

JACKSONVILLE PEDIATRIC ASSOCIATES

Necesitamos tener copia de la tarjeta de su seguro, de manera de poder reclamar los cargos ocurridos a su compañía aseguradora.

Bienvenidos a Nuestra Oficina

INICIALES _____

Realizamos que tiempo es tan importante para ud, como para nosotros. Nosotros tratamos de cumplir con el horario de su cita, pues no nos gusta tener largos periodos de espera en la oficina. Sin embargo, debido a la naturaleza del cuidado pediátrico, tardanzas inesperadas pueden ocurrir. Esperamos que ud. Comprenderá.

Fecha _____

Referido por _____

INFORMACION DEL NIÑO

Nombre Completo del Niño _____

S.S. del Niño _____

Fecha de Nacimiento _____ Masculino Femenino

Lugar de Nacimiento (hospital) _____

Ciudad & Estado _____

Otro Familiar o Amigo

Nombre _____

Telefono _____

INFORMACION DE LOS PADRES

Nombre Completo de la Madre _____

Nombre Completo del Padre _____

Persona Responsable (si es otra y no los padres) _____

Casado/A Viudo/A Soltero/A Divorciado/A

Direccion _____

Cuidad _____ Estado _____

Telefono (E) _____ (C) _____

Otro direccion de los padres si diferente que arriba _____

Padre

Madre

Lugar de Trabajo _____

Direccion _____

Telefono (Trabajo) _____

Fecha Nacimiento _____

Licencia Manejar _____

Seguro _____

Grupo _____

Individual _____

Si es Militar # Serie & Rango _____

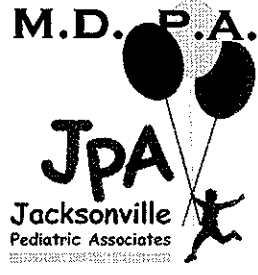
Es la Póliza pagar por cargos de oficina y co-pagos cuando los servicios son rendidos

- 1) Si ud Es un paciente HMO o PPO, pagos por deducibles y co-pagos son su responsabilidad al tiempo de la visita. Un cargo de \$10.00 será añadido a su balance si tenemos que mandar cuenta por estos pagos.
- 2) Si en algun momento ud. Se niega a cumplir con su obligation, ud. Será responsable de adicionales gastos de colección y/o de gastos legales.

Firma _____ Employee Initials _____

JACKSONVILLE PEDIATRIC ASSOCIATES, M.D. P.A.

- 8774 PERIMETER PARK BLVD JACKSONVILLE, FL 32216 FAX: [904] 642-5154
- 1951 BOULEVARD JACKSONVILLE, FL 32206 FAX: [904] 358-3067
- 930 3RD STREET NEPTUNE BEACH, FL 32266 FAX: [904] 249-7323



AUTORIZACION PARA PERMISO DE INFORMACION ACERCA DE REPORTES MEDICOS

Yo autorizo y doy permiso para desplegar information de:

(Nombre y Direccion del anterior Medico)

Yo pido y autorizo a la entidad o al proveedor nombrado anteriormente desplegar informacion medica a JPA a la citada direccion del nino/a:

Nombre del nino/a	Fecha de nacimieto
Tipo de informacion necesaria:	
<input type="checkbox"/> Reporte de dar de lta	<input type="checkbox"/> Record de Vacunas
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Reporte de consultas
<input type="checkbox"/> Rayos X	<input type="checkbox"/> Reporte medico(completo)
<input type="checkbox"/> Otros, por favor, detalle	

Esta autorizacion caducara al ano de la fecha firmada a no ser por otra especificaciones:: _____

Entiendo que la informacion de mis records puede incluir informacion relacionada con enfermedades sexuales(AIDS) o (HIV).Puede tambien incluir informacion acerca de servicios por salud mental y tratamientos for alcohol o uso de drogas

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorizacion en cualquier momento
 Entiendo que si revoco esta autorizacion debo hacerlo por escrito a la direccion de JPA Att:Privacy Officer
 Entiendo que la revocacion no aplica a informacion que ha sido desplegada a una tercera entidad, la informacion puede no estar protegida por las regulaciones privadas federales y puede ser desplegada por la persona o entidad que recibe la informacion, de acuerdo con la Ley de la Florida. Entiendo que por copias de esta informacion puede ser cargado a su cuenta de acuerdo a la Ley de la Florida.

Entiendo lor topicos discutidos en esta forma.Yo libero al proveedor,,sus empleados,oficiales y directores, miembros del equipo y asociados en negocios de cualquiera responsabilidad legal por la revelacion de esta informacion.Entiendo que no tengo que firmar esta autorizacion para obtener tratamiento medico

Firma del padre o guardian Fecha

Nombre en letras de molde Relation con el paciente

Nota de las Prácticas Privada

Jacksonville Pediatric Associates, M.D., P.A.

1951 Boulevard
Jacksonville, FL 32206
Phone: 904-354-6868
Fax: 904-358-3067

8774 Perimeter Park Blvd.
Jacksonville, FL 32216
Phone: 904-642-6100
Fax: 904-642-5154

930 Third Street
Neptune Beach, FL 32266
Phone: 904-246-9428
Fax: 904-249-7323

ESTA NOTA DESCRIBE INFORMACION MEDICA ACERCA DE USTED QUE SE PUEDE USAR Y PUEDE SER REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER EL ACCESO A ESTA INFORMACION. REVÍSELO, POR FAVOR, DETENIDAMENTE.

Esta Nota de las Prácticas Privada describe cómo podemos usar y como poder revelar que su información (PI) protegida de salud para llevarse a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones (TPO) del cuidado de la salud y para otros propósitos que se permiten o son requeridos por la ley. Describe también sus derechos de conseguir acceso para controlar su información protegida de la salud. "Información protegida de salud" es información acerca de usted, inclusive información demográfica. Eso lo puede identificar y relacionar a su pasado, presente o la salud o condición futura física o mental y los servicios relacionados del cuidado de la salud.

I. Los usos y las Revelaciones de Información Protegida de Salud

Los usos y las Revelaciones de Información Protegida de Salud

Su información protegida de salud se puede usar y puede ser revelada por su médico, nuestro personal de la oficina y otros que se relacionen en su cuidado y el tratamiento para el propósito de proporcionar servicios de cuidado a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para sostener la operación del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

El tratamiento: usaremos y revelaremos que su Información Protegida de Salud para, coordinar, o para manejar su cuidado de salud y algún servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la administración de su cuidado de la salud con terceros. Por ejemplo, nosotros revelaríamos que su información protegida de salud, a una agencia de salud que le proporciona cuidado. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

El pago: Su información protegida de salud se usará, cuando se necesite, para obtener el pago de sus servicios de salud. Por ejemplo, la aprobación que se obtiene para un hospital puede requerir que su información protegida pertinente de la salud sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión al hospital.

Las Operaciones de la asistencia sanitaria: podemos usar o revelar, cuando se necesite, su información protegida de salud para sostener las actividades económicas de su médico. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas, a, las actividades de la calidad de evaluación, las actividades de la revisión de empleado, instrucción de estudiantes médicos, de licencias, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, nosotros podemos revelar su información protegida de salud a estudiantes médicos que ven pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una pagina de matrícula donde usted se le pedirá que firme su nombre e indique a su plan de salud. Nosotros también lo podemos llamar por nombre, en la sala que espera, cuando su médico está listo para verlo. Podemos usar o podemos revelar que su información protegida de salud, como sea necesario, para avisarle o recordarle de su cita.

Podemos usar o revelar su información protegida de salvo sin su autorización en las siguientes situaciones:
Requerido Por la Ley: Por Salud Publica: Enfermedades Infecciosas: Descuido de Salud: Abuso o Negligencia: Requeridos Por la Administración de Alimentos y Drogas: Procedimientos Legales:

Departamento de Leyes: Directores de Funeraria y de Donación de Órganos: Investigaciones de Actividades Criminales: Actividades Militares y de Seguridad Nacional: Compensaciones a Empleados: Presos: Usos y Divulgaciones: Por Ley, Tenemos que Informarle y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de manera de determinar nuestra demanda con los requerimientos de la Sección 164.500.

Otros Usos y las Revelaciones Permitidos y Requeridos se harán sólo con su consentimiento, la autorización o la oportunidad de negarse, a menos que sea requerido por la ley.

Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento por escrito, excepto, si su médico o el medico de la práctica haya tomado una acción de acuerdo con el uso o la revelación indicados en la autorización.

Los Derechos que siguen son una declaración con respecto a su información protegida de la salud.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información protegida de salud. Bajo la ley federal, usted no puede inspeccionar o copiar lo siguiente: notas de psicoterapia; información recopilada con anterioridad de, o usada, en procedimiento a una acción civil, criminal o de acción administrativa, y proteger información acerca de la salud de cuyo acceso es prohibido por la ley.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información protegida de salud. Esto significa que usted nos puede pedir no usar o revelar en cualquier parte de su información protegida de salud para los propósitos del tratamiento, las operaciones del pago ni la asistencia sanitaria. Usted puede solicitar también que en cualquier parte de su información protegida de salud no sea revelada a miembros de familia ni amigos que pueden ser implicados en su cuidado ni para propósitos de notificación como descrito en esta Nota de las Prácticas Privada. Su pedido debe expresar la restricción específica solicitada y a quien usted quiere que la restricción aplique.

Su médico no es requerido a coincidir a una restricción que usted puede solicitar. Si su médico cree que es en su mejor interés de permitir el uso y la revelación de su información protegida de la salud, su información protegida de la salud no será restringida. Usted entonces tiene el derecho de usar a otro Profesional de Asistencia sanitaria.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia de esta nota de nosotros, sobre el pedido, aunque usted haya concordado en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

Usted tiene el derecho que su médico enmiende su información protegida de la salud. Si negamos su pedido para la enmienda, usted tiene el derecho de archivar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y lo proporcionaremos con una copia de tal refutación.

Usted tiene el derecho de recibir un resumen de ciertas revelaciones que hemos hecho, de su información protegida de salud.

Reservamos el derecho de cambiar los términos de esta nota y se le informará por correo de cualquiera cambio. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como describimos en esta nota.

Las Quejas

Usted puede quejarse a nosotros si usted cree que sus derechos de la privada han sido violados. Usted puede archivar una queja con nosotros notificando su queja.

Esta nota se publicó y entra en vigencia en/o antes del 14 de abril de 2003.

Somos requeridos por la ley a mantener la Practicas de Privada, y proporcionar a los individuos con, esta nota de nuestras prácticas legales de deberes de privada con respecto a información protegida de salud. Si usted tiene cualquier objeción a esta forma, pida por favor hablar con nuestro Oficial de la Conformidad de HIPAA en persona o por teléfono en nuestro Número Principal de Teléfono.

Su firma es sólo reconocimiento que usted ha recibido esta Nota de nuestras Prácticas de la Privada:

Imprima el Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

NUESTRA POLIZA FINANCIERA



Nuestra relacion con Ud. se basada en rendir el mejor posible tratamiento y un claro entendimineto de nuestra poliza financiera. Si Ud. tiene alunas preguntas concnientes a sus responsabilidades, por favor, sientase libre de preguntar. La recepcionista y/o la Jefa de la Oficina se ocupann de eso, NO LOS MEDICOS.

- **Pago total al tiempo del servicio.**
- **Aceptamos efectivo, cheques locales, Visa, Mastercharge y Discover.**
- **En la primera visita el paciente debe estar acompañado por uno de los padres o guardian que deben dar permiso escrito si otro adulto puede representar al paciente para futuros servicios.**
- **El adulto que acompaña al paciente es responsable por el pago total al tiempo del servicio, asi que planee con anterioridad.**

Contabilidad: No es nuestra poliza extension de credito. No somos una institucion financiera, asi que no podemos operar como tal. Se requiere pago total al tiempo del servicio.

Cheques devueltos: La persona responsable tiene 7 dias para saldar el balance total de su cuenta. Una penalidad de \$30 es aplicable, sin excepcion. Esto debe ser saldado en EFECTIVO o CHEQUE BANCARIO y debe ser saldado en 7 dias on antes de la proxima visita, lo que ocurra primero. Si el balance no es saldado en el tiempo especificado, la deuda sera remitida al State Attorney.

Seguro: su seguro es un contrato enter Ud., su empleador y la compania de seguro. Nosotros no somos parte de ese contrato. Nosotros no nos envolveremos en disputas entre Ud. y su seguro acerca de deducibles, copagos, cargos cubiertos, etc. Nuestro servicio profesional es a Ud. no a la compania de seguro, asi que, pagos or servicios es su responsabilidad. Si Ud tiene un plan de seguro HMO/POS basado en referrals, es su responsabilidad asegurarse que tiene un referral valido para cada visita. No todos los servicios son cubiertos por todos los contratos. Por favor, entienda que si su seguro no paga por ciertos servicios, Ud. es responsable por el pago total de esos servicios. Es su responsabilidad entender los beneficios de su plan de seguro. Deducibles y co-pagos son requeridos al tiempo de la visista.

Nosotros aceptamos su seguro primario solamente si nosotros participamos con su plan de seguro. Es su responsabilidad asegurarse de que tenemos una copia activa de su tarjeta de seguro en nuestros records. No aceptamos ningun plan en el que no tengamos contrato. Nosotros no aceptamos seguros automovilisticos. Es su responsabilidad notificarnos de cualquier cambio en su seguro. No podemos responsabilizarnos por mandar cargos a seguros equivocados que crea tardanza de pagos. No aceptamos seguros secundarios.

Si Ud va a pagar al tiempo del servicio este preparado para el pago total.

AUTORIZACION PARA ASIGNACION DE BENEFICIOS

Yo autorizo lo siguiente:

JPA puede cargar a mi compania de seguro directamente por servicios recibidos y autorizo pagos directos de beneficios a JPA, que de otra manera serian pagados a mi.

AUTORIZACION PARA DESPLEGAR O RECIBIR INFORMACION MEDICA

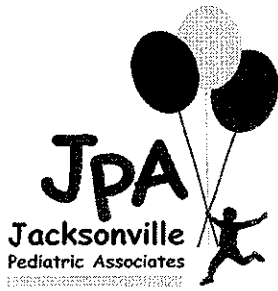
Yo tambien autorizo a JPA a desplegar toda informacion medica (incluida, pero no limitada) informacion relacionada a evaluaciones siquiaticas y tratamiento, anemia sicke cell, alcohol y abuso de drogas, diagnostico y tratamiento, HIV, AIDS, y diagnosis relacionados con AIDS si es que esa informacion existe) a todos mis seguros o terceras pagadores si es que es requerido en el proceso de cargos al seguro o algun otro proposito.

RECONOCIMIENTO

He leído y entendido la Poliza Financiera. Autorizo la Asignacion de Beneficios y la Autorizacion para Desplegar y Recibir Informacion Medica.

Firma del padre o guardian

Fecha



POLIZA PARA REFERAL

RE: _____
Nombre del Paciente

De vez en cuando es necesario para JPA referir su niño/a a un laboratorio , entidad y/o especialista para futuras pruebas / tratamientos. Aunque trataremos que la entidad medica pertenezca a su compania de seguro, **-es su responsabilidad** de estar seguro que es la correcta facilidad con su plan Este es su seguro y Ud. debe estar informado de su plan y de sus beneficios. Por favor, este seguro de comprobar sus beneficios con su libro del seguro o con su representante asegurador antes de ir a cualquier especialista o entidad para tratamiento. Si hay alguna discrepancia Ud debe de avisar a nuestra oficina antes de ningun procedimiento de manera de poderle asistir con cualquier cambio necesario. JPA **no** sera financieramente responsable por ninguna circunstancia, si Ud. va a una entidad no cubierta por su plan de seguro.

Firma del padre o guardian

Fecha

- Original al record del paciente
- Copia al paciente

JACKSONVILLE PEDIATRIC ASSOCIATES: INFORMACION DEL PACIENTE

Informante: Madre Padre Otro: _____ MA: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento _____ Peso al nacer _____ Tamano al Nacer _____

Historia del Nacimiento: Vaginal Cesaria Antes de tiempo A tiempo _____ #Semanas de embarazo

Nombre del Obstetra: _____

Complicaciones al Nacimiento: No Si Si fue Cesare, explique _____

Su bebe tuvo alguna de las siguientes condiciones al nacer?

Ictericia	Problemas respiratorios requiriendo oxigeno oxigeno o ventilacion artificial?
Soplo al corazon requiriendo evaluacion por cardiologo	Ultrasound anormal
Fiebre/infeccion	Fallo del test auditivo

Alguna otra complicacion no mencionada anteriormente durante el embarazo o nacimiento: _____

Su nino/a tiene alergia a alguna medicina? Si No A cual? _____

Que tipo de reaccion tuvo su nino/a a la medicina? _____

Su nino/a ha tenido alguna reaccion alergica a cualquier cosa, aparte de medicina? Si No

Si es afirmativo, por favor, nombre la alergia _____

Medicinas actuales: _____

Medicinas anteriores: _____

Hospitalizaciones: Ha sido su nino/a hospitalizado por cualquier razon? Si No
Fecha Razon

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Cirugias: ha tenido su nino/a alguna clase de cirugia? Si No
Fecha Nombre del Cirujano Tipo de Cirugia

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hubo alguna reaccion negativa a la anestesia? Si No

Enumere cualquier accidente importante en que su nino/a ha estado envuelto _____

Nombre otros medicos que han cuidado a su nino/a: _____

Ha tenido su nino/a algunas de las siguientes condiciones?(Circule todas las que apliquen)

Dolores de cabeza	Problemas visuales	Sangramiento nasal
Tos cronica	Problemas respiratorios	Problemas renales
Convulsiones	Diabetis	Estrenimiento
Tendencia a sangramiento	Alergias	Infecciones auditivas
Soplo al corazon	Fracturas de huesos	Infecciones urinarias
Sequedad de la piel (severa)	Problemas disciplinarios	Moja la cama
Anemia/Sickle cell	Problemas sanguineos	

Favor de explicar los que ha circulado: _____

Su nino/a fue alimentado:	Formula:	Pecho:	Cuanto tiempo: _____
Su nino/a usa "chupeta"?	Si No		Colegio? SI No
Cuantos ninos atienden la "guarderia"?	0-5	6-10	11-15 Mas de 15
Alguien en su casa fuma?	Si No		La encargada de su nino/a fuma? Si No
Hay algun animal en su casa?	Si No		Que clase? Perro Gato Otro
Miembros en el hoga:	Madre	Padre	hermanos [# _____] Otro: _____

Alguien en su familia ha sido diagnosticado con algunas de las siguientes condiciones?

Asma	Retinitis allergic	Ulceras
Enfermedades renales	Diabetis	Inflamaciones estomacales
Anemia/Sickle Cell	Otro tipo de anemia	Piedras renales
Problemas de Tiroides	Enfermedades cardiacas	Presion Alta
Cancer	Embolia	Ulceras
Migrana	Hepatitis	Piedras en la Vesicula
Depresion/Problemas Mentales		

Por Favor de explicar los que ha circulado: _____
