

Jesus Burbano, MD, LLC Pediatrics Registración y Consentimiento

Información del paciente

Apellido _____ Inicial _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento MM/DD/SSAA _____
Dirección _____
Apartamento _____ Sexo (circule) M / F _____
Ciudad _____ Numero de Seguriad Social (NSS) _____
Estado _____ Código Postal _____

Información de contacto

Teléfono fijo _____ Celular _____
Teléfono de trabajo _____

Padre / Guardián 1

Apellido _____ Nombre _____
Fecha de nacimiento _____ NSS _____
Relación al paciente _____ Empleador _____
Dirección (si diferente) _____

Padre / Guardián 2

Apellido _____ Nombre _____
Fecha de nacimiento _____ NSS _____
Relación al paciente _____ Empleador _____
Dirección (si diferente) _____

Contacto de emergencia

Nombre entero _____ Teléfono _____
Relación al paciente _____

Información de seguro medico *Favor proveer tarjeta de seguro.*

Nombre del seguro _____
Numero de identidad _____
Apellido del asegurado _____ Nombre del asegurado _____
Fec. nac. del asegurado _____ NSS del asegurado _____
Relación del paciente al asegurado _____
Numero de grupo _____ Numero de Medicaid _____

¿El paciente esta cubierto por otro seguro medico? **Si / No** *Favor proveer información de seguro adicional.*

Nombre del seguro _____
Numero de identidad _____
Apellido del asegurado _____ Nombre del asegurado _____
Fec. nac. del asegurado _____ NSS del asegurado _____
Relación del paciente al asegurado _____
Numero de grupo _____ Numero de Medicaid _____

Jesus Burbano, MD, LLC Pediatrics Registración y Consentimiento

Información adicional

Email del padre/guardián _____

Email del paciente (pacientes mas de 12 años) _____

Raza del paciente _____

Etnicidad del paciente (circule) _____ hispano o latino / no hispano o latino / declino contestar

Lenguaje preferido _____

Información de farmacia

Nombre de farmacia _____

Cualquier información (teléfono, calle, código postal, localización general)

Consentimiento del paciente

Consentimiento para servicios

Yo entiendo que **Jesus A. Burbano, MD, LLC** ("Consultorio"), requiere un Consentimiento para servicios firmado antes de proceder con tratamiento. Por el presente doy consentimiento al Consultorio, sus empleados y/o contratistas para examinar y dar tratamiento al paciente nombrado aquí.

Entiendo que:

- Analices y vacunas pueden ser incluidas como parte del examen y tratamiento;
- Puedo ser requerido/a por la póliza del Consultorio a dar consentimiento escrito aparte para algunos tratamientos y procedimientos;
- Tengo el derecho de cancelar en escrito este consentimiento y/o limitar mis divulgaciones. Si notifico al Consultorio en escrito a cancelar este consentimiento, el Consultorio puede parar de examinar y tratar al paciente;
- No hay garantizas en relación a resultados de estos exámenes y tratamientos.

Transmisión de beneficios y liberación de información

Yo certifico que la información proveida en esta forma es correcta y que yo y/o mi(s) dependiente(s) estamos cubiertos por el seguro nombrado aquí y autorizo al Consultorio que aplique por mis beneficios de salud rendidos al paciente. Y solicito que pagos sean hechos directamente al Consultorio. Yo entiendo que soy responsable por todos los servicios rendidos si mi seguro no paga. Permito que mi firma sea usada en lugar de la original para el propósito de someter reclamaciones al seguro medico.

Autorizo al Consultorio que utilice información medica pertinente al paciente y que haga disponible al seguro medico y sus agentes este tipo de información para el propósito de obtener pago por servicios y para determinar beneficios o beneficios pagable a los servicios relacionados.

Divulgación de información y derechos del paciente

Yo entiendo que el Consultorio cumple con todas regulaciones federales y locales incluyendo la ley Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, ley sobre el carácter transferible de los seguros médicos y responsabilidad de las compañías aseguradoras); y que este Consentimiento incluye mi acuerdo que el Consultorio puede usar información medica privada para tratamiento, pago y otros propósitos definidos en Aviso sobre prácticas de privacidad. Estoy de acuerdo que el Consultorio use información medica de-identificada del paciente para investigaciones medicas apropiadamente revisadas y aprobadas y actividades de mejoramiento de calidad.

Yo entiendo que información del paciente será almacenada electrónicamente para los records the mi proveedor de salud y el Consultorio, y que un resumen de salud electrónico estará disponible para otros proveedores a través del **Children's IQ Network** (CIQN). También entiendo que tengo el derecho a no compartir (optar por no) información medica con otros proveedores dentro del CIQN.

Firma del padre o guardián

Fecha

Nombre del padre o guardián

Relación al paciente