del niño nombre – por favor imprimir | Fecha del niño de nacimiento |
| | |
| Legal del niño nombre – por favor imprimir | Fecha del niño de nacimiento |
| | |
| Legal del niño nombre – por favor imprimir | Fecha del niño de nacimiento |
| | |
| Legal del niño nombre – por favor imprimir | Fecha del niño de nacimiento |
| | |
| Custodia nombre – por favor imprimir | Custodia nombre – por favor imprimir |
| | |
| Nombre de custodia – firma | Nombre de custodia – firma |
| | |