



7800 SW 57th Ave, Suite 305
Miami, FL 33143
Tel: 305-856-7005
Fax: 786-577-2117

9960 N. Central Blvd, Suite 300
Boca Raton, FL 33428

Dr. Fanny González, Pediatric Nephrologist
Pediatric Kidney Center of South Florida, LLC

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE:

Nombre del Paciente: _____ Seguro Social#: ____/____/____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo Masculino Femenino Raza: _____
 Dirección: _____ City _____ State _____ Zip Code _____ Teléfono
 (Casa): _____ (Móvil): _____ (Trabajo): _____
 Dirección de correo electrónico: _____
 Idioma preferido: (español) o (inglés)
 Nombre de la farmacia: _____ Dirección de la farmacia/Teléfono: _____
 Médico/Pediatra Referente: _____ Phone: _____
****¿Cómo te enteraste de nuestra práctica?** _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL:

Madre: _____ Date de Nacimiento: _____
 Número de Seguro Social: ____/____/____ Employer/Ocupación: _____
 Teléfono móvil: _____ Work Teléfono: _____
 Padre: _____ Date de Nacimiento: _____
 Número de Seguro Social: ____/____/____ Employer/Ocupación: _____
 Teléfono móvil: _____ Work Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Seguro Primario	Seguro Secundario
Nombre de la empresa: _____	Nombre de la empresa: _____
Número de identificación de la póliza: _____	Número de identificación de la póliza: _____
Número de grupo: _____	Número de grupo: _____
Titular de la póliza: _____	Titular de la póliza: _____
Asegurado SS#: _____	Asegurado SS#: _____
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____	Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
Relación con el paciente: _____	Relación con el paciente: _____

*****Si su seguro requiere una referencia para que usted vea a la Dra. Fanny González, es su responsabilidad proporcionar a nuestra oficina la referencia. Si su compañía de seguros niega el pago (debido a que no hay referencia), usted, el paciente, acepta pagar a Pediatric Kidney Center of South Florida en su totalidad por cualquier cargo incurrido durante su visita.**

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____



7800 SW 57th Ave,
Suite 305
Miami, FL 33143

9960 N. Central Blvd,
Suite 300
Boca Ratón, FL 33428

Tel: 305-856-7005

Fax: 786-577-2117

Dr. Fanny González, *Pediatric Nephrologist*
Pediatric Kidney Center of South Florida, LLC

Políticas y procedimientos de la oficina

Su plan de salud tiene regulaciones específicas que debe seguir para evitar la responsabilidad del pago completo del servicio prestado por nuestro médico.

Referencias

Participamos con muchos planes de salud. Es su responsabilidad como paciente proporcionarnos una referencia actualizada el día de su cita programada. Nuestra oficina no se hace responsable de la obtención de referencias. Si no tenemos una referencia registrada en la fecha de su cita programada, lo reprogramaremos para una fecha futura. Para evitar este problema, le sugerimos que se comunique con su médico de atención primaria con anticipación.

Política de pago

Por favor, esté preparado para presentar su tarjeta de seguro y su tarjeta de identificación en cada visita para asegurarse de que nuestro médico participa activamente con su compañía de seguros. Asegúrese de que su seguro esté actualizado y activo antes de su llegada. Si no podemos verificar la cobertura o hay servicios prestados que no están cubiertos por su póliza, es su responsabilidad pagar en su totalidad en el momento de la visita. Todos los copagos y deducibles del seguro deben pagarse en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques personales, Visa, MasterCard y Discover.

Política de Cancelación/No Show/Llegada Tardía

Entendemos que hay ocasiones en las que debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones en el trabajo o con la familia. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, puede estar impidiendo que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. Por el contrario, puede surgir la situación en la que otro paciente no cancele y no podamos programar una visita debido a que la agenda de citas parece estar llena. Por lo tanto, si una cita no se cancela y/o se reprograma al menos 24 horas antes de la hora de la cita, estará sujeto a una tarifa de cincuenta dólares (\$50) que se facturará automáticamente a su tarjeta de crédito registrada. Si no tenemos una tarjeta de crédito registrada, esta tarifa debe pagarse antes de cualquier otra cita. Esta tarifa no será cubierta por su compañía de seguros.

En un esfuerzo por mantener nuestra apretada agenda a tiempo, los pacientes que lleguen 15 minutos o más después de la hora programada de su cita estarán sujetos a una tarifa de cincuenta dólares (\$50) y corren el riesgo de perder su cita programada. Utilizamos un servicio de mensajería de texto para verificar sus citas. Quienquiera que reciba este mensaje DEBE responder al mensaje. Si no recibe un mensaje, debe notificar a nuestra oficina para que podamos investigar. Si no responde al texto de verificación de nombramiento, se le cobrará un cargo por cancelación de \$50 y perderá su cita.

Formularios Hay una tarifa de \$20 para los formularios escolares y la copia de todos los registros médicos.

Resultados de las pruebas: Los resultados de las pruebas requieren una visita de seguimiento para revisar y analizar cualquier prueba diagnóstica.

Tarjeta de crédito registrada

Tenemos el requisito de mantener una tarjeta válida y no vencida en los archivos de nuestra oficina. Esta tarjeta se utilizará para recibir el pago del copago/saldo/etc. en el momento del servicio. Le informaremos en el check-in o check-out el importe que le cobraremos. También puede optar por pagar con un método diferente en el momento del servicio si lo desea, solo informe a la recepción. Si está utilizando una tarjeta HSA/FSA. Necesitaremos una tarjeta de respaldo que también se mantenga en el archivo. Siempre intentaremos usar HSA / FSA primero, pero en caso de que no tenga suficientes fondos, usaremos la copia de seguridad. Las cuentas HSA/FSA le permiten reembolsarse a sí mismo los pagos realizados por gastos médicos. Proporcionaremos todos los recibos y detalles necesarios. **Para saldos de más de 30 días, intentaremos comunicarnos con usted. Si no recibimos respuesta, su saldo se cargará automáticamente a la tarjeta registrada. Enviaremos una notificación el día antes de realizar la transacción. Cobraremos un máximo de \$200 cada 2 semanas hasta que el saldo se pague por completo.**

Nombre en la tarjeta:

Tarjeta de Crédito# _____

Fecha de Exp. _____

CVC: _____

Dirección de facturación:

Deducibles / Copagos / Pagos / Cuentas vencidas

Nuestros contratos de seguro nos exigen cobrar los montos deducibles y los copagos en el momento del servicio. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheque (solo en el estado) y tarjeta de crédito. Todos los cheques reajustados por el banco estarán sujetos a un cargo de \$30, así como a cualquier cargo bancario asociado con el cheque devuelto. También se espera el pago de los saldos vencidos por servicios prestados anteriormente cuando su hijo es visto en esta oficina. Todas las cuentas que tengan más de 90 días de atraso estarán sujetas a un cargo financiero que se aplicará cada 30 días. Este cargo será el mayor de los \$25 o el 25% del saldo actual. Es política de esta oficina entregar las cuentas con saldos atrasados por 120 días o más a una agencia de cobranza. Preferiríamos no tomar este curso de acción, ya que puede afectar negativamente su capacidad para obtener crédito en el futuro. Entendemos que muchos de nuestros pacientes y padres tienen cuentas HSA o FSA para sus gastos médicos. Sin embargo, cuando el saldo disponible en esas cuentas no puede cubrir completamente su pago esperado, esperamos que pague la diferencia de otra manera. Las cuentas HSA/FSA le permiten reembolsarse a sí mismo los pagos realizados por gastos médicos en otra tarjeta/efectivo/cheque. Proporcionaremos todos los recibos y detalles necesarios.

Si bien entendemos que ocasionalmente hay acuerdos financieros complicados entre padres separados/separados/divorciados, no podemos y no estaremos directamente involucrados en estas situaciones. Se espera que los pagos y saldos sean pagados en el momento del servicio por QUIENQUIERA que traiga al niño a nuestra oficina. Para ayudar con esto, también hemos instituido un programa de tarjeta de crédito archivada. Los recibos y la documentación adecuados siempre están disponibles para que puedan resolver el asunto entre ustedes, como adultos.

Telemedicina

Ofrecemos visitas de telemedicina solo para los resultados de las pruebas si el seguro lo cubre. Tenga en cuenta que algunos seguros tienen un pago diferente con respecto a la telemedicina según el plan de seguro. No daremos los resultados de ninguna prueba si el pago no se paga primero. Para cualquier otra pregunta, tendrá que ser una visita al consultorio en persona, como preoperatorio, citas de seguimiento, autorización de cirugía, etc. El sitio web que utilizamos para nuestra visita de telemedicina es DOXY. ME/DRFG.

Prescripciones

El padre tiene la responsabilidad de obtener una fotocopia de las recetas que se entregan en el consultorio, ya que no conservamos copias. Las recetas no se envían por fax al hospital. Las recetas que se extravíen tendrán un costo de \$25 para reenviar.

Menores

Un padre/tutor legal debe acompañar a un paciente menor de 18 años en cada visita a nuestra oficina.

Por la presente, autorizo a Pediatric Kidney Center of South Florida, LLC a divulgar la información requerida por mi compañía de seguros para el pago de las facturas médicas de mi hijo o para revisar las actividades relacionadas con la participación de mi proveedor de atención médica en mi plan de salud. Asigno a Pediatric Kidney Center of South Florida, LLC todos y cada uno de los beneficios a los que el paciente o la parte asegurada tiene derecho por los servicios médicos prestados. He leído estas Políticas de Office y acepto cumplirlas.

Por último, este es tu plan de información. **Por favor, familiarícese con todas las reglas del plan de salud en el que está inscrito.** Su compañía de seguros le enviará por correo un resumen de cargos (EOB), pagos, denegaciones o solicitudes para obtener más información. Por favor, revise toda la correspondencia del seguro.

Por favor, cante y regrese a la recepción después de leer. Si tiene preguntas negativas, no dude en hablar con uno de nuestros empleados de la oficina.

He leído y entiendo la información anterior.

Nombre principal: _____

Firma: _____ Fecha: _____



7800 SW 57th Ave,
Suite 305
Miami, FL 33143

9960 N. Central Blvd,
Suite 300
Boca Ratón, FL 33428

Tel: 305-856-7005
Fax: 786-577-2117

Dr. Fanny González, Pediatric Nephrologist
Pediatric Kidney Center of South Florida, LLC

AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN

Al Centro Pediátrico del Riñón del Sur de Florida le gustaría comunicarse con usted de la manera que prefiera. Al firmar a continuación, nos permite divulgar su información médica protegida (PH) como se describe en este formulario. La PHI incluye toda la información sobre su tratamiento o el pago de su atención. Podemos divulgar su PHI de otras maneras si la ley lo permite y determinamos que dicha divulgación es necesaria dadas las circunstancias.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Fecha de hoy:** _____

Iniciales

1	Mensajes telefónicos: Podemos dejar mensajes en contestadores automáticos o con personas que responden al teléfono a los números indicados en esta sección, incluida la referencia Recordatorios de reposición de recetas, recordatorios de citas, resultados de pruebas y otra información que el consultorio determine que es apropiado dejar en el correo de voz.	Números de teléfono:
2	Comunicaciones por correo electrónico: Podemos enviar mensajes de correo electrónico a su dirección de correo electrónico indicada, incluida información de referencia, resultados de pruebas y otra información.	Correo electrónico:

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA TRATAR A LOS HIJOS MENORES DE EDAD CUANDO ESTÉN ACOMPAÑADOS O NO POR EL PADRE O TUTOR:

_____ Sí, mi hijo puede ser tratado cuando está acompañado por:

Nombre	Relación

Nombre del Padre/Tutor Legal (en letra de imprenta)

Fecha:

Firma del padre/tutor legal Fecha



7800 SW 57th Ave,
Suite 305
Miami, FL 33143

9960 N. Central Blvd,
Suite 300
Boca Ratón, FL 33428

Tel: 305-856-7005

Fax: 786-577-2117

Dr. Fanny González, *Pediatric Nephrologist*
Pediatric Kidney Center of South Florida, LLC

Aviso de Reconocimiento de Privacidad

Centro Pediátrico de Riñón del Sur de Florida

Entiendo que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad. También entiendo que este consultorio tiene derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad y que puedo comunicarme con el consultorio en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento del paciente

Nombre del Padre/Tutor Legal (en letra de imprenta)

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Solo para uso en oficina:

Hemos hecho el siguiente intento para obtener el reconocimiento de la firma del paciente recepción de Aviso de Prácticas de Privacidad:

Fecha: _____ Intento: _____

Nombre del personal: _____



7800 SW 57th Ave,
Suite 305
Miami, FL 33143

9960 N. Central Blvd,
Suite 300
Boca Ratón, FL 33428

Tel: 305-856-7005

Fax: 786-577-2117

Dr. Fanny González, Pediatric Nephrologist
Pediatric Kidney Center of South Florida, LLC

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Teléfono: 305-856-7005

Fax: 786-577-2117

Rellena solo lo que está resaltado

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Por la presente, autorizo a la entidad que se enumera a continuación a divulgar información médica a Pediatric Kidney Center of South Florida:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Información médica solicitada:

- Todos los registros
- Registros específicos de _____ a _____
- Vacunas y exámenes físicos
- Películas de radiología (rayos X, ultrasonido, tomografía computarizada, resonancia magnética, etc.)

Firma del paciente o padre/tutor legal

Fecha

Este comunicado autoriza la divulgación de registros durante un año a partir de la fecha firmada anteriormente. Entiendo que estos registros están protegidos por la ley federal y/o estatal y no pueden divulgarse sin el consentimiento por escrito, a menos que la ley disponga lo contrario. Además, entiendo que la información específica del tipo que se divulgará puede, si corresponde, incluir: diagnóstico, pronóstico y tratamiento de enfermedades físicas y / o mentales, incluido el tratamiento del abuso de alcohol o sustancias, síndrome de inmunodeficiencia autoinmune (SIDA), complejo relacionado con el SIDA (ARC) o infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) para cualquier admisión. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento

a menos que la instalación, que debe realizar la divulgación de información, ya lo haya hecho basándose en el consentimiento.



7800 SW 57th Ave,
Suite 305
Miami, FL 33143

9960 N. Central Blvd,
Suite 300
Boca Ratón, FL 33428

Tel: 305-856-7005
Fax: 786-577-2117

Dr. Fanny González, Pediatric Nephrologist
Pediatric Kidney Center of South Florida, LLC

Nombre del paciente: _____

DOB: _____

Reconocimientos/Autorizaciones/Consentimiento para el tratamiento

Por la presente, doy mi consentimiento a todos y cada uno de los procedimientos de diagnóstico, pruebas y tratamientos médicos necesarios para el diagnóstico de mi enfermedad y el curso del tratamiento por parte del médico. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías en cuanto al resultado de las pruebas, exámenes, tratamientos, procedimientos o cualquier otro servicio prestado.

Por la presente, autorizo al médico designado a divulgar toda la información necesaria (a través de transmisión por fax, correo electrónico o copia impresa) adquirida en el curso de mi examen y tratamiento para asegurar el pago. Por la presente, asigno el pago directamente al médico designado por cualquier procedimiento médico/quirúrgico realizado. Por la presente autorizo mi consentimiento para la liberación de medicamentos.

Por la presente reconozco que he leído este formulario y entiendo su contenido y acepto todas las disposiciones contenidas en este documento. Estoy de acuerdo en que esta autorización será válida hasta que se rescinda por escrito o se reemplace en una fecha posterior.

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha



7800 SW 57th Ave,
Suite 305
Miami, FL 33143

9960 N. Central Blvd,
Suite 300
Boca Ratón, FL 33428

Tel: 305-856-7005

Fax: 786-577-2117

Dr. Fanny González, Pediatric Nephrologist
Pediatric Kidney Center of South Florida, LLC

CUESTIONARIO DE HISTORIA CLÍNICA DE NUEVOS PACIENTES

Nombre del paciente: _____ Apodo: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Qué problema te trae hoy? _____

¿Cuánto tiempo lleva este problema? _____

HISTORIA SOCIAL:

	Nombre	Edad	Problema Médico	Medicamentos
Madre:	_____	_____	_____	_____
Padre:	_____	_____	_____	_____
Hermanos:	_____	_____	_____	_____

Si la madre y el padre no viven juntos, o el niño no vive en casa, ¿cuál es el estado de custodia del niño? _____

¿El paciente está en la guardería/escuela? Sí No; En caso afirmativo: ¿Nombre de la escuela y grado? _____

HISTORIA DE NACIMIENTO:

Peso al nacer: _____ ¿A término? Sí No; Si es temprano o tardío, ¿cuántas semanas de gestación? _____

¿Algún problema con el embarazo (presión arterial alta, sangre o proteínas en la orina, etc.)? Sí No _____

¿Fue el parto O cesárea; Si es cesárea, ¿por qué? _____

¿El paciente tuvo algún problema al nacer? Sí No _____

¿Estaba el paciente conectado a un respirador? Sí No; En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? _____

HISTORIAL MÉDICO:

¿El paciente tiene alguna enfermedad o condición médica grave? Sí No EXPLIQUE: _____

¿Ha tenido el paciente alguna cirugía (Cuándo/Tipo)? Sí No EXPLIQUE: _____

¿Alguna vez el paciente ha sido hospitalizado? Sí No EXPLIQUE: _____

¿El paciente es alérgico a algún medicamento o droga? Sí No EXPLIQUE: _____

¿Qué medicamentos (incluidos los de venta libre) está tomando actualmente el paciente? _____

¿Vacunas al día? Sí No

ANTECEDENTES FAMILIARES:

¿Algún miembro de la familia ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

Enfermedad renal Sí No Quién: _____ Comentarios: _____

Cálculos renales Sí No Quién: _____ Comentarios: _____

Insuficiencia renal Sí No Quién: _____ Comentarios: _____

Diálisis (tratamientos renales) Sí No Quién: _____ Comentarios: _____

Trasplante de riñón Sí No Quién: _____ Comentarios: _____

Presión arterial alta Sí No Quién: _____ Comentarios: _____

Sordera Sí No Quién: _____ Comentarios: _____

Reflujo vesicoureteral Sí No Quién: _____ Comentarios: _____

Antecedentes familiares adicionales:

ANTECEDENTES MÉDICOS:

¿El paciente ha tenido alguna de las siguientes situaciones?

Fiebre Sí No Explique: _____

Fatiga Sí No Explique: _____

Dolores de cabeza Sí No Explique: _____

Mareos Sí No Explique: _____

Problemas de visión Sí No Explique: _____

Sangrado nasal Sí No Explique: _____

Dolor de garganta/infecciones de garganta Sí No Explique: _____

Problemas cardíacos (soplo) Sí No Explique: _____

Presión arterial alta Sí No Explique: _____

Asma, Bronquiolitis, Neumonía Sí No Explique: _____

Transfusiones de sangre Sí No Explique: _____

Vómitos Sí No Explique: _____

Diarrea Sí No Explique: _____

Sangre en la orina Sí No Explique: _____

Proteína en la orina Sí No Explicar: _____

Infección de orina, vejiga y/o riñón Sí No Explique: _____

Dolor al orinar Sí No Explique: _____

Orinar con más frecuencia Sí No Explique: _____

Orinar con menos frecuencia Sí No Explique: _____

Accidentes o enuresis Sí No Explique: _____

Dolor o hinchazón en las articulaciones Sí No Explique: _____

Problemas musculares Sí No Explique: _____

Erupciones cutáneas Sí No Explique: _____

Problemas neurológicos (convulsiones) Sí No Explique: _____

