



Annapolis Pediatrics

Registro de Paciente - Menores de 18 años

Sección I	Información del Paciente	Fecha _____
# de Seguridad Social: _____		
Paciente: _____		
Nombre completo : _____		
(Nombre)	(Segundo Nombre)	(Apellido)
Nombre preferido: _____ Sufijo: _____		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Fecha de nacimiento: _____		
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano nativo <input type="checkbox"/> Otro		
Etnia: <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> No latino <input type="checkbox"/> Rehusó		
Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____		
E-mail: _____		
Tel. de casa: (____) _____ Tel. de trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____		
El mejor número de contacto para mí es mi <input type="checkbox"/> Tel. de casa <input type="checkbox"/> Tel. de trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
Persona para contactar en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____		
Nombre de farmacia: _____ Teléfono: _____		
Escuela: _____		
¿Quién nos recomendó a usted? <input type="checkbox"/> Hermano/a es paciente <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Recomendación por ginecólogo/obstetra <input type="checkbox"/> Búsqueda en internet por pediatra <input type="checkbox"/> Anuncio en revista <input type="checkbox"/> Anuncio en internet <input type="checkbox"/> Yelp <input type="checkbox"/> Anuncio en gimnasio <input type="checkbox"/> Redes sociales		
Padre/Madre/Tutor #1	Padre/Madre/Tutor #2	
Nombre: _____	Nombre: _____	
Fecha de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento: _____	
Dirección: _____	Dirección: _____	
_____	_____	
Teléfono: _____	Teléfono: _____	
Teléfono alterno: _____	Teléfono alterno: _____	
Empleador: _____	Empleador: _____	
Padre(s)/Madre(s)/Tutores están: <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> viviendo juntos <input type="checkbox"/> separados <input type="checkbox"/> divorciados <input type="checkbox"/> solteros		

Annapolis Pediatrics
Registro de pacientes – menores de 18 años

Padre/Madre/Tutor con custodia: #1 arriba #2 arriba Ambos Paciente vive con _____
*Favor de proporcionar documentos de la corte en el caso que existan órdenes de custodia de las cuales debemos saber respecto a quién podrá traer a los niños a consultar.

Nombre de soltera de la madre: _____

¿Tiene usted algún requerimiento específico para la comunicación por cuestión de audición, visión o cognitiva? Sí No
Favor de explicar: _____

Sección II

Parte Responsable

de Seguridad Social: _____

Parentesco al paciente: Yo Esposo/a Padre/Madre Otro

Nombre completo: _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____ Teléfono: (____) _____

Empleador: _____ Tel de trabajo: (____) _____ Tel. celular: (____) _____

Sección III

Información de Seguro Médico

Nombre de suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Parentesco al paciente: _____

de seguridad social: _____ Nombre del empleador: _____

Compañía de seguros: _____ # de grupo: _____ # de ID: _____

Dirección de compañía de seguros: _____

Teléfono de compañía de seguros: _____

Plan de medicamentos: _____ # de ID medicamentos: _____

Asistencia médica pendiente: Sí No

¿TIENE UD. ALGÚN SEGURO ADICIONAL? Sí No AL SER ASÍ, COMPLETAR LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Parentesco del paciente: _____

de seguridad social: _____ Nombre del empleador: _____

Annapolis Pediatrics
Registro de pacientes – menores de 18 años

Compañía de seguros: _____ # de grupo: _____ # de ID: _____

Dirección de compañía de seguros: _____

Teléfono de compañía de seguros: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente, doy autorización de pago directo a Annapolis Pediatrics de los beneficios de seguro médico de otra manera pagaderos a mí. Doy autorización para aplicar a mi cuenta(s) todo el dinero recibido por Annapolis Pediatrics a mi favor. Autorizo el uso de mi firma para todos los cargos del seguro, ya sean manuales o electrónicos.

También, doy permiso a Annapolis Pediatrics para divulgar información médica cuando se requiera por la compañía de seguros o las agencias del gobierno responsables por el pago de la cuenta. Entiendo que tengo responsabilidad financiera por cargos no cubiertos por los beneficios del seguro autorizados por la presente.

X

Firma del responsable

Fecha

Annapolis Pediatrics
Registro de pacientes – menores de 18 años

Annapolis Pediatrics

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

Se otorga permiso a los médicos, enfermeros practicantes y empleados de Annapolis Pediatrics of Maryland para llevar a cabo tales procedimientos que sean necesarios para diagnosticar, tratar y atender a mis necesidades (si tengo 18 años o más) o de mi hijo/a menor incluyendo pero no limitados a procedimientos de rutina de la clínica y laboratorio tales como pruebas de estreptococos y cultivos de garganta, estudios de orina, conteos sanguíneos completos (CBC), hematocritos, cateterismo urinario, extracción de cerumen, extracción de cuerpos extraños, drenaje de abscesos, atención a fracturas, inyecciones de medicamentos y atención a lesiones de la piel, verrugas, quemaduras y laceraciones.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Favor de usar letra de molde)

Firma de padre/madre/tutor custodial: _____

Fecha: _____

La presente autorización permanecerá en vigor hasta tal fecha que sea revocada por escrito y entregada a Annapolis Pediatrics.

Annapolis Pediatrics

Registro de pacientes – menores de 18 años

Nombre completo de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

GENERAL – Favor de completar para todos los pacientes

¿Considera que su hijo/a tenga buena salud?	__ Sí No__	Explique: _____
¿Tiene su hijo/a alguna enfermedad o condición médica severa?	__ Sí No__	Explique: _____
¿Ha tenido su hijo/a lesiones o accidentes graves?	__ Sí No__	Explique: _____
¿Ha tenido su hijo/a alguna cirugía?	__ Sí No__	Explique: _____
¿Alguna vez ha estado hospitalizado/a su hijo/a?	__ Sí No__	Explique: _____
¿Tiene alergia su hijo/a a algún medicamento?	__ Sí No__	Explique: _____

DESARROLLO

¿Le preocupa a usted el desarrollo físico de su hijo/a?	__ Sí No__	Explique: _____
¿Le preocupa a usted el desarrollo mental o emocional de su hijo/a?	__ Sí No__	Explique: _____
¿Le preocupa a usted el periodo de concentración de su hijo/a?	__ Sí No__	Explique: _____

PARA PACIENTES ESCOLARES

¿Cómo está su comportamiento en la escuela?

¿Ha reprobado o repetido un grado en la escuela?

¿Cómo le va en las materias académicas?

¿Está en clases especiales o de apoyo?

HISTORIAL FAMILIAR

¿Algún miembro/a de la familia ha sufrido una de las siguientes?

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Antes de los 50) | <input type="checkbox"/> Malformaciones congénitas | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial alta (Antes de los 50) | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Colitis |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Asma | |

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias Nasales | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | SALUD MENTAL |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____ | <input type="checkbox"/> Infarto | <input type="checkbox"/> Depresión, desorden bipolar |
| <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones) | <input type="checkbox"/> Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Sordera | <input type="checkbox"/> Moja la cama (después de los 10 años) | <input type="checkbox"/> Drogadicción |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Hemorragia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Retraso Mental |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón (Antes de los 50) | <input type="checkbox"/> Piedras en el Riñón | <input type="checkbox"/> SIDA |

Historial familiar adicional: _____

Annapolis Pediatrics

Registro de pacientes – menores de 18 años

Nombre completo de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Tiene su hijo/a, o alguna vez ha tenido...?

GENERAL

- Aumento en peso reciente; cuánto _____
- Perdida de peso reciente: cuánto _____
- Fatiga
- Debilidad
- Fiebre
- Sudores nocturnos

MUSCULOS/ARTICULACIONES/HUESOS

- Adormecimiento
 - Dolor en las articulaciones
 - Debilidad muscular
 - Inflamación articular
- ¿Dónde?

OIDOS

- Infecciones de oído frecuentes
- Problema con el oído o la audición

OJOS

- Dolor
- Enrojecimiento
- Pérdida de la visión
- Visión doble o borrosa
- Resequedad

GARGANTA

- Dolores de garganta frecuentes
- Ronquera
- Dificultad para tragar
- Dolor en la mandíbula

CORAZÓN Y PULMONES

- Problemas del corazón/ soplo del corazón
- Asma, bronquitis, bronquiolitis
- Neumonía
- Alergias nasales
- Piernas o pies inflamados
- Tos

Solo niñas:

- ¿Ha iniciado su período? ___ Sí ___ No
- ¿Hay algún problema con sus períodos?

¿Algún otro problema importante?

SISTEMA NERVIOSO

- Dolores de cabeza frecuentes
- Mareos
- Desmayos o Perdida de conciencia
- Convulsiones u otros problemas neurológicos

ESTÓMAGO E INTESTINOS

- Nausea
- acidez estomacal
- Dolor estomacal
- Vómitos
- Ictericia
- Estreñimiento en aumento
- Diarrea persistente
- Sangre en las heces
- Heces negras

PIEL

- Enrojecimiento
- Irritación
- Acné
- Eczema

SANGRE

- Anemia/ Problemas hemorrágicos
- Transfusión de sangre

RIÑÓN/ORINA/VEJIGA

- Micciones frecuentes o dolorosas
- Sangre en la orina
- Se orina en la cama (después de los 5 años)

OTROS PROBLEMAS

- Varicela
- Diabetes
- Problemas tiroideos o endocrinos

PSIQUIÁTRICO

- Depresión
- Preocupación excesiva
- Dificultad para dormir
- Dificultad para mantenerse despierto
- Falta de apetito
- Antojos
- Llanto frecuente
- Sensibilidad
- Pensamientos suicidas/ intento de suicidio
- Estrés
- Irritabilidad
- Falta de concentración
- Delirios
- Alucinaciones
- Habla rápido
- Pensamientos de culpa
- Cambios de humor
- Ansiedad
- Comportamiento arriesgado

Annapolis Pediatrics

Registro de pacientes – menores de 18 años

--

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor complete esta sección para pacientes de dos años y menores:

¿La madre padeció alguna enfermedad o problema con su embarazo? Sí __ No __
 Explique: _____
 Durante el embarazo, la madre: Fumó Sí__ No__
 Bebió alcohol Sí __No__ Usó drogas o medicaciones? Sí__ No__
 De ser así, mencione cuales: _____
 ¿Los ultrasonidos prenatales fueron “normales”? Sí__ No__
 Explique: _____
 El parto fue: Vaginal __ Cesárea__
 Si fue cesárea, ¿Por qué? _____
 ¿Su bebé presentó algún problema al momento de nacer?
 Sí__ No __ Explique: _____

¿Su bebé salió del hospital con la madre?
 Sí__ No__
 Explique: _____
 ¿Cuál fue su alimentación inicial?
 Seno Materno__ Biberón__
HISTORIAL DE NACIMIENTO
 Peso al Nacer _____
 El bebé nació: A Término__
 Prematuro__ Tardío__
 Si fue prematuro, ¿De cuántas semanas
 de gestación?



Annapolis Pediatrics Aviso de Prácticas Privadas

Querido Padre, Tutor o Paciente,

Este aviso describe cómo tu información médica puede ser utilizada y expuesta. También te dirá como puedes acceder a esta información. Pr favor, revisala muy bien.

Debido a los cambios en las normas Estatales y Federales que rigen las practicas privadas y a fin de actualizar nuestros expedientes, le pedimos que completen nuestro formato de registro para cada paciente. Por favor proporcione información actual concerniente a sus números telefónicos (de casa y trabajo) y dirección de su casa. Esto nos permite contactarnos con usted cuando sea necesario.

La práctica ha implementado políticas y procedimientos para que la confidencialidad de su información personal y/o médica se mantenga confidencial. Su proveedor(es) de salud así como los otros empleados que se encuentren trabajando en esta práctica mantendrán de manera confidencial cualquier información (médica y/o no médica) relacionada a usted o a su hijo/a.

Nos comunicáremos con usted por teléfono, para discutir sus citas, resultados de exámenes, tratamiento y referencias, saldo y/o le devolveremos la llamada. Primero intentaremos localizarle en casa; sin embargo, si no se encuentra en casa y usted nos proporciona su número telefónico del trabajo, podremos intentar localizarle en el trabajo. Si no está disponible, le dejaremos un mensaje ya sea para que usted llame a la oficina o un recordatorio sobre su cita.

En caso de que usted no salde todos los cargos en el momento de su visita, nosotros le enviaremos por correo a su hogar una declaración. También, dependiendo de su situación podemos enviarle por correo otras correspondencias a su hogar, indicando que estamos tratando de comunicarnos con usted respecto a una cita programada, para programar una cita, para enviar información sobre resultados de exámenes u otra información médica y/o no médica que usted haya solicitado o información respecto a su cuenta sobre alguna deuda acumulada.

Es posible que contactemos a su compañía de seguros para determinar su cobertura, su elegibilidad, cualquier deducible no pagado y/o su necesidad de coaseguro y copago.

Cuando usted llegue a nuestro consultorio para su cita, le pediremos que se registre. Si usted desea que la información se le envíe a otro médico o centro médico, debe autorizar un permiso de liberación de esta información de manera escrita (nosotros le proporcionaremos el formulario necesario para que usted lo complete) al momento de registrarse. También, debe proporcionar una autorización por escrito para permitir la liberación de información a su operador de vida, discapacidad o futura compañía de seguros médicos.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información protegida de su salud. Esto significa que usted puede inspeccionar y obtener una copia de la información (protegida) de su salud la cual se encuentra en un conjunto de registros designado durante todo el tiempo que se mantenga protegida. Un “conjunto de registros designado” contiene los registros médicos y de facturación, así como otros archivos que su médico y el consultorio usan para tomar decisiones referentes a usted.

Si usted desea inspeccionar y/o adquirir una copia de su información de salud protegida (PHI), debe presentar en persona un formulario de liberación de registros médicos. Nuestro consultorio puede cobrar cargos por el costo de copiar, enviar, trabajo y artículos utilizados en relación con su solicitud.

Usted tiene el derecho que solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos o revelemos ninguna parte de su información de salud protegida con fines de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica. También puede solicitar que ninguna parte de su información de salud protegida sea revelada a miembros de la familia o amistades que estén involucradas en su cuidado o el de su hijo/a o para fines de notificación como se describe en este

Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe especificar la restricción requerida y a quién(es) se aplica. Su médico no está obligado a aceptar la restricción que usted solicite. Si su médico cree que permitir el uso y la exposición de su información de salud

protegida es de beneficio para usted, entonces la información no será restringida. Si su médico concuerda con restringir la información, no usaremos ni revelaremos su información de salud protegida a menos que sea necesario suministrar tratamiento de emergencia. Tomando esto en cuenta, por favor comente con su médico cualquier restricción que quiera realizar. Usted puede pedir una restricción presentando una solicitud escrita al consultorio en cualquier momento.

Usted puede tener el derecho de que su médico modifique su información de salud protegida. Esto significa que puede solicitar una modificación de su información de salud protegida en un conjunto de registros designado mientras mantengamos esta información. En ciertos casos, por ejemplo, si pensamos que la información es correcta, o no fue creada por nuestro consultorio, podemos negar su solicitud de modificación. Si le negamos la solicitud de modificación, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y asimismo le proporcionaremos una copia de esta a usted. Por favor contacte a nuestro Administrador del Consultorio para determinar si tiene preguntas sobre la realización de modificaciones en su registro médico. Para presentar una modificación, su solicitud debe estar por escrito y debe ser presentada al Administrador del Consultorio.

Estas políticas serán modificadas cuando sea necesario, para garantizar el cumplimiento de las operaciones del consultorio de acuerdo con las normas de privacidad Estatales y Federales.

Si tiene alguna pregunta o inquietud con las políticas y/o procedimientos ya mencionados, por favor contacte al Administrados del Consultorio para aclarar dudas. Confiamos en que usted está satisfecho con nuestros esfuerzos para mantener la confidencialidad de la información relacionada a su cuidado médico o al cuidado médico de su hijo/a.



CONFIRMACIÓN DE RECIBO DE AVISO Y APROBACIÓN PARA USAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD

Lea antes de firmar la Confirmación y la Aprobación

Esta confirmación de aviso y consentimiento autoriza a Annapolis Pediatrics para usar y revelar la información de su salud para tratamiento, pagos y con propósitos de atención médica.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Annapolis Pediatrics tiene un Aviso de Practicas Privadas, el cual describe cómo usamos y revelamos su información de salud protegida y cómo usted puede acceder a esta, así como ejercer otros derechos respecto a su información de salud protegida. Usted puede revisar nuestro aviso actual antes de firmar esta confirmación y consentimiento.

Modificaciones: Nos reservamos el derecho de cambiar nuestro Aviso de Practicas Privadas y de efectuar cualquier cambio para toda la información de salud protegida que conservamos, incluyendo información creada u obtenida antes de la fecha de haber efectuado los cambios. Usted puede adquirir un aviso modificado, presentando una solicitud por escrito con nuestro Oficial de Privacidad.

Cómo contactar a nuestro Oficial de Privacidad

Correo: Annapolis Pediatrics, Attention: Privacy Officer
200 Forbes Street, Suite 200, Annapolis, MD 21401
Teléfono: 410-263-6363
Facsimile: 410-263-7551

Confirmación y Aprobación

He recibido el Aviso de Prácticas Privadas de Annapolis Pediatrics. Annapolis Pediatrics está autorizado para usar y revelar información de salud sobre los siguientes pacientes para tratamiento, pagos y operaciones con propósitos de atención médica consecuente con su Aviso de Prácticas Privadas.

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Padre/Tutor

Fecha



FORMULARIO DEL CONSENTIMIENTO DEL REPRESENTANTE PARA TRATAR A MENORES

Propósito: Este formulario se utiliza para permitir que un adulto que no sea uno de los padres, sirva como representante para tomar decisiones respecto a los servicios de rutina y atención médica en Annapolis Pediatrics.

Para algunas familias, puede ser más conveniente contar con una autorización previa que permita que se le brinde atención médica de rutina a los menores bajo el cuidado de un representante quien sea capaz de tomar decisiones si el padre o tutor legal no pueden estar presentes para dar su consentimiento. Si desea designar a un representante para la toma de decisiones, por favor revise y complete el siguiente formulario de autorización a un representante para toma de decisiones para aprobar y autorizar tratamiento médico o servicios por y para ser involucrado en el cuidado de un niño menor.

AUTORIZACIÓN:

Por la presente designo a _____

Nombre

Parentesco

como mi representante para tomar decisiones y aprobar y autorizar tratamiento de atención médica de rutina y servicios para mi hijo/a mencionados a continuación.

La atención médica de rutina e intervenciones pueden incluir, pero no están limitados a: evaluación médica, examen físico, análisis de laboratorio (ejemplos incluyen: exudado faríngeo o nasal, pinchazos en los dedos, tratamiento de verrugas, sutura de cortes menores, análisis de orina). Annapolis Pediatrics también aplica vacunas o antibióticos intermusculares/intravenosos de acuerdo al consentimiento del representante.

Por la presente autorizo y otorgo al representante nombrado arriba, el permiso para aprobar y autorizar atención médica de rutina según considere necesaria o recomendable de acuerdo al diagnóstico y tratamiento del menor de edad mencionado a continuación y para recibir directamente información médica protegida relevante con el propósito de participar en su cuidado o el pago concerniente a su cuidado. (Se pueden enlistar más de un niño)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

LIMITACIONES:

Identifique cualquier limitación específica en los tipos de servicios médicos para los cuales se da autorización (Si no hay, escriba "ninguna")

Información de contacto de los padres para preguntas relacionadas con el tratamiento:

Nombre del Padre: _____ Teléfono de día: _____

Celular: _____ Teléfono de tarde: _____

Nombre del Padre: _____ Teléfono de día: _____

Celular: _____ Teléfono de tarde: _____

Por la presente indemnizo y libro de toda responsabilidad a Annapolis Pediatrics, así como a sus oficiales, agentes, empleados, abogados, administradores, aseguradores, afiliados, dependencias, empresas relacionadas, sucesores, herederos y cesionarios de toda responsabilidad por actuar conforme a esta autorización. La persona nombrada como representante (mencionada arriba) tiene mi permiso para tomar decisiones o aprobar el cuidado en mi ausencia. También estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera por todos los cuidados y servicios suministrados de acuerdo con esta autorización. Esta autorización es válida por un año (1) a partir de la fecha en que se firmó a menos que sea revocada por escrito a Annapolis Pediatrics o restringida por el periodo de tiempo como se indicó anteriormente. *Solo se requiere la firma de uno de los padres.*

Firma del padre

Fecha

Firma del padre

Fecha



Política de Vacunación de Annapolis Pediatrics

Los proveedores de atención médica de Annapolis Pediatrics revisaron nuestro enfoque en vacunación en práctica. Apoyamos a la vacunación de todos los niños y jóvenes. Las vacunas han salvado más vidas en el siglo pasado, más que cualquier otro invento. Nuestras recomendaciones de vacunación están basadas en el esquema publicado por los Centros de Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) y la Academia Americana de Pediatría (AAP por sus siglas en inglés). Las vacunas recomendadas y su esquema son el resultado de muchos años de estudio científico y obtención de datos de los billones de niños que fueron vacunados. Creemos firmemente que esos estudios muestran correctamente que las vacunas son seguras.

La campaña de vacunación es realmente una víctima de su propio éxito. Este éxito ha hecho que algunos de los padres se muestren satisfechos con la vacunación. Reconocemos que la opción de vacunar a su niño puede ser compleja, pero no vacunarlos puede llevarle a experimentar resultados trágicos. Es precisamente porque las vacunas son tan efectivas para prevenir enfermedades que los padres están indecisos de si son o no necesarias. Como resultado de las vacunas, la mayoría de las personas en este país nunca ha visto a niños con polio, tétanos, tos ferina, meningitis bacteriana ni siquiera varicela. Lamentablemente, los proveedores de atención médica en nuestra oficina han visto niños sufrir y/o morir de alguna de estas enfermedades prevenibles con vacunas.

Las vacunaciones son indispensables para prevenir enfermedades entre la población general. Las vacunas benefician tanto a quienes las reciben como a las personas vulnerables y no vacunadas que las rodean. En nuestra oficina, tenemos muchos pacientes que son demasiado pequeños para vacunarse y están en riesgo de contraer una enfermedad prevenible por vacunación de un niño que no está vacunado. Usted puede elegir asumir el riesgo de que usted o su hijo contraigan una enfermedad prevenible por vacuna, pero nosotros no podemos asumir el riesgo de nuestros pacientes. Por lo tanto, lo correcto es seguir las pautas de vacunación recomendadas por AAP y CDC, nosotros con gusto le dirigiremos a los recursos que lo respaldan.

También confiamos en los estudios que muestran que retrasar o “dividir las vacunas” para dar menos en cada visita van en contra de las recomendaciones de los expertos. Desviarse del esquema recomendado puede poner a su hijo/a en riesgo para contraer graves enfermedades e incluso causar la muerte y esto va en contra de nuestro consejo médico. Por tales razones, nosotros esperamos que todos nuestros pacientes estén al día con sus vacunas para bebés/ niños pequeños a los dos años. Además, creemos firmemente que todos nuestros pacientes deben contar con sus vacunas recomendadas para la infancia a la edad de seis años. Además, todas las vacunaciones para adolescentes y jóvenes adultos deben ser administradas de acuerdo con el esquema recomendado por la CDC y la AAP.

Creemos fuertemente que vacunar a los niños con las vacunas que están disponibles actualmente es lo mejor para niños y jóvenes. Nuestra convicción se demuestra mejor por el hecho de que nuestros propios hijos están completamente vacunados de acuerdo con su esquema. **Si a pesar de nuestras recomendaciones, usted no puede seguir el esquema de vacunación recomendado por la AAP, le pedimos que encuentre otro proveedor de atención médica que comparta sus puntos de vista.** Siéntase con la libertad de comentar cualquier pregunta o inquietud que tenga sobre las vacunas con cualquiera de los proveedores durante su visita al consultorio. Esperamos brindar la mejor atención a nuestros pacientes y sus familias.

Sinceramente,
Annapolis Pediatrics

Nombre del Paciente (Con letra de molde)

Fecha de Nacimiento

Firma del padre

Fecha de la firma



POLÍTICA FINANCIERA DE ANNAPOLIS PEDIATRICS

TEMAS RELACIONADOS AL SEGURO Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Su plan de seguro requiere que usted presente su tarjeta de Seguro actual en cada visita. Aunque nosotros le ayudaremos, es en última instancia su responsabilidad conocer el alcance de su cobertura, sus limitaciones y exclusiones antes del momento del servicio. Esto incluye cuidado infantil y vacunas.

Entendemos que hay circunstancias ocasionales que le impedirán llegar a su cita. Cuando esto suceda, le solicitamos que lo notifique 24 horas antes de cualquier examen físico, consulta, cita por salud conductual, controles de medicamentos y dos horas para cita por enfermedad. Es nuestra política cobrar \$25 por consulta perdida sin previo aviso para todas las citas excepto para consultas y citas por salud conductual. Las consultas y citas por salud conductual están sujetas a una tarifa de \$50 por no presentarse o por cancelación tardía. Nos reservamos los derechos de despedir al paciente que pierda más de tres citas sin previo aviso. Si usted llega tarde a su cita, nos reservamos el derecho de reprogramar la cita.

En Annapolis Pediatrics cuidamos a TODOS los niños de acuerdo con los estándares de cuidado reconocidos a nivel nacional. Aun cuando sea recomendado y médicamente necesario, algunos de los exámenes y tratamientos pueden no ser cubiertos por su seguro. Dependiendo de su plan familiar puede o no recibir cargos sin previo aviso o reembolsos por estos servicios, y usted será responsable de tales cargos. Para preguntas respecto a su plan, por favor contacte a su compañía de seguros y/o empleador. Si los servicios recibidos no son cubiertos por su plan, es en última instancia su responsabilidad financiera saldar la cuenta por tales servicios. La cobertura de su Seguro y sus beneficios son un contrato entre la compañía de seguros y usted, por lo tanto, todos los conflictos deben manejarse directamente con su operador.

Ciertos procedimientos llevados a cabo en nuestro consultorio no están incluidos en la visita de oficina estándar. Estos procedimientos serán facturados por separado además de los cargos por visita al consultorio. Algunos proveedores de seguro clasifican estos procedimientos como "cirugía" y aplican los cargos a una cantidad deducible más alta. El resultado puede ser que cubra el pago de una visita al consultorio, pero no del procedimiento. En tales casos, el pago del procedimiento será por parte del paciente. Algunos ejemplos de procedimientos en el consultorio incluyen, pero no se limitan a: eliminación de cera del oído, extracción de un cuerpo extraño, adherencia peneana/labial, cauterización umbilical, tratamiento de verrugas.

Cualquier saldo pendiente después de 90 días puede remitirse a alguna agencia de cobranza externa. Los pacientes con cuentas continuamente atrasadas o aquellos cuyas cuentas han sido enviadas a una agencia de cobranza externa están sujetos a la aprobación de Annapolis Pediatrics.

Si a alguno de nuestros médicos y/o proveedores se le pide participar en cualquier asunto legal que requiera de nuestra participación en relación con usted o su hijo/a por vía telefónica, declaración en la corte, y/o comparecer ante el tribunal, se le cobrará una tarifa por tales servicios. Esto incluirá tiempo de preparación, tiempo profesional y gastos de transporte. La tarifa por estos servicios será de trescientos dólares (\$300) por hora y será facturada para el padre para cuyo caso se está solicitando la información

TARIFAS ADMINISTRATIVAS

Llenado de formulario (hasta 2 paginas) *los formularios toman de 7-10 días hábiles para completarse	\$7.00
Llenado de formulario (3 o más páginas o formularios complicados)	\$10.00
Formularios urgentes: aquellos que requieran ser llenados en menos de 48 horas	\$20.00
Registros de vacunación solamente	Sin cargos
Cargo por cheque devuelto	*\$35.00
Cargo por llamada telefónica después del horario	\$15.00
Registros Médicos	**\$25.00 Por paciente

*Cargo por llamada telefónica después del horario - No hay cargo si la llamada es concerniente a una enfermedad por la cual se brindaron los servicios 7 días antes ni para cualquier enfermedad que requiera una evaluación dentro de las siguientes 24 horas -ya sea en el consultorio y/o en la Sala de Emergencias.

** Registros Médicos- En el estado de Maryland, el médico que crea los reportes médicos es el propietario de los registros y tiene permitido cobrar una tarifa de procesamiento y copia de cada paciente además de los gastos de envío. La factura es por parte de quien hace la solicitud y no se puede facturar a la compañía de seguros. Si los registros se proporcionan a alguien que no sea paciente o médico (por ejemplo a un abogado) se cobrará una tarifa de preparación adicional de \$22.88. La tarifa de Registros Médicos debe pagarse antes de publicar los registros. Una vez pagada la tarifa, la solicitud de liberación de los registros médicos tardarán hasta 14 días hábiles para procesarse. Para obtener un formulario de publicación de registro visite nuestro sitio web. Visite www.odg.state.md.us para obtener información adicional concerniente a la Ley del Estado de Maryland.

CITAS MÉDICAS

Entendemos que hay circunstancias ocasionales que le impedirán llegar a su cita. Cuando esto suceda, le solicitamos que lo notifique 24 horas antes de cualquier examen físico, consulta, cita por salud conductual, controles de medicamentos y dos horas para cita por enfermedad. Es nuestra política cobrar \$25 por consulta perdida sin previo aviso para todas las citas excepto para consultas y citas por salud conductual. Las consultas y citas por salud conductual están sujetas a una tarifa de \$50 por no presentarse o por cancelación tardía. Nos reservamos los derechos de despedir al paciente que pierda más de tres citas sin previo aviso. Si usted llega tarde a su cita, nos reservamos el derecho de reprogramar la cita.

PADRES SEPARADOS/DIVORCIADOS

Para aquellos padres que son separados o divorciados y necesitan cuidado para su hijo/hijos, el padre que trae al niño al consultorio autoriza el tratamiento, y por lo tanto es el responsable del pago puntual del servicio. Si existe algún decreto de divorcio que requiera al otro padre pagar una parte o todo el costo del tratamiento contraído, es responsabilidad del padre que autoriza el tratamiento, cobrar al otro padre. Annapolis Pediatrics no hará provisiones especiales ni actuará como mediador en el cobro de los pagos.

Annapolis Pediatrics está legalmente obligado a revelar la información médica del niño a ambos padres/tutores legales, a menos que exista una orden jurídica que establezca lo contrario. Si en algún momento los asuntos legales se vuelven demasiado intrusivos para nuestro personal, nos reservamos el derecho de despedir al paciente del consultorio.

SERVICIOS DE NECESIDAD FAMILIAR

Para los padres/pacientes con discapacidad visual y auditiva, proporcionaremos los medios de comunicación apropiados cuando sea necesario, incluidos los materiales escritos y/o intérpretes calificados. Para esto requerimos un aviso con una semana de anticipación si usted o su hijo necesita servicio de interpretación.

Si usted o sus hijos tienen necesidad de traducción de idiomas, puede traer a su propio traductor. El consultorio tiene servicios de traducción limitados.

ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

Annapolis Pediatrics administrará las vacunas de acuerdo con las normas de la Academia Americana de Pediatría. Nuestro personal Proveedor le dará más información sobre esas vacunas y también la oportunidad de analizarlas antes de la vacunación. Aquellos pacientes que no deseen seguir con el esquema de administración de vacunas de la AAP no podrán ser atendidos por Annapolis Pediatrics. Por favor consulte nuestra política de vacunación publicada en nuestro sitio web.

RECETAS MÉDICAS

Annapolis Pediatrics solo procesará los resurtidos de medicamentos de lunes a viernes en horario de 8 a.m. a 5 p.m. No se procesará ningún resurtido de medicamentos en sábado o domingo. Los resurtidos pueden durar hasta 72 horas para ser procesados.

MOTIVOS DE DESPIDO (Incluye, pero no está limitado a)

Falta de pago puntual de los saldos responsables del paciente

Múltiples citas perdidas

Lenguaje obsceno, abusivo o degradante hacia el personal

Incumplimiento de las normas de la AAP respecto a las vacunaciones

Parte Responsable:

Nombre con letra de molde: _____ Parentesco al paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente : _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

(Por favor escriba con letra de molde)