



Bienvenidos a Washington Pediatrics

Nos alegra que nos haya elegido como su proveedor de atención médica de su hijo/a y esperamos trabajar con usted y su familia.

A continuación, encontrará nuestra información para nuevos pacientes.

Rellene cada uno de los siguientes documentos y preséntelos al personal de nuestra oficina antes o en el momento de su primera visita:

- ✓ **Reglamentos/calendario de vacunación**
- ✓ **Reglamentos de la oficina**
- ✓ **Formulario demográfico familiar:** En formulario usted proporciona su dirección y número de teléfono, contactos de emergencia e información del seguro médico.
- ✓ **Formulario de historial médico:** Proporciona información sobre el historial médico familiar.
- ✓ **Formulario de consentimiento general:** Complete y envíe si anticipa que su hijo será acompañado a sus citas por alguien que no sea un padre o tutor legal.

También es importante que se comuniquen con su compañía de seguro médico y notifique que Washington Pediatrics será el médico de atención primaria de su hijo. Además, asegúrese de traer su(s) tarjeta(s) de seguro médico y el copago requerido (si corresponde) a la cita.

Una vez más, bienvenidos a Washington Pediatrics. Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nosotros al 252-946-4134

Saludos cordiales,
Personal de Washington Pediatrics



Washington Pediatrics requiere las siguientes vacunas, como mínimo, para seguir siendo paciente en nuestra oficina. Estas vacunas son DTAP (difteria, tosferina o tosferina y tétanos), poliomielitis, Hib (Haemophilus influenza tipo B), neumocócica, MMR (sarampión, paperas, rubéola), varicela, meningococo ACWY (Men A), TDAP (tétanos, difteria, tosferina). Aplicamos estos reglamentos para proteger el bienestar de todos nuestros pacientes que no pueden recibir vacunas desde el punto de vista médico.

Si no está dispuesto a aceptar estas vacunas mínimas que requerimos, será dado de alta de Washington Pediatrics. Seguimos el calendario de vacunación de la Academia Americana de Pediatría sin desviaciones. No admitimos horarios alternativos.

Calendario de vacunación

Recién Nacido- Hepatitis B #1

1 Mes - Hepatitis B #2

2 Meses – DTaP #1, IPV #1, HIB #1, Pneumococcal #1, Rotateq#1

4 Meses – DTaP #2, IPV #2, HIB #2, Pneumococcal #2, Rotateq#2

6 Meses – DTaP #3, IPV #3, HIB #3, Pneumococcal #3, Rotateq#3

9 Meses – Hepatitis B #3

12 Meses- Pneumococcal #4, Hepatitis A #1

15 Meses – MMR#1, Varicella #1, DTaP#4, HIB # 4, IPV#4

18 Meses- Hepatitis A #2

4 Años –DTaP #5, IPV #5, MMR # 2, Varicella #2

9-14 Años- Gardasil #1 & 2

15 -18 Años- Gardasil # 1, 2 & 3 (if not given before age 15)

11- 18 Años- TDAP, Meningococcal ACWY #1

16-18 Años – Meningococcal ACWY #2 and Meningococcal B 1&2

Pentacel: DTaP, IPV, ActHib

Meningococcal ACWY (Men A)

ProQuad/MMRV: MMR, Varicella

Meningococcal B

Kinrix/Quadracel: Dtap, IVP

El calendario de vacunación está sujeto a cambios*****



Contrato de directiva de oficina

Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación de médico y paciente. Informarle con anticipación sobre los reglamentos de nuestra oficina para permitir un buen flujo de comunicación que nos permita lograr nuestro objetivo.

Por favor, lea cada sección e iniciar. Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar a nuestro personal.

Cita:

- 1) Valoramos el tiempo que hemos reservado para ver y tratar a su hijo. Si no puede asistir a una cita, le agradeceríamos que lo notificara con 24 horas de anticipación.
- 2) Si llega tarde a su cita (más de 15 minutos), haremos todo lo posible para acomodarlos en el horario. Sin embargo, en ciertos días será necesario reprogramar su cita.
- 3) Nos esforzamos por minimizar el tiempo de espera; sin embargo, las emergencias ocurren y tendrán prioridad ante una visita programada. Agradecemos su comprensión.
- 4) Antes de hacer una cita de revisión físico anual, consulte con su compañía de seguros si la visita estará cubierta.
- 5) Si el paciente está acompañado por alguien que no sea su padre/tutor legal, **debemos tener un formulario para Permiso para tratamiento que autoriza a cuidadores alternativos** firmado en el archivo, completado por el padre/tutor legal antes de la cita.

Iniciales del padre/tutor: _____

Planes de seguro médico:

- 1) Es su responsabilidad mantenernos actualizados con la información correcta de su seguro médico. Si la compañía de seguros que designó es incorrecta, usted será responsable del pago de la visita y de enviar los cargos al plan correcto para su reembolso.
- 2) Si somos su médico de atención primaria, asegúrese de que nuestro nombre o número de teléfono aparezca en su tarjeta. Si su compañía de seguros aún no ha sido informada de que somos su médico de atención primaria, es posible que usted sea financieramente responsable de su visita actual.
- 3) Es su responsabilidad entender su plan de beneficios. Su póliza de seguro de salud es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es importante que esté informado de las especificaciones de su póliza de seguro médico.
 - a. Es su responsabilidad comprender qué tipos de servicios o procedimientos están cubiertos por su póliza.
 - b. Usted es responsable del pago de los servicios o procedimientos que no están cubiertos por su seguro.
 - c. Para niños menores de 2 años, hay un límite de visitas permitidas por año. si se excede el número de visitas, su compañía de seguros no pagará; Usted será responsable de pago.
4. Es su responsabilidad saber si se requiere una autorización por escrito para ver a los especialistas, o antes de un procedimiento. Es responsabilidad del titular de la póliza saber qué servicios están cubiertos por su póliza.
5. Si no estamos en la red de su compañía de seguros, usted será responsable de cualquier tarifa adicional que pueda ser aplicable en función de su póliza de seguro

Iniciales del padre/tutor: _____



Responsabilidad Financiera:

Como proveedores pediátricos, nuestra relación es con usted y su hijo/a, no con su compañía de seguros. Mientras que los reclamos de aseguranza es una cortesía que nosotros extendemos a nuestros pacientes, todos los cargos son estrictamente su responsabilidad a partir de la fecha en que se prestan los servicios. Por lo tanto, es necesario que sepa qué beneficios le brinda su plan de seguro.

- 1) De acuerdo con su plan de seguro, usted es responsable de todos y cada uno de los copagos, deducibles y coseguros.
- 2) Los copagos se deben pagar en el momento del servicio.
- 3) Se espera que los pacientes que pagan por su cuenta paguen los servicios en su totalidad en el momento de la visita.
- 4) Si no participamos en su plan de seguro, se espera que usted pague en su totalidad en el momento de su visita. Le proporcionaremos una factura que podrá enviar a su seguro para su reembolso.
- 5) Los saldos de los pacientes se facturan inmediatamente después de recibir la explicación de beneficios de su plan de seguro.
- 6) Si no se han hecho arreglos previos con nuestra oficina de finanzas, cualquier saldo pendiente de la cuenta requiere que se realice un pago antes de la visita.
- 7) Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito y débito.
- 8) Se cobrará una tarifa de \$ 25.00 por cualquier cheque devuelto por fondos insuficientes.

Iniciales del padre/tutor: _____

Formularios:

1) No hay ningún cargo por los formularios que se deben completar durante la cita para un físico anual, se considera parte de la visita. Sin embargo, si pierde su formulario escolar, de guardería, campamento o deportivos, requerimos un tiempo de respuesta de 3 días. Sin incluir los fines de semana.

Iniciales del padre/tutor: _____

Transferencia de registros:

- 1) Si se transfiere a otro médico, le proporcionaremos una copia de su registro de vacunación y su última visita a su médico, sin cargo, como cortesía para usted. Necesitamos un preaviso de 48 horas.
- 2) Una copia de su registro completo está disponible con un cargo mínimo de \$ 10, y se le proporcionará la cantidad exacta, si lo solicita. Tenga en cuenta que puede tardar hasta 30 días en preparar el registro médico completo.
- 3) Proporcionamos registros de su hijo/a de las visitas (incluidas las consultas de especialistas) que se realizaron en Washington Pediatrics solamente. Para cualquier registro anterior, debe solicitarlo directamente a su(s) médico(s) anterior(es).

Iniciales del padre/tutor: _____

Resurtidos de recetas:

- 1) Para resurtir sus medicamentos mensuales, requerimos un aviso de 48 horas, durante el horario normal. Por favor, planifique con anticipación.
- 2) Es posible que se requiera una cita antes de que se pueda procesar resurto, comprenda que estas reglas y regulaciones están vigentes teniendo en cuenta el mejor interés de la salud de su hijo/a.

Iniciales del padre/tutor: _____

He leído y entiendo los reglamentos de la oficina y estoy de acuerdo en cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que se deba en el momento del servicio como se describió anteriormente.

Nombre de paciente _____

Nombre del padre/tutor _____ Relación al paciente _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Al finalizar, le proporcionaremos una copia para sus registros.



DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS

Información para el paciente:

Nombre completo: _____

Apodo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

¿Con qué categoría racial se identifica más el paciente? (*marque todas las que correspondan*)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Afroamericano | <input type="checkbox"/> Hispano blanco o de color |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Oriente Medio |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Otros: _____ (especifique) |

Origen étnico: ¿Cuál es el origen étnico del paciente? Hispano o latino No hispano o latino

Información de la familia:

Padre principal/tutor legal (titular principal de la póliza de seguro)

Nombre completo del titular de la póliza (tal como aparece en la tarjeta del seguro):

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Edad: _____

Teléfono #: _____ Empleador: _____

Otro Padre/Tutor Legal:

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino Relación con el paciente: _____ Edad: _____

Teléfono #: _____

¿Cuál es la situación de vida del paciente si no es con ambos padres biológicos?

*¿Con quién vive el paciente? _____

*Si todos los tutores no residen en la dirección indicada anteriormente, proporcione una dirección secundaria para declaraciones e información:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Enliste los hermanos del paciente menores de 18 años:

Nombre:	Fecha de nacimiento:



Historial de nacimiento	<input type="checkbox"/> No conoce el historial de nacimiento	
Peso al nacer:		
Lugar de nacimiento (hospital, ciudad, estado)		
¿El bebé nació prematuramente?	¿Qué tan temprano nació el bebé?	
¿Hubo alguna complicación prenatal o neonatal?	No	Sí, explique:
¿Se requirió una estadia en la unidad de cuidado intensivo neonatal?	No	Sí, explique:
¿Su parto fue de manera?	<input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> vaginal	

General: DK= no sé	Sí	No	DK	Explicar
¿Considera que su hijo goza de buena salud?				
¿Su hijo tiene alguna enfermedad o afección médica grave?				
¿Su hijo se ha sometido a alguna cirugía?				
¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez?				
¿Su hijo es alérgico a medicamentos o sustancias?				
¿Sientes que tu familia tiene suficiente para comer?				
Indique si hay consumo de tabaco, drogas o alcohol en el hogar.				

Antecedentes familiares biológicos: DK = no se	Sí	No	DK	Quién y explicar:
Asma				
Enfermedad cardíaca				
Colesterol alto				
Presión alta				
Derramé cerebral				
Cáncer				
Enfermedades hepáticas				
Enfermedades renales				
Diabetes				
Epilepsia/Convulsiones				
Enfermedad Mental/Depresión				
Discapacidades del desarrollo				
Problemas inmunológicos, VIH o SIDA				
Rasgo de células falciformes				
Enfermedades de células falciformes				
Antecedentes familiares adicionales:				
preguntas médicas adicionales:				



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Consentimiento para el tratamiento médico de un menor. Le doy permiso a Washington Pediatrics y sus médicos, enfermeras practicantes, asistentes médicos o sus designados examinen y traten a mi hijo/a según sea necesario a su juicio. Doy mi consentimiento voluntario a los procedimientos que incluyen, la evaluación, el tratamiento médico o quirúrgico u otras formas de tratamiento necesario. También reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y no se me han dado garantías de los resultados de tratamientos, procedimientos o exámenes por parte de Washington Pediatrics. Además, entiendo que todas las opciones se discutirán antes de la administración de dichos tratamientos, procedimientos o exámenes.

Iniciales del padre/tutor: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad. Reconozco que Washington Pediatrics me proporcionó una copia escrita de su Aviso de Prácticas de Privacidad. También reconozco que se me ha dado la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad y hacer preguntas.

Iniciales del padre/tutor: _____

Reglamentos Financieros y Responsabilidad, Autorización de Seguro médico y Asignación de Beneficios. Autorizo a Washington Pediatrics a compartir con mi aseguradora y/o a sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. También autorizo el pago de beneficios médicos directamente a Washington Pediatrics. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que lo pague o no el seguro.

Iniciales del padre/tutor: _____

Autorización de comunicación. Autorizo a Washington Pediatrics a que se comunique conmigo con respecto a la información de salud personal (incluidos los resultados de laboratorio y otras pruebas). Al proporcionar información de contacto, autorizo a Washington Pediatrics el uso de la información de contacto que he proporcionado para comunicarse conmigo y realizar llamadas; dejar mensajes de voz o texto; y usar mensajes pregrabados/artificiales/de voz y/o dispositivos de marcación automática en relación con cualquier comunicación conmigo. Además, entiendo que Washington Pediatrics también puede comunicarse a través de mi cuenta segura del portal del paciente. Si la oficina no puede ponerse en contacto conmigo, les autorizo a enviar un aviso a mi domicilio.

Principal: _____ # secundario: _____

Nombre del contacto: _____ Nombre del contacto: _____

Al firmar, reconozco que he leído, entiendo y acepto cumplir con las declaraciones contenidas en este documento para el paciente mencionado anteriormente.

Firma del Padre/Tutor

Relación al paciente

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor

Fecha



Cuidadores alternativos: Permiso para el tratamiento del paciente. En mi ausencia, doy mi consentimiento a las siguientes personas para que den su consentimiento para el tratamiento médico del paciente. Entiendo que el cuidador debe mostrar una identificación con foto, tener la información actual del seguro y el pago adeudado por cada visita. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Washington Pediatrics por escrito en caso de que cambien los contactos del cuidador alternativo. También entiendo que este consentimiento expirará un año después de la fecha de firma y para mantener cuidadores alternativos en la cuenta, debo actualizar su información anualmente.

A continuación, enliste los cuidadores alternativos que podrían traer al paciente a la oficina en caso de que los cuidadores principales (padre/tutor legal) no puedan hacerlo. Por ejemplo, un miembro de la familia extendida, un padrastro o madrastra, una niñera, un amigo de la familia, etc.

Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Relación al paciente: _____

Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Relación al paciente: _____

Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Relación al paciente: _____

Al firmar, reconozco que he leído, entiendo y acepto cumplir con las declaraciones contenidas en este documento para el paciente mencionado anteriormente.

Firma del Padre/Tutor

Relación con el paciente

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor

Fecha