

CHILDREN'S MEDICAL CENTER

POR FAVOR LLENE

COMPLETAMENTE

EL

PAQUETE PARA NUEVOS PACIENTES

NO DEJES ESPACIOS EN BLANCO

EN NINGUN LUGAR

GRACIAS,

CHILDREN'S MEDICAL CENTER



Bienvenido a Children's Medical Center! Miramos adelante a proveer la mejor atención pediátrica para su hijo.

Adjunto encontrará formas que deben ser completadas antes de su cita programada. Favor de traer a la primera visita los formularios completados, la tarjeta del seguro de su hijo y registro de vacunas.

Usted también puede enviar por fax los formularios a la oficina de su cita.

Si su cita es en:

Por favor mande las formas a:

4651 Sheridan St, Hollywood, FL

(954) 967-8962

12251 Taft Street, Pembroke Pines, FL

(954) 435-7185

20170 Pines Blvd, Pembroke Pines, FL

(954) 378-1530

Vamos a verificar la información de su seguro y configurar su cobertura antes de la cita, para hacer su visita más complaciente. Si tienes alguna pregunta, por favor llame a nuestra oficina directamente.

Gracias y nos vemos pronto!

Children's Medical Center, P.A.

Nuevo paciente nombre (s) Nombre LEGAL	Seguro social #	sexo	fecha de nacimiento	peso al nacer

¿Hay cualquier hermano que son pacientes establecidos en el centro médico de niños? Y / N (en caso afirmativo, ¿cuáles son sus nombres?) _____

Padre/Guardian _____ Madre/Guardian _____

SS# _____ fecha de nacimiento _____ SS# _____ fecha de nacimiento _____

Teléfono celular # _____ Teléfono celular # _____

Correo electrónico _____ Correo electrónico _____

Dirección _____
 Ciudad Estado Código postal

Estatua Civil _____ Idioma principal _____ Medico _____

Teléfono de casa # _____ Preferido farmacia _____ Teléfono _____

Responsabilidad financiera (si es diferente que arriba) _____ Relación a paciente _____

Dirección _____
 Ciudad Estado Código postal

Empleo de Padre _____ Empleo de Madre _____

Dirección _____ Dirección _____

Teléfono del trabajo # _____ Teléfono del trabajo _____

Nombre del contacto (excepto padres) emergencia _____

Teléfono _____ Relación _____

Servicios prestados se cargan al paciente y no a la compañía de seguros. Por lo tanto no podemos aceptar una forma de seguro como pago a su cuenta. El pago es debido a la recepción de servicios. Estaremos encantados de ayudarlo en la presentación de los formularios de seguros. Si la colección se hace necesario, el abajo firmante deberá pagar todos los gastos, incluyendo honorarios de abogado.

Firma _____ Fecha _____

Información de Seguro

____ Seguro Regular _____
Nombre de Seguro _____

____ Seguro PPO _____
Nombre de Seguro _____

____ Seguro HMO _____
Nombre de Seguro _____

Nombre de Primario asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

Poliza # _____ Grupo # _____

Efectivo _____ Seguro Social (del asegurado) _____

Copago \$ _____ \$ deducible (si cualquier) _____ Coaseguro (si existe) _____ %

Seguro secundario (si corresponde) _____

Nombre _____ Asegurado fecha de Nacimiento _____

Poliza # _____ Grupo # _____

Efectivo _____ Seguro Social (del asegurado) _____

Una copia de su tarjeta (s) de seguro es necesaria para mantenerse en el archivo. Es responsabilidad del paciente informar a esta oficina en caso de cualquier cambio de información. El paciente es responsable de cualquier copago, deducible, coaseguro y/o los servicios no cubiertos.

Firma _____

Fecha _____

Nombre del asegurado principal: _____

Polica #: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:

Autorizo a cualquier médico u Hospital que haya asistido a darle a _____
Compañía de seguros o sus representantes, toda información, incluyendo registros de
la historia, que pueden ser juzgados necesarios por la empresa.

Firma _____
Padre o Tutor Legal

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:

Autorizo pago Childrens Medical Center, P.A. dicho pago como señalado contrario a mi. Entiendo
que soy financieramente responsable al médico por gastos no cubiertos por mi seguro.

Firma _____
Padre o Tutor Legal

Nombre de los Pacientes:



Pare poder ayudarle con la transición a registros médicos electrónicos (EMR), por favor nos proporciona con su farmacia preferida y número de teléfono.

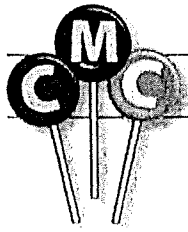
Nombre del Paciente _____

Paciente Fecha de Nacimiento _____

Nombre de Farmacia _____

Teléfono de Farmacia _____

Locación de Farmacia _____



Children's Medical Center

4651 Sheridan St., Ste. 270, Hollywood, FL 33021 - (954) 989-6000
20170 Pines Blvd., Ste. 203, Pembroke Pines, FL 33029 - (954) 378-1500
12251 Taft Street, Pembroke Pines, FL 33026 - (954) 435-7000
www.childrensmcctr.com

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE HISTORIAL DE MEDICACIÓN

Al firmar a continuación, autorizo a Children's Medical Center a acceder electrónicamente a mis datos de beneficios farmacéuticos a través de Sure Scripts. Este consentimiento permitirá a Children's Medical Center:

- Enviar mi receta electrónicamente.
- Determinar si el plan de salud de un paciente permite la receta electrónica a las farmacias de pedidos por correo y, de ser así, realizar recetas electrónicas a estas farmacias
- Descargue una lista histórica de todos los medicamentos recetados a un paciente por cualquier proveedor.

En resumen, le pedimos permiso para obtener información del formulario e información sobre otras recetas recetadas por otros proveedores que utilizan Sure Scripts.

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente o padre / tutor legal

Fecha

Historia del niño: Nombre del Paciente: _____

Historia prenatal (si anormal): _____

¿Término completo? Sí o No cuántas semanas? ____ lugar de entrega _____

Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) Sí No Si sí, ¿cuánto? _____

Tipo de parto: vaginal o cesárea peso de nacimiento: _____

Tipo de sangre: Madre ____ Bebe ____ Coombs ____ de Apgar ____ Nivel de Bilirubina _____

¿Paso el examen de la audición (examen de escuchar)? Si o No Circuncisión? Sí o No

¿Fue dado el primer Hep B en el Hospital? Sí o No

El bebe es expuesto al humo de cigarillos? Si o No

¿Leche de Pecho? Leche de Botella? Nombre de Alimento _____

¿Cualquier alergia conocida? _____ Medicacion _____

Antecedentes de hospitalización/médico-quirúrgica infantil: _____

VIVEN EN CASA:

Ambos padres solo con madre o padre otros

ATIENDE:

Escuela cuido/day care escuela en casa

¿Lengua hablada en casa? _____

HISTORIA FAMILIAR:

Edad: Padre _____ madre _____ hermanos _____ hermanas _____

Nombre de paciente: _____

Por favor identificar cualquier enfermedad médica importante en la familia inmediata

Enfermedad	Mamá	Dad	Her- mana	Her- mano	Madre de la madre	Mamá de padre	De Papá madre	De Papá padre
DERMATOLOGÍA:								
Eccema	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Psoriasis	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
ALERGIAS	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
RESPIRATORIA:								
Asma	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Enfisema	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Fibrosis quística	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
CARDIOVASCU- LAR:								
Hipertensión	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Colesterol alto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Enfermedades del co- razón	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Accidente cerebro- vascular	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Congénitos del cora- zón								
GASTRINTESTI- NAL:								
Síndrome de intestino irritable	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Colitis ulcerosa	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Enfermedad de Crohn	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Estenosis pilórica								
GERD								
UROLOGÍA:								
Enfermedad del riñón	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Reflujo VU	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
GINECOLOGÍA	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
REUMATOLOGÍA:								
Artritis reumatoide	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Lupus	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
ENDOCRINOLO- GÍA:								
Diabetes juvenil	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Diabetes tipo II	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Desorden de la tiroi- des								
HEMATOLOGÍA:								
Anemia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Desorden de la san- gría	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Infección por VIH	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
CÁNCER	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
NEUROLOGÍA:								
Dolores de cabeza	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Epilepsia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Retraso del desarrollo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
ADD/ADHD	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Porfavor indicar si su hijo/a tiene algunos de estos symptoms regularmente:

General

- | | |
|-----------------------------|---------|
| - Buena Salud | si o no |
| - Perdida / aumento de peso | si o no |

La Vision / Ojos

- | | |
|---------------------------------------|---------|
| - Enfermedad o heridas | si o no |
| - Usa espejuelos o lentes de contacto | si o no |

Oidos/ Nariz/ Garganta

- | | |
|----------------------------------|---------|
| - Perdida de Audicion | si o no |
| - Dolor de Oidos / infecciones | si o no |
| - Infeccion de Sinositis cronica | si o no |
| - Infeccion de garganta | si o no |

Cariovascular

- | | |
|----------------------------------|---------|
| - Defecto Cardiac/ Soplo | si o no |
| - Palpitaciones / Dolor de Pecho | si o no |
| - Presion elevada / o baja | si o no |

Respiratorio

- | | |
|----------------------------------|---------|
| - Toz frecuente | si o no |
| - Asthma/difficulta Respiratoria | si o no |

Urologico

- | | |
|-----------------------------|---------|
| - Dolor Frecuente al Orinar | si o no |
| - Sangre en la Orina | si o no |
| - Orinarse en la cama | si o no |
| - Reflugo de rinones | si o no |
| - Testiculo no descendido | si o no |
| - Periodo irregular | si o no |

Gastrointestinal

- | | |
|-----------------------------------|---------|
| - Vómito frecuente | si o no |
| - Movimiento intestinal irregular | si o no |
| - Sangramiento rectal | si o no |

Muscular/Piel

- | | |
|---|---------|
| - Dolor o hinchazón de las articulaciones | si o no |
| - Acne | si o no |
| - Cambios en el cabello / Piel / o uñas | si o no |

Neurológicas

- | | |
|--------------------------------|---------|
| - Dolores de cabeza frecuentes | si o no |
| - Convulsiones | si o no |
| - Heridas a la cabeza | si o no |

Endocrino

- | | |
|-----------------------------------|---------|
| - Enfermedad de Tiroides | si o no |
| - Diabetes | si o no |
| - Orinar frecuente o sed excesiva | si o no |

Hematológica o Linfático

- | | |
|----------------------------|---------|
| - Problema de sangramiento | si o no |
| - Anemia | si o no |
| - Transfusiones de Sangre | si o no |
| - Glandulas inflamadas | si o no |

Alergias/ Immunológico

- Congestion Frecuente
- Urticaria Frecuente

Porfavor indique tipo de Alergias:

Exposicion de Plomo ???

Su hijo o hija :

- Vive o visita regularmente una casa con peladuras en la pintura o construida antes de 1960? Esto tambien puede incluir daycare, Escuela, Casa de la ni~era o algun pariente ??? si o no
- Vive o visita regularmente alguna casa construida antes de 1960 donde recientemente esten haciendo alguna renovacion o remodelacion???? Si o no
- Tiene algun hermano/a , amigo/a, o pariente que este siendo o ha sido tratado por intoxicacion de Plomo ??? si o no
- Vive con algun adulto cual trabajo incluya exposicion al plomo??? Si o no
- Vive serca de alguna fundicion de plomo, planta de reciclaje de baterias o algun otro tipo de comercio que trabaje con plomo ??? si o no

Porfavor comuniquenos si tiene alguna otra informacion que sea de importancia para el cuidado de su hijo/a :

Firma de Padre

Firma de Medico/Enfermera

Fecha

Children's Medical Center, aviso de P.A. de Practica Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

I. Nuestro deber para salvaguardar su información protegida.

Entendemos que la información médica es personal y confidencial. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica y proporcionarle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la protección de su información médica. Estamos obligados por ley a respetar los términos de este aviso, y nos reservamos el derecho a modificar los términos de este aviso, lo que cualquier revisión es aplicable a toda la información médica protegida que mantenemos. Si fuéramos a revisar los términos de este aviso, publicaremos un aviso revisado y hacer copias en papel de este aviso de prácticas de privacidad de información médica protegida disponibles bajo petición. En general, cuando divulguemos su información personal, debemos liberar sólo la información necesaria para alcanzar el propósito de la utilización o divulgación. Sin embargo, toda su información médica personal que usted designe estará disponible para el lanzamiento si usted firma un formulario de autorización, si usted solicita la información, a un proveedor con respecto a su tratamiento, o debido a un requisito legal.

II. Cómo podemos usar y divulgar su información protegida de salud.

Para usos y divulgaciones relacionadas con el tratamiento, pago u operaciones de atención médica, no necesitamos una autorización para usar y divulgar su información médica:

Para el tratamiento: Podemos divulgar su información médica a doctores, enfermeras y otros cuidados de salud

Personal que están involucrado en la prestación de cuidado de su salud. Podemos utilizar su información médica para brindarle tratamiento médico de los servicios. Por ejemplo, su médico puede proporcionar tratamiento para un problema de t escucha y debe asegurarse de que usted no tiene cualquier otro problema de salud que podría interferir. Este médico podría usar su historial médico para determinar qué método de tratamiento (por ejemplo, un medicamento o cirugía) es mejor para usted. Su información médica también puede ser compartida entre los miembros de su equipo de tratamiento, o con que pharmacist(s).

Para obtener el pago: Podemos usar o revelar su información médica con el fin de facturar y cobrar el pago por los servicios de salud o para obtener permiso para un esperado plan de tratamiento. Por ejemplo, a fin de Medicare o una compañía de seguros para pagar por su tratamiento, debemos presentar un proyecto de ley que identifica usted, su diagnóstico y los servicios proporcionados a usted. Como resultado, vamos a pasar este tipo de información de salud a un asegurador a recibir pago por sus cuentas médicas.

Para operaciones de atención médica: Podemos usar o revelar su información médica en el curso de nuestra práctica. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica en la evaluación de la calidad de los servicios prestados, o divulgar su información médica a nuestro contador o abogado con fines de auditoría. Además, a menos que usted se oponga, podemos usar su información de salud para enviarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud que pueden ser de interés para usted. Para ejemplo, podemos ver su expediente médico para determinar la fecha y hora de su próxima cita con nosotros y luego le enviará un recordatorio para ayudarlo a recordar la cita. O, podemos mirar su información médica y decidir otro tratamiento o un servicio nuevo que ofrecemos también te puede interesar.

Nosotros también podemos usar y/o revelar su información médica con arreglo a las leyes federales y estatales para los siguientes propósitos:

- Podemos divulgar su información médica a la aplicación de la ley u otras funciones gubernamentales especializadas en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar.
- Podemos divulgar información médica cuando una ley requiere que divulguemos información sobre sospecha de abuso, negligencia, o violencia doméstica o relativas a la presunta actividad delictiva, o en respuesta a un tribunal orden. También hay que divulgar información médica a las autoridades que vigilar el cumplimiento de estas privacidades requisitos.
- Podemos divulgar información médica cuando estamos obligados a recopilar información acerca de la enfermedad o lesión, o a estadísticas vitales de informe a la autoridad de salud pública. También podemos divulgar información médica a la Agencia de protección y defensa, o de otra agencia responsable de supervisar el sistema de salud para propósitos tales como informes o investigación de incidentes inusuales.
- Podemos divulgar información médica relativa a la muerte de un individuo a forenses, examinadores médicos o Directores de funerarias y organizaciones de adquisiciones de órganos relativos a las donaciones de órganos, ojos o tejidos o trasplantes.
- En ciertas circunstancias, podemos divulgar información médica para ayudar a la investigación médica psiquiátrica.
- Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad, podemos divulgar información médica a la ley ejecución u otras personas que razonablemente pueden prevenir o disminuir la amenaza de daño, o para ayudar con la coordinación de los esfuerzos de alivio de desastre.
- Si personas como miembros de la familia, parientes o amigos personales cercanos están involucradas en su cuidado o ayudarle a pagar sus gastos médicos, podemos divulgar información médica importante a las personas. Nos puede también compartir su información médica con estas personas para notificarles sobre su ubicación, condición general, o muerte.
- Podemos divulgar su información médica según lo autorizado por ley relativos a la remuneración del trabajador o similar programas.
- Podemos divulgar su información médica en el curso de ciertos procedimientos judiciales o administrativos. Otros usos y divulgaciones de su información médica no cubiertos en este aviso o las leyes que se aplican a nos se harán sólo con su autorización por escrito. Si usted proporciona permiso para usar o divulgar médica información acerca de usted, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Usted entiende que nosotros somos retirar ninguna divulgación que ya hemos hecho con su permiso, y estamos obligados a retener nuestros registros de los cuidados que le proporcionamos.

III. Sus derechos sobre su información médica.

Usted tiene varios derechos en cuanto a su información de salud. Si usted desea ejercitar alguno de estos derechos, por favor Póngase en contacto con nuestro custodio de registros médicos al (954) 989-6000. Específicamente, usted tiene los siguientes derechos:

- Usted tiene el derecho a preguntar que nos limita a cómo usamos o revelamos su información medicinal. Usted tiene el derecho pedir que le enviemos información a una dirección alternativa o por medios alternativos. Vamos a considerar su petición, pero son no legalmente obligados a aceptar la restricción. Estarán de acuerdo a su solicitud siempre y cuando se es razonablemente fácil para nosotros hacerlo.
- Con unas pocas excepciones (tales como notas de psicoterapia o información obtenida para procedimientos judiciales), tienen derecho a inspeccionar y copiar su información protegida de salud si usted pone su petición en escrito. Si nos negar el acceso, vamos a dar razones de la denegación por escrito y explicar cualquier derecho a la denegación revisado. Podríamos cobrarle una cuota razonable si usted quiere una copia de su información médica. Usted tiene el derecho a elegir qué porciones de la información que desea copiar y a tener información previa sobre el costo de la copia.

- Si usted cree que hay un error o que falta información en nuestro registro de su información médica, usted puede solicitar que corriamos o agregar al expediente. Su petición debe ser por escrito y dar una razón como para ¿por qué se debe cambiar su información de salud. Toda negación se expondrá los motivos de denegación y explicar su derecho a la solicitud y la negación, junto con una declaración en la respuesta que usted probó, anexa al su información médica. Si aprobamos la solicitud de enmienda, vamos a cambiar la medicina información y así informan así.

- En algunas circunstancias limitadas, usted tiene el derecho a solicitar una lista de las divulgaciones de su salud información que hemos hecho durante los últimos seis años, pero la petición no puede incluir fechas antes de abril 14, 2003. La lista no incluirá divulgaciones hechas a usted; para fines de tratamiento, pago o salud operaciones, para lo cual firmó una autorización o por otras razones que no estamos obligados a mantener un registro de accesos. No habrá ningún cargo por la lista hasta una cada año. Puede ser una carga más solicitudes frecuentes.

- Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación o una copia electrónica por correo electrónico a petición.

IV. Cómo se quejan de nuestras prácticas de privacidad:

Si crees que nos podemos haber violado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con una decisión que tomamos acerca del acceso a su información médica, usted puede presentar una queja con la persona indicada en la sección V. abajo. También puede presentar una escrito queja con el Secretario de los Estados Unidos Departamento de salud y servicios humanos en la oficina para Civil Derechos, oficina IV región.

No tomaremos ninguna acción de represalia contra usted si usted hace este tipo de quejas.

V. Persona de contacto para información o para presentar una queja:

Si usted tiene preguntas sobre este aviso o cualquier queja sobre nuestras prácticas de privacidad, póngase en contacto con nuestra privacidad Oficial, por escrito, en:

Childrens Medical Center, P.A.
4651 Sheridan Street, Suite #270
Hollywood, FL 33021

Childrens Medical Center, P.A.
12251 Taft Street Suite #201
Pembroke Pines, FL 33026

Childrens Medical Center, P.A.
20170 pines Blvd Suite # 203
Pembroke Pines, FL 33029

VI. Fecha de: este aviso fue efectivo en 14 de abril de 2003.

Por favor firme abajo que han revisado este formulario. Impresa a petición.

Imprimir nombre _____ Fecha _____

Firma _____



UBICACIONES DE PRÁCTICAS Y HORARIOS DE OPERACIÓN

Ubicación de Hollywood: 4651 Sheridan Street, Suite 270, Hollywood, FL 33021

Teléfono: 954-989-6000 Fax 954-967-8962

Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m./sábado 8 :00 a.m. – 12:00 p.m.

Ubicación de Pembroke Pines: 12251 Taft Street, Suite 201, Pembroke Pines, FL 33026

Teléfono: 954-435-7000 Fax 954-435-7185

Horario de atención lunes a viernes: de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. / sábado a domingo de 8:00 a. m. a 12:00 p. m.

Chapel Trail – West Pines Ubicación: 20170 Pines Blvd, Suite 203, Pembroke Pines, FL 33029

Teléfono: 954-378-1500 Fax 954-378-1530

Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. *Nuestra línea de citas está abierta de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 5 p. m. y sábados /Domingo de 8:00 a 12:00 horas.

SITIO WEB www.childrensmmedicalctr.com

RECURSOS PARA PACIENTES

<https://www.myflorida.com/accessflorida/> Departamento de Niños y Familias

<http://www.myflfamilies.com/>



Estimado nuevo miembro de la familia,

Gracias por elegir Children's Medical Center para todas las necesidades pediátricas y adolescentes de su familia. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad a usted y su familia. Para estar seguros de cumplir consistentemente con sus expectativas, hemos preparado un resumen de las políticas de nuestra oficina para responder las preguntas más comunes.

Si tiene una emergencia: llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

1. **Citas:** Confirmaremos las citas 48 horas antes de la visita. Si su horario programado no es conveniente, notifíquenos con al menos 24 horas de anticipación para que podamos poner este horario de cita a disposición de otro paciente. Hacemos todo lo posible para cumplir con el cronograma durante todo el día. Lamentablemente, como la medicina no es una ciencia exacta, algunos pacientes pueden necesitar más tiempo que otros. Le notificaremos sobre cualquier retraso prolongado y le ofreceremos la opción de reprogramar en una fecha posterior. Nuestra línea de citas está disponible de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 6 p. m. y fines de semana y feriados de 8 a. m. a 1 p. m.
2. **Citas perdidas:** entendemos que suceden cosas que pueden interferir con su agenda diaria de vez en cuando. Hacemos un seguimiento de las citas perdidas y podemos cobrar una tarifa por no presentarse por incidentes repetidos. El incumplimiento habitual del tratamiento médico programado podría dar lugar al despido de la práctica. Por favor, avísenos con al menos 24 horas de antelación si no podrá asistir a su cita.
3. **Prescripciones:** su proveedor solicitará una cantidad adecuada de resurtidos de medicamentos crónicos. Por lo general, cuando estas recargas caducan, se espera que usted regrese a la oficina para una nueva revisión. No se iniciará una nueva receta sin una visita cara a cara con un proveedor. Los resurtidos estándar pueden demorar hasta 3 días; llame a la oficina durante el horario comercial normal para solicitar un resurtido o comuníquese con su farmacia. Te lo solicitarán electrónicamente cuando te convenga.
4. **Mensajes telefónicos:** todas las llamadas se devolverán al final del día (que puede ser más tarde en la noche). Los mensajes que se dejan antes del almuerzo generalmente se responden durante la hora del almuerzo y las llamadas de la tarde se devuelven al final del día. Si hay una emergencia médica, comuníquese al 911 o vaya al centro de emergencia más cercano.
5. **Cartas escolares o formularios de campamento:** espere de 3 a 5 días hábiles para completarlos y devolverlos. (Otros formularios, como FMLA, pueden tardar entre 10 y 14 días hábiles y hay un cargo de \$25.00.

6. **Seguro:** participamos en la mayoría de los principales planes de seguro, incluido Medicaid. Debido a la amplia gama de opciones de cobertura de seguro, es su responsabilidad conocer sus beneficios y cobertura. Si tiene alguna pregunta al respecto, comuníquese directamente con su compañía de seguros. Tenga en cuenta que TODOS los seguros se verifican todos los meses y esto puede tardar unos minutos adicionales a su llegada.
7. **Presentación de reclamos:** como cortesía, presentaremos un reclamo de seguro por los servicios brindados en nuestra oficina. Si su seguro no paga su parte de los cargos de manera oportuna, es posible que acudamos a usted para que pague esos servicios. Aunque es posible que tengamos un contrato para participar con su seguro, su estructura de beneficios individuales es un contrato entre usted y su compañía de seguros.
8. **Comprobante de seguro:** solicitaremos un comprobante de seguro en cada visita. Si su seguro ha cambiado recientemente, notifíquenos al momento del check-in. También verificaremos la elegibilidad antes de que consulte al proveedor. *Si no se puede verificar la elegibilidad, los cargos completos de la visita vencerán y serán pagaderos en esa fecha del servicio.
9. **Copagos y deducibles:** todos los copagos se cobrarán al momento del check-in. A los pacientes que no estén dispuestos a pagar el día del servicio se les puede pedir que reprogramen el servicio para otro horario, a menos que exista una emergencia médica.
10. **Saldos pendientes:** le notificaremos mensualmente sobre los saldos pendientes. Haremos todo lo posible para cobrar en nuestra oficina y/o concertar un acuerdo de pago mensual para satisfacer el saldo pendiente. A los 90 días, cualquier saldo pendiente se remitirá a una agencia de cobranza externa. Cualquier tarifa de cobro asociada se agregará a su saldo. Puede comunicarse con nuestro departamento de facturación marcando (954) 989-6000 opción 5 de lunes a viernes.
11. . Despido de la práctica: hay varios escenarios que pueden resultar en el despido de nuestra práctica.
 - A. Si un saldo permanece impago, incluso después de que la agencia de cobranza haya agotado sus esfuerzos.
 - B. No se tolerará el abuso verbal del personal ni el comportamiento agresivo.
 - C. Faltas repetidas a citas/ausencias
 - D. Incumplimiento del tratamiento médico.
 - E. Falsificación de cualquier información médica o personal.

***Información personal:** le solicitamos que nos notifique inmediatamente sobre cualquier cambio de número de teléfono o dirección. En algunos casos es imperativo que nos comuniquemos con usted en relación con: resultados de laboratorio, informes de consultas, consultas de seguros, etc. Nuestra práctica está comprometida a tratarlo a usted y a su familia con cuidado y respeto. Si tiene alguna pregunta sobre estas u otras políticas de la oficina, no dude en comunicarse con nosotros durante el horario de oficina habitual. Atentamente, Centro Médico Infantil, P.A.



EL HOGAR MÉDICO

El Centro Médico Infantil del Sur de Florida ha brindado atención médica pediátrica excepcional a la comunidad del sur de Florida durante más de 50 años. Los conceptos del Hogar Médico Centrado en el Paciente son el marco mismo de nuestra práctica y colocan al paciente en el centro de su atención.

LOS PROVEEDORES

Los proveedores del Children's Medical Center of South Florida tienen licencia y están certificados en pediatría. Utilizando atención basada en evidencia y la tecnología más actualizada, el proveedor de atención médica de su hijo se asegurará de que se evalúen todos los aspectos de su salud y trabajará con usted para desarrollar un plan de atención que sea mejor para su hijo. Los médicos del Centro Médico Infantil del Sur de Florida buscan fomentar una relación entre el proveedor, el equipo de atención y el paciente que promueva una mejor atención médica en general.

EL EQUIPO DE ATENCIÓN

El equipo de atención de su hijo está compuesto por miembros del equipo clínico y no clínico para desarrollar y coordinar un plan de atención individual para su hijo. Si su hijo requiere una evaluación por parte de un proveedor calificado o especialista fuera de nuestra práctica, incluida la salud conductual, el equipo de atención lo ayudará a obtener citas, referencias y enviará los registros apropiados al especialista para una evaluación y tratamiento adicionales. Si su hijo es evaluado y tratado en la sala de emergencias, su equipo de atención se asegurará de que se coordine la atención de seguimiento adecuada con nosotros, su hogar médico y los especialistas necesarios. Para promover el más alto nivel de continuidad de la atención, le pedimos que nos informe de cualquier cambio en el historial médico de su hijo o de cualquier evaluación/tratamiento fuera de nuestra práctica.

CITAS

Puede programar una cita para exámenes físicos, visitas por enfermedad y vacunas llamando a nuestra oficina durante el horario comercial. Para citas el mismo día, le pedimos que llame directamente a nuestra oficina. Si necesita cancelar o reprogramar su cita, le pedimos que nos avise con la mayor antelación posible para permitir que otro paciente la programe en ese momento.

ASESORAMIENTO CLÍNICO

Si necesita asesoramiento clínico durante el horario comercial, llame a nuestra oficina. Al recibir su llamada telefónica, el (proveedor) responderá a todos los mensajes al final del día hábil. Háganos saber si su llamada es urgente y necesita atención inmediata.

FUERA DE HORARIO

Entendiendo que en ocasiones puede necesitar asesoramiento clínico cuando el consultorio está cerrado, brindamos un servicio de respuesta fuera de horario. Todo lo que necesita hacer es llamar a nuestra oficina y su llamada será respondida de inmediato por nuestra línea directa de enfermería fuera del horario de atención. Le pedimos que, si su hijo se encuentra en una situación que pone en peligro su vida, busque atención inmediata en la sala de emergencias más cercana.



PORTAL SEGURO PARA EL PACIENTE

Para su comodidad, ofrecemos un portal seguro para el paciente a través del cual puede enviarnos mensajes seguros, acceder al registro médico de su hijo y ver citas previas. Durante su visita con nosotros, el personal se encargará de registrarlo en el portal y demostrarle cómo navegar por él.

SERVICIOS EN EL SITIO

- Atención médica preventiva y exámenes de detección para niños y adolescentes de 0 a 21 años o más
- Exámenes de bienestar infantil/exámenes físicos para deportes/exámenes físicos en campamentos
- Evaluación, tratamiento y manejo de ADD/ADHD
- Exámenes de depresión/alcohol en adolescentes
- Exámenes de autismo
- Control de la natalidad Consejería
- Visitas por enfermedad aguda
- Flebotomía
- Prueba rápida de gripe/estreptococo/COVID
- Inmunizaciones/vacunas contra la gripe
- Foto detección ocular
- Oído Perforaciones
- Diagnóstico y manejo del asma
- Colocación y extracción de suturas/grapas
- Incisión y drenaje de abscesos
- Crioterapia para eliminación de verrugas

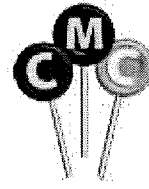
FINANZAS

Le pedimos que en cada visita proporcione la información de su seguro más actualizada para facturar con precisión a su compañía de seguros por los servicios prestados en nuestra oficina. Si existe un copago o monto de responsabilidad del paciente, este se cobrará en el momento de la visita. Entendemos que pueden surgir dificultades financieras y, por este motivo, estamos disponibles para trabajar con usted en un plan de pago u otro acuerdo financiero diseñado para su situación financiera específica.

SEGUROS

Nuestra práctica está en red con todos los principales seguros, planes de Medicaid y varios seguros del mercado. Le rogamos que visite nuestro sitio web para obtener una lista de todos los planes actualmente aceptados.

www.childrensmedicalctr.com



Lo Que Distingue a CMC de Otras Prácticas

Nuestra declaración de misión:

"Brindar atención atenta y atención de calidad a cada experiencia del paciente y apoyar a nuestras familias con un servicio compasivo y personalizado en una atmósfera profesional unificada".

- A diferencia de la mayoría de los consultorios pediátricos donde todos los pacientes esperan en un área grande, tenemos 3 áreas de espera separadas. Salas de espera de recién nacidos, enfermos y sanos.
- Con tres ubicaciones convenientes, los pacientes tienen muchas opciones para horarios de citas y elección de médico. ☑ Contamos con Laboratorios Internos y Rayos X.
- Estamos abiertos los 365 días del año.
- CMC ofrece servicios fuera del horario laboral para los padres que trabajan. ☑ Nuestra línea directa de enfermería está disponible para nuestros pacientes con una enfermera registrada para ayudar con las necesidades de los pacientes.
- El objetivo de nuestro departamento de Referencias es hacer que su experiencia sea lo más placentera posible. Hacemos todo lo posible para satisfacer sus necesidades.
- Todos los médicos de CMC están certificados por la Junta a través de la AAOP ☑ CMC también está afiliado al sistema de atención médica del Memorial Hospital
- Nuestro amable y cortés departamento interno de facturación/cobros está aquí para ayudarlo con todas sus preguntas o inquietudes.

Visítenos en www.childrensmedicalctr.com para suscribirse a nuestro boletín informativo, registrarse en el portal para pacientes y obtener más información sobre nuestra práctica.

Necesidades Sociales Relacionadas Con La Salud

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____ **Dia de nacimiento:** _____

Al centro médico infantil le gustaría conocer cualquier factor externo que pueda afectar la salud de su hijo. Responda la pregunta que pueda corresponder y su proveedor podrá discutirlo con usted.

Por favor, marque si alguno se aplica a usted y a su familia y devuélvalo a su proveedor cuando lo haya completado.

Problemas Relacionados Con La Educación y La Alfabetización.

Z55.3 Bajo rendimiento escolar

Z55.0 Analfabetismo

Z55.2 Exámenes escolares reprobados

Problemas Ocupacionales

Z56.9 Desempleo

Problemas Relacionados con la Crianza

Z62.891 Problemas en las relaciones infantiles entre hermanos rivales

Z62.821 Problema entre padres e hijos con respecto al hijo adoptado

Problemas Grupo de apoyo primario

Z63.4 Muerte de un miembro de la familia

Z63.9 Problemas relacionales relacionados con la condición médica general.

Necesidades Sociales Relacionadas Con La Salud

Problemas Relacionados Con La Educación y La Alfabetización:

Consejería Familiar para Escuelas Públicas del Condado de Broward:

(754) 321-1590 & (754)321-3440

Sitio Web: <https://www.browardschools.com/familycounseling>

Sitio web de alfabetización bibliotecaria del condado de Broward:

<https://www.broward.org/library/pages/default.aspx>

Problemas Ocupacionales:

Numero de WIC: (954) 767-5111

Sitio Web: <https://www.broward.floridahealth.gov/programs-and-services/clinical-and-nutrition-services/wic/index/html>

Sitio Web del Estado de la Florida: <https://www.stateofflorida.com/articles/florida-unemployment/>

Sitio web de alimentación del sur de florida: <https://feedingsouthflorida.org/>

Problemas Relacionados con la Crianza:

Consejería familiar para las escuelas públicas del condado de Broward:

(754) 321-1590 & (754) 321-3440

Sitio Web: <https://www.browardschools.com/familycounseling>

Sitio web de servicios de psicología de NSU:

<https://nsuhealth.nova.edu/forms/nsuschoolrelatedpsychologicalinterventionassessmentbrochure.pdf>

Problemas Grupo de apoyo primario:

sitio web del centro de duelo para niños: <https://childbereavement.org/>

sitio web de ESE de la escuela de Broward: <https://www.browardschools.com/els>

Recursos Comunitarios

***Por favor, vea a continuacion los numeros de telefono/correos electrónicos importantes disponibles para las necesidades de su familia.**

VICTIMAS DE ABUSO	
Linea de Ayuda para la Violencia Domestica FL	800-500-1119
Linea de Crisis de Abuso Sexual	954-761-7273

ADICCION	
Alcoholicos Anonimos (Linea de Ayuda de AA)	954-462-0265 aabroward.org
Consejo de Juego Compulsivo de Florida	888-236-4848
Centro de Recuperacion de Adicciones-Broward	954-357-4880

CUIDADO DENTAL	
Clinica Estudiantil Nova Dental	954-262-7500 nova.edu
Servicios Dentales del Dept de Salud de FL	954-467-4705 oprima 4 para servicios infantil

Numeros de Emergencia/Urgentes	
Control de Envenenamientos	800-222-1222
Linea de Ayuda para Suicidio y Crisis	988 988lifeline.org
Clinica de Conmociones (Hospital Joe DiMaggio)	954-538-5566
Centros de Tratamiento de Piojos-Broward/Dade	800-403-5423
Servicios para Personas Sin Hogar	954-563-4357
Servicios de Salud Mental de Broward	954-357-8647

Alimentos / Formula / Apoyo a la Lactancia	
WIC – Mujeres Infantes y Ninos	800-342-3556
WIC – Apoyo a la Lactancia Materna	954-467-4511
Healing Hands-Apoyo de formula Mead Johnson	855-485-9098
Servicios de Lactancia de Memorial	954-265-4078
Feeding South Florida	954-518-1818

Departamentos de Salud / Hospitales	
Departamento de Salud Condado de Broward	954-467-4700 broward.floridahealth.gov
Departamento de Salud Condado de Dade	305-324-2400
Hospital Infantil Joe DiMaggio	954-265-5324 jdch.com
Memorial Regional	954-987-2000 mhs.net
Memorial West	954-435-5000
Memorial Miramar	954-538-5000
Cleveland Clinic	954-689-5000 clevelandclinic.org
Hospital Infantil Nicklaus	305-666-6511 nicklauschildrens.org