

# REGISTRO DE PACIENTES

PARA USO INTERNO SOLAMENTE  
NÚMERO DE PACIENTE \_\_\_\_\_

## DEMOGRAFICAS DE PACIENTE

FECHA \_\_\_\_\_ NO. DE SEGURO: \_\_\_\_\_  
PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ APT# \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RAZA \_\_\_\_\_ LENGUAJE \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ TELEFONO ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
PEDIATRA DE NIÑO/A \_\_\_\_\_ TELEFONO ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SEGURO

### FAVOR DE PROPORCIONAR TARJETA DE SEGURO A LA RECEPTIONISTA

Comercial  Medicaid  Medicare  Otro \_\_\_\_\_  
COMPANIA DE SEGURO \_\_\_\_\_ EMPLEADOR DE ASEGURADO \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE ASEGURADO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_  
# DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_  
NO. DE POLIZA \_\_\_\_\_ NO. DE GRUPO \_\_\_\_\_ TELEFONO ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SEGURO MEDICO SECUNDARIA

Comercial  Medicaid  Medicare  Otro \_\_\_\_\_  
COMPANIA DE SEGURO \_\_\_\_\_ EMPLEADOR DE ASEGURADO \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE ASEGURADO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_  
# DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_  
NO. DE POLIZA \_\_\_\_\_ NO. DE GRUPO \_\_\_\_\_ TELEFONO ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## PADRE / TUTOR

MADRE/TUTOR _____	PADRE/TUTOR _____
# DE SEGURO SOCIAL _____	# DE SEGURO SOCIAL _____
NOMBRE _____ APELLIDO _____	NOMBRE _____ APELLIDO _____
DIRECCION _____	DIRECCION _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____	CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____
TELEFONO DE CASA _____	TELEFONO DE CASA _____
TELEFONO DE TRABAJO _____	TELEFONO DE TRABAJO _____
ESTADO CIVIL _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____	ESTADO CIVIL _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
CELULAR _____	CELULAR _____

CORRESPONDENCIA SERÁ ENVIADA AL PADRE/TUTOR A LA DIRECCIÓN DEL PACIENTE

## CONTACTO DE EMERGENCIA

RELACION DE PACIENTE A CONTACTO: \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_ LENGUAJE \_\_\_\_\_  
NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TRABAJO \_\_\_\_\_  
 CONTACTO ES PADRE/TUTOR

## MEDICARE/MEDICAID

Autorización de por vida de Medicare / Medicaid Certificación de pago.

Yo certifico que la información que he proporcionado en la solicitud de pago bajo el Título XVII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo de información sobre mí dar información a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o portadores dar cualquier información necesaria para este o cualquier reclamo relacionado con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan en mi nombre. Yo asigno los beneficios que sean pagados por los servicios médicos al médico o organización que dio los servicios o autorizo al médico o la organización presentar una reclamación a Medicare para pago. Solicito que esta autorización también se aplique a todos los otros seguros.

Solicito que pago de beneficios MEDIGAP autorizados sea hecho en mi nombre a Pediatric Pulmonary Specialists por servicios proporcionados por Pediatric Pulmonary Specialists. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí liberar cualquier información necesaria para determinar estos beneficios a Pediatric Pulmonary Specialists.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

---

## TODOS LOS SEGUROS PARA TRATAMIENTO/PAGO

PARA TODAS LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS

FIRMA DE PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA: Yo autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación y solicitar los pagos de los beneficios a Pediatric Pulmonary Specialists que acepta la asignación. Yo entiendo que a pesar de que tengo algún tipo de seguro, yo soy responsable del pago de los servicios.

Yo autorizo a Pediatric Pulmonary Specialists utilizar la información médica sobre mí para proporcionarme tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar información médica acerca de usted a personal de la oficina que están involucrados en el cuidado de usted en la oficina o en otro lugar. También podemos revelar información médica sobre usted a personas fuera de nuestra oficina que puedan estar involucrados en su cuidado después de salir de la oficina, tales como miembros de la familia u otras personas para que brinden servicios que forman parte de su atención siempre que se haya autorizado la divulgación. Estas entidades incluyen terceras partes como médicos, hospitales, hogares de ancianos, farmacias, laboratorios clínicos o con los que el oficina consulta o hace remisiones. Yo autoriza que dicha divulgación.

Yo autorizo a Pediatric Pulmonary Specialists utilizar y divulgar la información de facturación médica sobre mí para que el tratamiento y los servicios que recibo en su oficina puedan ser facturados y el pago puede ser obtenido de mí, una compañía de seguros, o de un tercero. Por ejemplo, podemos necesitar dar información a su plan de salud acerca de los procedimientos que ha recibido en la oficina para que su plan de salud nos pague o le reembolse por los servicios. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**PACIENTE CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Con mi consentimiento, Pediatric Pulmonary Specialist's pueden usar y revelar información médica protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud (TPO). Por favor, consulte el aviso de prácticas de privacidad para una descripción más completa de tales usos y divulgaciones.

Tengo el derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Pediatric Pulmonary Specialists reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un Aviso de Prácticas de Privacidad revisada se puede obtener mediante el envío de una solicitud por escrito al Pediatric Pulmonary Specialist's Privacy Officer 4714 N. Armernia Ave., Suite 201, Tampa, FL 33603.

Con mi consentimiento, Pediatric Pulmonary Specialist's puede llamar a mi casa u otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a los elementos que ayudan a la práctica en la realización de tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, tales como recordatorios de citas, los temas de seguro y cualquier llamada relativas a mi atención clínica, incluyendo los resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, Pediatric Pulmonary Specialist's puede enviar a mi casa u otro lugar designado los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como tarjetas de recordatorio de cita y declaraciones de pacientes.

**PERMISO PARA TRATAMIENTO**

Yo el abajo firmante, acepta voluntariamente a la atención médica/diagnostico por Pediatric Pulmonary Specialists consideradas conveniente y necesario en el diagnostico y tratamiento de mi condición. Soy consciente de que la practica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se han dado garantías a mí como resultado del tratamiento o examen en la oficina.

**DESIGNADO FAMILIAR**

Yo autorizo a la discusión de mi condición médica general y diagnostico (incluyendo el tratamiento, pago y operaciones de servicios de salud) con ( ) cónyuge ( ) otro \_\_\_\_\_.

Por favor, enumere los familiares u otras personas, si los hay, a quien podemos informar acerca de su condición medica, en caso de una emergencia:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ # DE TELEFONO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ # DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

**AVISO DE PRIVACIDAD**

He recibido una copia del Aviso de Privacidad de Pediatric Pulmonary Specialists, como HIPAA exige. Al firmar este formulario, estoy consintiendo a Pediatric Pulmonary Specialists al uso y divulgación de de mi PHI para realizar TPO. Si no firmo esta consentimiento, Pediatric Pulmonary Specialists puede negarse a proporcionarme tratamiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_  
Testigo: \_\_\_\_\_