



Información de Contacto Familiar

Información de los padres:

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
Teléfono Celular: _____
Correo electrónico: _____

Nombre del Trabajo: _____
Ocupación: _____
Teléfono de Casa: _____
Género M/F ____

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
Teléfono Celular: _____
Correo electrónico: _____

Nombre del Trabajo: _____
Ocupación: _____
Teléfono de Casa: _____
Género M/F ____

Otros hermanos que ya son (o van a ser) pacientes de Oberlin Pediatrics:

Nombre: _____ DOB: _____

Nombre: _____ DOB: _____

Nombre: _____ DOB: _____

Nombre: _____ DOB: _____

¿Cómo escucharon de nosotros? Página Web Anuncios Redes Sociales Amigos/Familiares Internet

Autorizo al doctor y enfermera de mi hijo y a cualquier empleado de Oberlin Pediatrics a dejar un mensaje de voz al número registrado.

Si el padre o guardián legal no esta presente, autorizo a las siguientes personas a pedir tratamiento y obtener recetas medicas y formas medicas para mi niño. Entiendo que las personas indicadas en esta forma tienen acceso a información medica protegida si es medicamento necesario. Esta autorización será valida hasta que lo diga al contrario.

Nombre: _____ # Telefono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ # Telefono: _____ Relación: _____

Custodia y Toma de Decisiones Medicas: Si hay alguna situación en la que ambos padres NO tienen custodia del niño, por favor provea documentación de los arreglos legales.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre escrito: _____



Aviso de Práctica de Privacidad (HIPAA)

He recibido una copia de las reglas y regulaciones de la ley HIPAA para revisar. Tengo el derecho de requerir una copia para mí.

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Si la firma no es del paciente, indique la relación de la persona firmando (padre, miembro familia, guardián, etc) _____

Si el paciente o el representante del paciente no puede firmar, indique la razón por la cual no puede firmar.

Para uso del personal de la oficina:

Nombre del miembro del personal de la práctica: _____

Fecha: _____



Política de Vacunación

Los médicos y el personal de Oberlin Road Pediatrics respaldan plenamente la eficacia y seguridad de las vacunas. Seguimos el calendario estandarizado de la Academia Americana de Pediatría (AAP) para la administración de vacunas y la Ley del Estado de Carolina del Norte como requisito MÍNIMO para la administración de vacunas a nuestros pacientes. En Oberlin Road Pediatrics, esperamos que nuestros pacientes sean vacunados a tiempo, comenzando con la vacuna contra la Hepatitis B en el periodo neonatal.

Si transfiere a su hijo a nuestra clínica desde otro proveedor médico, revisaremos su historial de vacunación. Si determinamos que su hijo está muy atrasado con sus vacunas, se le pedirá que programe una consulta de vacunación con uno de nuestros médicos antes de atenderlo. Colaboraremos con las nuevas familias para que cumplan con las recomendaciones de vacunación y se pongan al día. Sin embargo, si no se realiza la consulta de vacunación solicitada o si no está dispuesto a cumplir con las leyes de vacunación de Carolina del Norte, Oberlin Road Pediatrics no es la clínica adecuada para su familia y no aceptaremos a su hijo como nuevo paciente.

Con gusto atenderemos sus preguntas sobre vacunas durante las citas de bienestar infantil. Si tienen inquietudes o preguntas importantes, los padres deberán programar una consulta de vacunas por separado. Es importante entender que esta visita podría no estar cubierta por el seguro médico y que los padres serán responsables de pagarla al momento de la consulta, cuyo costo puede variar entre \$100 y \$200, dependiendo del tiempo dedicado a la consulta.

Firma del Padre/Cuidador: _____ Fecha: _____

Formulario de Consentimiento para Vacunas: Al firmar este consentimiento, nos autoriza a vacunar a su hijo/a en este momento y en el futuro. Se le entregará una Declaración de Información sobre Vacunas (VIS) que explica cada vacuna.

Yo, padre/tutor de _____, he leído la política de vacunación y autorizo la administración de las vacunas apropiadas para la edad.

Firma del Padre/Cuidador: _____ Fecha: _____

Sólo firmar si su hijo es menor de 1 año

Política de Vitamina K

La vitamina K es necesaria para que la sangre forme coágulos sanos. El sangrado por falta de vitamina K puede provocar complicaciones muy graves, como disfunción hepática, accidentes cerebrovasculares neonatales o incluso la muerte. Los bebés no pueden absorber suficiente vitamina K por medicinas orales ni por la leche materna. La inyección intramuscular de vitamina K ha sido el tratamiento estándar desde 1961, ya que es la forma más segura de prevenir accidentes cerebrovasculares neonatales por deficiencia de vitamina K.

Certifico que he seguido las recomendaciones del neonatólogo o pediatra y que mi bebé ha recibido vitamina K en el hospital. Si por alguna razón mi bebé no ha recibido vitamina K por vía intramuscular, se le administrará el día de la primera visita. Negarse a hacerlo implica una ruptura en la relación médico-paciente y Oberlin Road Pediatrics no programará más citas.

Firma del Padre/Cuidador: _____

Fecha: _____

Política Financiera

Gracias por elegir a Oberlin Road Pediatrics como el centro médico de su hijo. Nuestro objetivo es brindar una atención excelente y tener una comunicación abierta y clara sobre las responsabilidades financieras.

Iniciar:

- _____ **Seguro Médico:** Participamos de la mayoría de los planes de seguro. Su cobertura y beneficios son un contrato entre usted y su compañía de seguros. Por favor, provea una copia de su tarjeta de seguro en cada visita.

- _____ **Servicios no cubiertos por el seguro:** Es su responsabilidad consultar con su compañía de seguros para determinar los beneficios cubiertos. El paciente/principal es responsable del 100% de los cargos que la compañía de seguros decida no cubrir, como ejemplo copagos, deducibles, vacunas, evaluaciones del desarrollo y cargos por citas fuera del horario laboral o en fines de semana.

- _____ **Servicios de visitas anuales/visitas de niño sano:** Estas citas son servicios de atención preventiva que evalúan el crecimiento y desarrollo del niño y revisan y administran las vacunas. Si tiene alguna inquietud adicional que desee discutir, como fiebre, asma, infecciones de oído, inicio o cambio de medicamentos, condiciones de salud mental o Trastorno de Hiperactividad y Atención, etc., o si su hijo presenta una enfermedad compleja, su compañía de seguros podría cobrarle un segundo copago o aplicar esta parte de su visita a su deducible. Los médicos de Oberlin Road Pediatrics codifican con precisión y de acuerdo con las normas de Medicaid que rigen todos los planes de seguro, por lo que podemos facturar tanto una visita de bienestar como una consulta por enfermedad/médica en la misma visita. El costo de las inquietudes adicionales podría ser responsabilidad del paciente.

- _____ **Política de tarjeta de crédito en archivo:** Participamos de CardPointe, una plataforma segura de procesamiento de pagos similar a las que se utilizan para tiendas en línea. La tarjeta de crédito se puede usar para pagar copagos y cargos en futuras visitas. Este servicio es seguro, está encriptado y nuestro personal no tiene acceso a la información de su tarjeta de crédito.

Las circunstancias en las que la clínica podría cobrarle a su tarjeta incluyen, entre otras:

- Copagos y deducibles del seguro
- Citas perdidas o canceladas sin previo aviso (ver más abajo)
- Servicios no cubiertos o denegación de servicios asignados al paciente
- Cualquier cantidad no pagada por su seguro 90 días después de la presentación de una reclamación corregida.

Esto no afectará de ninguna manera su capacidad para disputar un cargo ni cuestionar la determinación de pago a su compañía de seguros. Si la deuda es más de \$200, le llamaremos y le enviaremos un correo electrónico de cortesía para informarle.

- _____ **Pacientes sin seguro médico o que no están usando el seguro médico:** Según las normas federales de CMS, tiene derecho a solicitar un "Presupuesto de Buena Fe" por el costo total de cualquier artículo o servicio que no sea de emergencia. Esto incluye costos relacionados a pruebas médicas y costos de las visitas médicas. Esto es un presupuesto, no una factura. Solicite un "Presupuesto de Buena Fe" al programar su visita y lo recibirá por escrito al menos un día antes de su cita. Para obtener más información, visite cms.gov. Ofrecemos un descuento de 25% a cualquier familia que no utiliza seguro médico y paga el total de la factura el mismo día de la visita.

_____ **Dificultades financieras:** Si tiene dificultades económicas extraordinarias, le ayudaremos a crear un plan de pagos. Este plan deberá presentarse POR ESCRITO a nuestro departamento de facturación antes de programar futuras citas. No se podrá tener un balance superior a \$500.00 en la cuenta familiar a menos que se haya firmado un plan de pagos y éste se esté cumpliendo. El balance deberá de pagarse en los próximos 12 meses.

_____ **Citas pérdidas:** Habrá un cargo de \$50 por faltar a una cita médica el cual se cargará a la tarjeta de crédito registrada.

Política de cancelación: Para citas de chequeo de bienestar, consultas nuevas o de conducta, y citas de seguimiento, comuníquese con la clínica con al menos 24 horas de anticipación. Para citas de enfermedad o citas de vacunación, comuníquese con la clínica al menos 4 horas de anticipación. Después de 3 citas perdidas, nos reservamos el derecho de despedir a la familia.

_____ **Tarifa de formularios y cartas (para el cuidado, la escuela, campamentos, deportes, alergias, o de viaje, etc.):**

A partir del 1/1/2023, se aplicará un cargo de \$10 (por niño) por los formularios que se completen fuera de una cita de bienestar. La clínica dedica más de 600 horas al año a completar formularios fuera de las citas del niño. La mayoría se completan puntualmente, pero cualquier formulario que requiera una entrega urgente en menos de 3 días tendrá un cargo de \$30.

_____ **Copia de registros médicos:** Con su consentimiento por escrito, le proporcionaremos una copia del registro médico de su hijo por una tarifa de \$20 por niño.

_____ **Servicio telefónico de enfermería fuera del horario laboral:** Después de las 8 p. m. (5 p. m. los viernes) y los días festivos, nuestras llamadas se transfieren a un servicio de asesoramiento con una enfermera de WakeMed para ayudarles con su preocupación médica. La enfermera atenderá la urgencia médica y, si es necesario, se comunicará con el médico de guardia. Las llamadas que requieran el servicio de asesoramiento de enfermería de WakeMed tienen un cargo de \$22 que se le facturará directamente. Este cargo no se aplicará a llamadas relacionadas a recién nacidos menores de 90 días ni a las llamadas en las que sea recomendada llevar a su niño a sala de urgencia o de emergencia debido a la gravedad de la enfermedad.

_____ **Cargos por servicio:** Mantener una tarjeta de crédito registrada evita la mayoría de estos cargos. Los cargos por servicio sólo se acumulan en caso de pagos atrasados, información inexacta del seguro o que no se hayan pagado las facturas. Se cobrará un cargo administrativo de \$15 si no se recibe el copago dentro de las 48 horas posteriores al servicio.

Se añadirá un cargo administrativo de \$35 por:

- Someter información por segunda vez al seguro debido a información incompleta o incorrecta proporcionada al momento del servicio, incluyendo si el seguro ha sido cancelado.
- Cargo administrativo asociado con cuentas transferidas a agencias de facturación.
- Cheques devueltos.

Cualquier cantidad no cubierta por el seguro del paciente, incluyendo deducibles y copagos adicionales, etc., tendrá que pagarse antes de 30 días después del servicio. Los pagos atrasados tendrán un cargo adicional de \$10 mensuales. Las cuentas se transferirán a una agencia de facturación si no se han pagado luego de 90 días. No saldar las cuentas puede resultar en el despido de la clínica. La familia es responsable de todos los costos de facturación involucrados con el pago de su cuenta, incluyendo los costos judiciales, pagos a los abogados y cualquier otro gasto relacionado al balance no pagado.

Firma: _____ **Nombre:** _____ **Fecha:** _____
Nombre del Titular Principal del plan médico de su hijo: _____



Política de Comportamiento Familiar

Nombre del Paciente: _____

Oberlin Road Pediatrics es una práctica familiar cuidando de niños y sus familiares. Aunque los casos son raros, Oberlin Road Pediatrics cree firmemente que nuestros pacientes, sus familias, y nuestro personal merece ser protegido del abuso verbal y el comportamiento agresivo. Todos tenemos y debemos de respetarnos. Por esta razón, hemos desarrollado y aplicamos estrictamente una "Política de No Tolerancia" para las conductas abusivas, el maldecir verbalmente, lenguaje o dibujos obscenos en la ropa, comportamiento amenazante o agresivo y robo. Estas restricciones se aplican a cualquier acción de este tipo hacia los pacientes, miembros de las familias, y al personal de la oficina. Además, estas normas también se aplicarán a las llamadas telefónicas y comunicaciones escritas al personal de nuestra oficina, enfermeros y médicos. Esperamos un ambiente civilizado y armonioso para nuestros pacientes pediátricos, sus familias y nuestro personal. Firme a continuación que comprende, acepta y cumplirá con esta política.

Como una "Política de no Tolerancia" no habrá advertencias, segundas oportunidades, ni excepciones. Las violaciones resultarán en transferencia de atención a otro proveedor de la salud/pediatra. La falta de firma de este contrato dará lugar a despedida de la práctica. Entendemos que ocasionalmente pueden ocurrir desacuerdos, pero estos deben resolverse de manera civilizada. Dependiendo del grado de infracción, nos reservamos el derecho de involucrar a los Servicios de Protección Infantil, la policía u otras agencias apropiadas en caso de que sea necesario. Podemos presentar cargos a nuestra discreción. Gracias por su interés en hacer que la práctica y los terrenos de Oberlin Road Pediatrics sean un lugar seguro y familiar para todo el mundo.

Firma: _____

Relación: _____

Nombre Escrito: _____

Fecha: _____