

Fecha: _____ Método de pago: Efectivo Cheque Visa MC AMEX

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial de Segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino Numero de Seguro Social: _____

Guardián Legal: _____ Relación con el paciente: _____

Para proteger la privacidad de su niño/a (Por favor lea cuidadosamente. Si usted desea cambiar esta información, por favor notifique nuestra oficina por escrito.) En caso de que usted tenga la única custodia legal del niño/a, ¿da usted autorización a la oficina de dar información medica al otro padre de familia?

SÍ, doy permiso/ NO, no doy permiso. Iniciales del guardián legal: _____ Fecha: _____

Nombre completo de la madre: _____ Teléfono de trabajo: _____

Ocupación/empleador: _____

Nombre completo del padre: _____ Teléfono de trabajo: _____

Ocupación/empleador: _____

Doctor primario: _____ Teléfono: _____

Asegurancia medica: _____ Asegurado primario: _____

Fecha de nacimiento del asegurado primario: _____ Seguro Social: _____
(requerido) (requerido)

*****(completar solamente si el paciente tiene otra asegurancia medica)****

Nombre de la asegurancia: _____ Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Numero de Medicaid: _____ (si tiene)

Dirección y numero de teléfono del asegurado si es diferente que la del paciente:

Por favor lea cuidadosamente y firme

Almenos que tenga HMO, PPO, u otro tipo de asegurancia en la cual seamos proveedores es nuestra póliza de coleccionar el pago completo al final de su consulta. Algunas veces podemos hacer excepciones, entonces por favor hable con la recepcionista o director de finanzas **antes de la cita con el medico**. Dependiendo con su asegurancia, recomendación a otros servicios serán hechos dentro de la red de proveedores de su asegurancia a menos que usted solicite alguien en especial. Cualquier servicio no cubierto por su asegurancia es la responsabilidad del asegurado. **Es la responsabilidad del asegurado obtener pre-autorizacion o referidos requeridos por su asegurancia.** Con mi firma doy autorización de dar tratamiento medico al niño/a mencionado y proporcionar información necesaria conforme con la ley incluyendo rayos X, archivos medicos, información de asegurancia a otros preveedores de servicio medico. Yo tambien autorizo el asignamiento de beneficios a **Central Texas Pediatric Orthopedics o doctor que provee servicio medico**. Yo entiendo que soy responsable por los servicios proveidos al paciente mencionado los cuales no se han cubierto por la asegurancia. **Yo entiendo las polizas financieras y estoy de acuerdo con ellas.**

Firma del Guardián: _____ Fecha: _____

Central Texas Pediatric Orthopedics & Scoliosis Surgery

(tel) 512.478.8116 • (fax) 512.478.9368

Central Office

1301 Barbara Jordan Blvd • Suite 300 • Austin, Texas 78723

North Office

7200 Wyoming Springs Drive • Suite 700 • Round Rock, TX 78681

- Jay Shapiro, MD John Williams, MD Tony Kahn, MD Michelle Prince, MD
- Robert Dehne, MD Suzanne Yandow, MD Catherine Sargent, MD
- Kevin McHorse, PT Lauren Whitehouse, PT
-

Reconocimiento de Revisa de Aviso de Practicas de Privacidad

Nuestro Aviso de Practicas de Privacidad provee información sobre como podemos utilizar y revelar su información protegida de salud. El aviso tiene una sección de Derechos de Pacientes describiendo sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho revisar nuestro Aviso antes que firme este consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si nosotros cambiamos nuestro Aviso, usted puede contactar nuestra oficina para obtener una copia revisada.

Usted tiene el derecho pedir que nosotros limitemos como su información protegida de salud es utilizada y revelada para el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de salud. No estamos requeridos a estar de acuerdo con esta limitación, pero si lo hacemos, honraremos ese acuerdo.

Al firmar esta forma, usted da su consentimiento de que nosotros usemos y revelemos su información protegida de salud para tratamiento, pago y operaciones del cuidado de salud. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, en manera escrita, firmada por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará las revelaciones que ya hemos hecho con su consentimiento previo. La Oficina provee esta forma para acceder con el Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que:

- Información protegida de salud puede ser utilizada o revelada para el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de salud.
- La Oficina tiene un Aviso de Practicas de Privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisar este Aviso.
- La Oficina reserva el derecho de cambiar el Aviso de Políticas de Privacidad.
- El paciente tiene el derecho de limitar los usos de su información, pero la Oficina no tiene que estar de acuerdo con esas limitaciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento en manera escrita en cualquier momento y todas revelaciones futuras cesarán entonces.
- La Oficina puede condicionar el tratamiento con la ejecución de este consentimiento.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (si usted no es el paciente): _____

CTPO
POLIZAS DE ASEGURANZAS

En orden de acomodar las necesidades de nuestros pacientes, nos hemos suscrito a muchos tipos de aseguranzas. Mientras que estamos encantados de proveerle este servicio a usted, es imposible para nosotros mantener al tanto cada uno de los requisitos de su plan. Cada uno de los planes tiene diferentes estipulaciones y requerimientos de cómo y donde pueden los servicios ser proveídos. Aún en el mismo tipo de aseguranza de la misma compañía, los planes pueden ser diferentes dependiendo de cómo y que tipo de contrato su empleador ha negociado para usted. Como muchas aseguranzas tienen muchas direcciones para mandar el reclamo de pago, usted deberá proveer una copia de su tarjeta de aseguranza en cada visita. En caso que nosotros no estemos en su plan de seguro, le pedimos pagar en el momento de la consulta.

Proveer cuidado de salud de calidad a nuestros pacientes es nuestra primera prioridad. Nosotros queremos proveerle el mejor cuidado de salud dentro de las directrices de su aseguranza si usted nos hace saber en CADA visita exactamente cuales directrices su aseguranza tiene.

Lamentablemente, si usted no nos informa de algún requerimiento especial en el contrato y nosotros ordenamos servicios como exámenes de laboratorio o equipo ortopédico que su aseguranza no cubre, nosotros o la clínica tendrá que mandar la cuenta para esos cargos a usted directamente. El pago de estos servicios es su responsabilidad.

Estamos comprometidos con usted a poder ayudarle y brindarle el cuidado medico ofrecido a usted y lo lograremos con su ayuda y cooperación.

El pago de su copay es requerido al momento que los servicios son proveídos. Los participantes del plan HMO son responsables de obtener las recomendaciones necesarias antes de hacer su cita. Servicios que no tengan autorización de su aseguranza serán responsabilidad del paciente. El hospital o laboratorio mandará la cuenta de los cargos del hospital y reportes de laboratorio a su compañía. Usted puede recibir una cuenta separadamente por estos servicios si su compañía de seguro no los cubre o solamente cubre una parte o si usted tiene un deducible. Si su compañía de seguro requiere el uso de una facilidad en especial para su servicio medico, (como terapia fisica, exámenes de laboratorio, etc.) por favor, informe a la enfermera. Si usted no lo hace, esto puede resultar en que dichos cargos no se han cubiertos por su seguro medico.

En caso de que su niño(a) necesite hospitalización! operación, nosotros haremos los reclamos de estos servicios a su seguro medico. Una copia de SU tarjeta de seguro medico y forma firmada recientemente serán requeridas. El seguimiento de reclamos con su seguro medico es su responsabilidad.

Puede hacer un arreglo especial de finanzas con la oficina de negocios para servicios después de la verificación de cobertura para una cantidad que la aseguranza no cubre o si no somos proveedores de su compañía de aseguranza. Por favor, provéenos la información completa de su aseguranza lo más pronto posible, incluyendo alguna aseguranza secundaria que puede ser necesaria para la coordinación de beneficios.

YO HE LEIDO Y ENTIENDO LA POLIZA DE LA OFICINA ANTE DICHO Y ESTOY DE ACUERDO DE ACEPTAR LA RESPONSABILIDAD EXPLICADA. LES NOTIFICARE INMEDIATAMENTE DE ALGUNOS CAMBIOS DE COBERTURA O ESTATUS DE ASEGURANZA, DIRECCION O NUMERO DE TELEFONO.

NOMBRE ESCRITO

FECHA

FIRMA