



INFORMACIÓN DE PACIENTE				
Apellido:				
Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo:	Fecha de nacimiento:	
1:				
2:				
3:				
4:				
Dirección:			Apto:	
Ciudad, Estado, Código Postal:		Correo electrónico:		
Teléfono de casa:		Teléfono móvil:		
PADRE(S)/GUARDIAN(ES)				
Parte responsable	Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	
	Relación con el paciente:		Sexo:	Fecha de nacimiento:
	Dirección:		<input type="checkbox"/> la misma que arriba	Apto:
	Ciudad, Estado, Código Postal:		Correo electrónico:	
	Teléfono de casa:		Teléfono móvil:	
Parte responsable	Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	
	Relación con el paciente:		Sexo:	Fecha de nacimiento:
	Dirección:		<input type="checkbox"/> la misma que arriba	Apto:
	Ciudad, Estado, Código Postal:		Correo electrónico:	
	Teléfono de casa:		Teléfono móvil:	
FARMACIA				
Farmacia:			Teléfono:	
Dirección de la Farmacia:				
Ciudad, Estado, Código Postal:				
INFORMACION DE SEGURO(S)				
Compañía de seguros:			Numero de grupo:	
Dirección de <u>reclamaciones</u> :			Numero de póliza:	
Ciudad, Estado, Código Postal:			Teléfono de <u>reclamaciones</u> :	
Titular de la póliza:		Fecha de nacimiento:	Relación del paciente con el titular:	

INFORMACION DE CONTACTO EMERGENCIA (APARTE DE LOS PADRES)

Contacto emergencia:		Relación con el paciente:
Teléfono de casa de contacto:	Teléfono de trabajo de contacto:	Teléfono móvil de contacto:

1. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO:

Con mi firma a continuación, autorizo a Marimón Pediatrics a brindar tratamiento médico, que sus médicos y/o proveedores de práctica avanzada puedan considerar médicamente necesario según su criterio profesional, para el cuidado de los niños enumerados anteriormente en este formulario de registro.

FIRMA DE LOS PADRES O GUARDIÁN LEGAL

X _____

FECHA: _____

2. RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE:

Gracias por elegir a **MariPeds, LLC (haciendo negocios como Marimón Pediatrics)** como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a construir una relación exitosa entre médico y paciente. Lo siguiente es una declaración de nuestra política financiera. Nuestra oficina estará encantada de responder cualquier pregunta o inquietud que pueda tener.

**EL PAGO SE DEBE HACER EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.
TODOS LOS COPAGOS Y DEDUCIBLES SE DEBEN ANTES DE SU VISITA.**

Los métodos de pago que aceptamos incluyen: Efectivo, Cheque, Visa, MasterCard, Discover y American Express.

PRUEBA DE SUGURO: Todos los pacientes deben completar este formulario de registro de pacientes en su totalidad antes de su cita con el médico. También debemos obtener una copia de su identificación con fotografía, así como su tarjeta de seguro válida actual, como prueba de seguro, a menos que usted sea de autoservicio. Si no nos proporciona la información de seguro correcta o no lo hace de manera oportuna, es posible que sea responsable del saldo de una reclamación en parte o en su totalidad. Estamos en red con la mayoría de las principales compañías de seguros. Sin embargo, es su responsabilidad verificar que somos un proveedor participante de su plan de seguro. También es su responsabilidad conocer y comprender los requisitos de su plan de seguro. Como parte del contrato que mantenemos con su compañía de seguros, todos los copagos, coaseguros y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. La falta de nuestra parte para cobrar dichos pagos puede considerarse fraude. Si usted paga por su cuenta o no tiene seguro, acepta pagar los servicios médicos que le prestamos a usted o a sus hijos en el momento del servicio.

HMO/REFERRIDOS: Es su responsabilidad obtener nuestro formulario de referencia si su compañía de seguros lo requiere. Por favor permita hasta 5 días hábiles para procesar las referencias.

PACIENTE MENOR: El o Los padres o guardián legal que acompaña al menor es responsable del pago de los servicios prestados.

CITAS PERDIDA: A menos que se cancele con 24 horas de anticipación, se le puede cobrar una tarifa por las citas perdidas (no presentarse). Por favor, ayúdenos a servirle mejor al cumplir con sus citas programadas.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Tenga en cuenta que algunos, y tal vez todos, los servicios que recibe pueden no estar cubiertos o su seguro los puede considerar razonables o necesarios. Debe pagar por estos servicios en su totalidad al momento de su visita.



**FORMULARIO DE REGISTRO
DEL PACIENTE**

Page | 3 of 5

CHEQUES DEVUELTOS: Cualquier cheque que nos sea devuelto por fondos no suficientes estará sujeto a cargos bancarios (cargos que nuestro banco nos cobra por el cheque devuelto), así como a un cargo de NSF (fondos no suficientes) según lo determinen las leyes estatales y locales, un monto que será no menos de \$ 25 de nuestra oficina.

PÓLIZA DE RECOLECCIÓN: Si su cuenta está vencida, el paciente / deudor asume todos los costos de cobro, incluidos, entre otros, los honorarios de la agencia de cobro, los costos judiciales, los intereses y los honorarios legales. Todas las cuentas sin pagar serán reportadas a las agencias de crédito.

CUOTA DE CONVENIENCIA: Tenga en cuenta que puede haber otros cargos no descritos anteriormente que pueden agregarse a su cuenta. Estas tarifas pueden incluir, entre otras, tarifas por completar formularios, tarifas de conveniencia por obtener muestras de laboratorio, tarifas por retraso o no presentación, o tarifas para pacientes sin cita.

AUTORIZACIÓN PARA LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Tenga en cuenta que la mayoría de las compañías de seguros nos envían el pago directamente por los servicios prestados. Por la presente, usted autoriza y realiza el pago directo de sus beneficios médicos a Marimón Pediatrics en su nombre por cualquier servicio que Marimón Pediatrics le proporcione a usted o a sus hijos.

Mediante su firma a continuación, usted indica que ha leído, entiende completamente y que todas sus preguntas relacionadas con esta política han sido respondidas. Además, acepta realizar el pago de acuerdo con las disposiciones de este Formulario de responsabilidad financiera del paciente.

FIRMA DE LOS PADRES O GUARDIÁN LEGAL

X _____

FECHA: _____

3. AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR REGISTROS:

Mediante su firma a continuación, usted autoriza a Marimón Pediatrics a entregar a su aseguradora, agencias gubernamentales o cualquier otra entidad financieramente responsable de su atención médica, toda la información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se le presente, según sea necesario. para justificar el pago de dichos servicios médicos, así como cualquier información requerida para la precertificación, autorización o remisión a otro proveedor médico.

FIRMA DE LOS PADRES O GUARDIÁN LEGAL

X _____

FECHA: _____

4. AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD:

Usted comprende que, conforme a la Ley de responsabilidad y portabilidad de seguros de salud (HIPAA), tiene ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida (PHI). También entiende que esta práctica tiene derecho a cambiar nuestro Aviso de prácticas de privacidad y que puede comunicarse con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actual del Aviso de prácticas de privacidad. **Con su firma a continuación, usted reconoce que ha recibido o se le ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.**

FIRMA DE LOS PADRES O GUARDIÁN LEGAL

X _____

FECHA: _____

5. AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN Y DECLARACIÓN DEL PACIENTE DE RECONOCIMIENTO DE DERECHOS:

Nuestra práctica cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. También cumplimos con los estatutos de la Florida que nos obligan a reconocer sus derechos cuando recibe atención médica y que respeta nuestro derecho a esperar cierto comportamiento de su parte. **Con su firma a continuación, usted reconoce que ha recibido o se le ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de no discriminación y la Declaración de derechos del paciente.**

FIRMA DE LOS PADRES O GUARDIÁN LEGAL

X _____

FECHA: _____

6. CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE E-MAIL:

RIESGOS DE UTILIZAR EL CORREO ELECTRÓNICO PARA COMUNICARSE CON SU MÉDICO: tenga en cuenta que existen riesgos inherentes a la transmisión de información del paciente por correo electrónico que incluye, entre otros, la facilidad de circulación, el reenvío, la difusión y la desviación de direcciones (se envía a una dirección de correo electrónico incorrecta), copia / copia de seguridad, falsificación o uso como prueba ante el tribunal. El correo electrónico también se puede utilizar para introducir virus en un sistema informático.

CONDICIONES PARA EL USO DEL CORREO ELECTRÓNICO: Usaremos medios razonables para proteger la seguridad y la confidencialidad de las comunicaciones por correo electrónico. Sin embargo, no podemos garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico, ni seremos responsables de la divulgación indebida de información confidencial. Por lo tanto, los pacientes deben dar su consentimiento para el uso del correo electrónico con el fin de comunicarse con nosotros, sujeto a las siguientes condiciones: (a) todos los correos electrónicos que envíen o reciban información sobre el diagnóstico o el tratamiento del paciente se agregarán al médico del paciente. registro (b) podemos reenviar correos electrónicos internamente a nuestro personal responsable de manejar el asunto o el contenido de su correo electrónico. Sin embargo, no remitiremos sus correos electrónicos a otros terceros sin su consentimiento previo por escrito, excepto según lo autorice o requiera la ley (c) usted es responsable de proteger su propia contraseña u otros medios de acceso a su correo electrónico.

RESPONSABILIDADES E INSTRUCCIONES DEL PACIENTE: Usted acepta limitar o evitar el uso de la computadora de su empleador. Por favor, infórmenos de cualquier cambio en su dirección de correo electrónico. Por favor confirme la recepción del correo electrónico de nuestra oficina. Usted acepta tomar precauciones para preservar la confidencialidad del correo electrónico, que incluye, entre otros, la protección de sus contraseñas y / o dispositivos utilizados para acceder a su correo electrónico. Puede retirar su consentimiento en cualquier momento por correo electrónico o por escrito a nuestra oficina.

TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: Nos reservamos el derecho de terminar de inmediato la relación de correo electrónico con usted si, a nuestra discreción, determinamos que usted ha violado los términos y condiciones anteriores o ha incumplido este acuerdo.

Mediante su firma a continuación, usted indica que ha leído, entiende completamente y que todas sus preguntas con respecto a este consentimiento han sido respondidas. Usted acepta el uso de la comunicación por Internet con nuestra oficina como se describe anteriormente. Además, acepta indemnizar e inofensiva a Marimón Pediatrics y sus fideicomisarios, funcionarios, directores, empleados, agentes, proveedores de información y proveedores de y contra todas las pérdidas, gastos, daños y costos relacionados con cualquier pérdida de información debida a su uso de internet para comunicarnos con nuestra oficina.

FIRMA DE LOS PADRES O GUARDIÁN LEGAL

X _____

FECHA: _____

7. CONSENTIMIENTO, PERMISO Y RENUNCIA PARA EL USO DE FOTO, VIDEO Y/O AUDIO:

Por la presente doy mi consentimiento y permiso a Marimón Pediatrics para recordar la apariencia, semejanza física y / o voz en cinta de video, en película, o disco de video digital, u otros medios y / o tomar fotografías de la apariencia de su hijo menor de edad.

No obstante cualquier prohibición que pueda estar contenida en la Sección 540.08, Estatutos de Florida, Por la presente doy mi consentimiento libre y voluntariamente al uso y publicación de mi nombre, participación, imagen y/o semejanza por parte de by Marimón y/o sus empleados y/o agentes, así como la entidad que busca este consentimiento, y fotografías, videos y/o para todos y cada uno de los propósitos incluyendo, pero no limitado a película, fotografía, televisión, radio, digital, Internet o exposición, en cualquier momento desde esta fecha hasta adelante revoque este consentimiento.

Reconozco que Marimón Pediatrics es el único propietario de todos los derechos sobre, y a, esta producción visual y / o sonido y / o fotografías y las grabaciones, de los mismos, y que tiene el derecho de utilizar o reproducir las imágenes resultantes y / o sonido tan a menudo como lo consideren necesario. Reconozco que las fotografías, videos y/o audio pueden ser utilizados indefinidamente por televisión, radio, periódicos, revistas, boletines informativos, folletos, Internet, intranet o en otros medios una vez publicados.

Marimón Pediatrics tiene el derecho, entre otras cosas, de editar y/o alterar de otro modo la grabación visual o sonora, o fotografías, según sea necesario. Entiendo que no recibiré ninguna compensación por la apariencia del niño menor de edad o por la participación en dichas producciones. Acepto mantener a Marimón Pediatrics sus empleados y otras partes inofensivas contra reclamos, responsabilidad, pérdida o daño causados por, o que surjan de, mi participación en esta producción.

He leído este Consentimiento antes de firmar y entiendo completamente el contenido, significado e impacto de este consentimiento. Entiendo que soy libre de abordar cualquier pregunta específica y lo he hecho antes de firmar este consentimiento.

ACEPTAR. Al marcar la casilla, declaro que he leído, comprendido y estoy de acuerdo con los términos de este documento.

RECHAZAR/REVOCAR. Al marcar esta casilla por la presente declaro que rechazo o revoco este consentimiento. Entiendo que se harán todos los esfuerzos razonables para eliminar elementos multimedia relevantes del sitio web de Marimón Pediatrics y/o de las páginas de redes sociales dentro de un plazo razonable. También entiendo que estos archivos pueden haber sido copiados sin permiso por terceros y además, acepto no hacer que Marimón Pediatrics sea responsable de las instancias de estas violaciones.

FIRMA DE LOS PADRES O GUARDIÁN LEGAL

X _____

FECHA: _____