|  |
| --- |
| **Demográfico Inicial** |
| **Paciente Infomatión** –*Gracias para escoger nuestra oficina. Para servirle facture exaxtamente y apropiadamente su compania de seguros, necesitamos la información siguiente. Por favor impression. Toda información es mantiene confidencial.* |
| Nombre de niño­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Si niño ha utilizedo jamás otro apellido, proporciona por favor* | Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Direción de la casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono de casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ciudad, Estado, Zip\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Direción de envío (si es diferente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Padres/Guardián legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \*Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| La relación a el niño \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Farmacia preferencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Nosotros puedemos salimos un mensajes en el correo de la voz o la máquina de la teléfono con respecto a resultados de citas/laboratorios? Sí No **Iniciales\_\_\_\_\_\_\_** |
| ¿Quién puedemos salimos un mensajes con respecto a resulta de citas/laboratorios y otra información protegida de salud? |
| El nombre y la relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| “Yo he recibido una copia de las Reglas de la Intimidad de este Proveedor y autorizado el encima de la lista de persona que puede recibier mi Información Protegida de la Salud. Puedo revocar esto en tiempo dando la notificación escrita a este Proveedor.”  |
| **Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **\*Raza**  | **\*Ethnicidad** |
| * Indio Americano o Native de Alaska
* Hawaino Nativo o Otra Isla del Pacifico
 | * Asiático
* Blanca
 | * Negro o Afro Americano
* Otro Raza
 | * Hispano o Latino
* No Hispano o Latino
 |
| La Información del Seguro Primero – Tarjeta del seguro requerido al momento de la cita. |
| Nombre de la compañia de seguros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Número de la políticia (AHCCCS #)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Numero del Grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre de asegurado (no niño)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Relación a el niño \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Numero de Seguridad Social de asegurado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de Nacimiento de Asegurado\_\_\_\_ |
| La Información del Seguro Secundario - Tarjeta del seguro requerido al momento de la cita. |
| Nombre de la compañia de seguros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Número de la políticia (AHCCCS #)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Numero del Grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre de asegurado (no niño)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Relación a el niño \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Numero de Seguridad Social de asegurado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de Nacimiento de Asegurado \_\_\_ |
| **Declaración de responsabilidad**- Su seguro es un método para que usted recia reimbursement para los honoarios que ha pagado al medico por los servicios prestados. Tener un seguro no es un sustituto para el pago. Es su responsibilidad de pago los copagos, deductibles, coaseguro y aquellos otros saldos no pagados por su seguro. Le ayudaremos en recibir el rembalse, per ousted sigue siendo responsable de su factura. “Estoy de acuerdo en ser financias amente resonsable de todos los carzos. Yo he leido esta information y entenderla. Autorizo la divulgación de todo la información medica necesaria para procesar este reclamo y que es pertiente a la atención medica de mi hijo y los beneficios relacionado. Yo autorizo el pago de todos los beneficios del seguro a Cornerstone Pediatrics, P.C. Esta asignación se mantendra en efecto hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia o facsimile de esta asignación se considera que est tan válida como el original. También entíendo que al firmar, yo authorize el uso de información personal de salud del paciente antes mencionado que se utilizará para proveer tratamiento necesario, pago y otas opciones de atención médica. Cualquier otro uso de esta información se require una autorización siparada que autorice tales usos.” Su firma es necesaria para que podamos procesar reclamacions de seguros y para asegurar el pago para servicios prestados. |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Padre/Guardián Legal Fecha** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Iniciales Testigo** |

**Forma De la Historia De la Salud**

**5 a 18 años**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimineto\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre pasado anterior (si es diferente que arriba):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Género: Varón / Hembra

**Historia Social:**

Nombre De la Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ocupación de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Del Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ocupación de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enumere por favor a toda la gente en su casa otra que el paciente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Fecha de nacimiento** | **Relación al paciente** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| El niño vive con otras personas o en otro lugar que con usted ? | Sí | No  | Si sí, con que y donde: |
| Hace a niño atienden a cuidado del día o al sitter del bebé ¿regularmente? | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ha habido cambios o tensiones importantes dentro la vida del niño recientemente? | Sí | No  | Si sí, explique por favor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Más allá De Médico Historia:** |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Había cualquier problema durante embarazo, ¿entrega, o infancia? | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿El niño ha tenido procedimientos quirúrgicos? | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿El niño tiene alergias? | Sí | No | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Han diagnosticado al niño con médico o ¿problema del comportamiento? | Sí | No  | Si sí, con que y donde:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hace a niño toman actualmente cualquier medicación ¿diario (prescripción o excedente el contador)? | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hace a niño tienen cualquier visión, audiencia, o discurso ¿problemas? | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Escuela/ Historia Del Desarrollo:** |  |  |  |
| Nombre de la escuela que el niño atiende:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  | Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hágale o los profesores del niño tienen preocupaciones ¿sobre el desarrollo del niño? | Sí | No  | Si sí, explique por favor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hace a niño tienen cualquier inhabilidad que aprende o ¿necesidades de la educación especial (IEP)? | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Antecedentes familiares:** |  |  |  |
| Tiene un pariente de la sangre ¿tenía las condiciones siguientes? |  |  | Si sí, explique por favor: |
| Alergias, Asma | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Defecto de nacimiento, Cáncer | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Diabetes, Desorden de la sangría | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Droga o uso o abuso del alcohol | Sí | No | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dolores de cabeza o jaquecas | Sí | No | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ataques o enfermedad del corazón | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tensión arterial alta | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Colesterol Alto | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Enfermedad Del Riñón | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Enfermedad De la Pulmón | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Enfermedad o depresión mental | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Obesidad o exceso de peso | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Anemia de la célula de la hoz | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Asimientos o epilepsia | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Enfermedad de tiroides | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tuberculosis | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Cualesquiera de los hermanos del niño han muerto? | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cualquier miembro de la familia bajo edad de 50 murió ¿repentinamente de causas con excepción del accidente o de la violencia? | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Seguridad:** |  |  |  |
| Hace su uso del niño un asiento del aumentador de presión, o asiento ¿correa en automóviles? | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Le hace desgaste del niño un casco al montar la bici, ¿scooter, o láminas del rodillo? | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Hay un arma o un arma de fuego en la casa? | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hay el ocurrir que lucha verbal o de la comprobación ¿en su casa? | Sí | No  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Terminado cerca (firma del padre/del guarda)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Repasado cerca (firma del abastecedor médico)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7875 East Florentine Road, Suite A

Prescott Valley, AZ 86314

Phone: (928) 443-5599

Fax: (928) 443-5376

**Autorización para el lanzamiento médico de los expedientes**

Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, el padre infrascrito o el guarda legal, petición, para el cuidado médico en curso y por este medio, autorizo el lanzamiento de una copia de todos los expedientes médicos en su posesión, con respecto al paciente susodicho, a la oficina de Cornerstone Pediatrics, y a menos que los expedientes médicos de otra manera indicados incluya toda la información relacionada HIV confidencial (según lo definido en A. R. S 36-663), información relacionada confidencial de la enfermedad comunicable (según lo definido en 42cfr2.1. et seq.), información mental confidencial de la salud diagnosis o tratamiento. I entienda que una fotocopia de esta autorización está considerada aceptable en lugar de la original. Esta autorización expirará en 12 meses a partir de la fecha de la firma, y yo reservamos la derecha de revocarla en el interino por escrito petición.

Nombre de la clínica o del niño anterior Abastecedor Del Cuidado médico

Dirección Ciudad, Estado, Cierre relámpago

Teléfono # (si está sabido) Fax # (si está sabido)

Entiendo eso si no cubren a la persona o la entidad que reciben la información cerca las regulaciones federales de la aislamiento no lanzaremos una información privada de la salud. No autorizo el lanzamiento posterior a ningunos terceros y no lanzo por este medio el hospital, clínica, sus empleados y médicos de cualesquiera y de toda la responsabilidad el presentarse directamente de tal re-acceso. Entiendo que puedo rechazar a firme esta autorización y eso mi denegación a firmar no afectará mi capacidad para obtener el tratamiento, el pago, o la elegibilidad para las ventajas. Puedo examinar o obtenga una copia de cualquier información usada o divulgada bajo esta autorización para un honorario.

**Firma de padre o guardian legal Fecha**

**Para El Uso De la Oficina Solamente**

**To Previous Clinic or Healthcare Provider** – Please fax the requested records to (928) 443-5376. If unable to fax, please mail the requested information to the above address. Thank you.

All Records ⁭ Vaccine Record ⁭ Growth Chart ⁭ None Needed ⁭ Other:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Requested By: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7875 East Florentine Road, Suite A

Prescott Valley, AZ 86314

Phone: (928) 443-5599

Fax: (928) 443-5376

**Permiso de Tratar**

Yo, el firmante padre, doy permiso para el siguiente adulto (*nombre y relación al niño*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que es mas 18 años de la edad para llevar mi hijo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*nombre del niño*), cuya fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Con mi firma, autorizo el **ADULTO\*** nombrado arriba para firmar por cualesquiera tratamiento médico, procedimientos de la oficina, las inyecciones de vacunas o medicamentos, y evalaciones físicos de la salud o enfermedad eficaz, es de (fecha de hoy)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***Este permiso de tratar vence un año desde de la fecha firma.***

***\*Por favor, solo una lista de una persona por la forma.\****

Este permiso de tratar solo puede revocar con mi firma. Yo, el padre/guardian, entiendon debo conceder este permiso anualmente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Padre ( ) Madre ( ) Guardián Legal Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma De Un Testigo Fecha

7875 East Florentine Road, Suite A

Prescott Valley, AZ 86314

Phone: (928) 443-5599

Fax: (928) 443-5376

**Evaluación para la Elegibilidad de los Pacientes/Acceso a Información de Vacunación**

*Programa de Vacunación para niños Sistema de Inforamación del Estado de AZ*

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del niño:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Apellido, Primer nombre)*

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Este niño califica para vacunas a traves del programa VFC porque tiene (merque solo una)*** Es Indio Americano o Nativo de Alaska
* Está escrito en Kids Care
* Está escrito en AHCCCS
* No tiene seguro de salud
 | *o* | **Este niño NO CALIFICA para vacunas a traves del programa VFC*** **Tiene** un seguro medico que **paga** por vacunas
* **Tiene** un seguro medico que no paga por vacunas
 |

Le informamos, si su compania de seguros no cubre las vacunas y no nos dejos saber el momenta de la visita, es su responsabilidad de pagar por el costo involucrados. No podemos hacer el Programa de Vacunación Para Ninos (VFC) retroactivo usted sólo es elegible para VFC al momento de la visita. Si no está segura de si las vacunas y revisions están cubiertos, por favor póngase en contacto con su compania de seguros.

“*Estoy de acuerdo en permitir que el provedor de dar las vacunas, a divular informacion sobre todas las vacunas a la person a para la cual estoy autorizador a dar consentimiento, al sistema de information de immunizacion del estado del Arizona (ASIIS), otro proveedores de salud, y en las escuelas con el fin de evidar la recepcion de vacunas innecarias. Ademas de proporcionar información acerca de lo que han recibido las vacunas. Entiendo que no estoy obligado a la información para recibir las vacunas que solicito.”*

“Si NO deseo que esta información este incluída en ASIIS, tengo la opción de cruzar la declaración de la caja arriba y poner mis inciciales.”

**Mi firma abajo indica que las declaraciones arriba se aplican y son verdaderos, haste que yo la revoque por escrito.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Padre (Guardián legal ) Fecha** |  | **Initials Testigo** |

7875 East Florentine Road, Suite A

Prescott Valley, AZ 86314

Phone: (928) 443-5599

Fax: (928) 443-5376

**Política de la Oficina**

**Horario de la Oficina**

Nuestro oficina está abierta, por cita solamente, de las 8:00 a.m. hasta las 5:00 p.m., lunes a jueves; y en viernes de las 8:00 a.m. hasta las 3:00 p.m. Si alguna vez Usted tenga preguntas de de naturaleza urgente afuera de estas horas, favor de llamar nuestra oficina y sigue las direcciones gravadas. Si tiene una emergencia de peligro de vida, llama al 911 o vaya directamente a la facilidad medica más cercana.

 Situaciones urgentes incluyen:

-Las heridas suficientes graves para que Usted siente inseguro de ir a la sala de emergencia o esperar las horas en que la oficina este abierta.

-Heridas obvias en que una parte del cuerpo este malformada, o heridas de la cabeza, que vaya a la sala de emergencia.

-Dificultades de respirar

-los labios de su hijo aparecen de de color azulado o la respiración corta.

-Niños de las ocho semanas o menos con la temperatura rectal más que 100.8.

-Ataques de nueva apariencia.

*Para dejar un mensaje-* Cuando Usted llama y deja un mensaje (con la recepcionista o la maquina), por favor diga el nivel de urgencia.

**Recetas**

Pediátricos Cornerstone tiene una policía de notificar con 48 horas para pedir medicaciones nuevas y rellenos de prescripciones. Cuando Usted necesita que su prescripción sea rellenada, favor de llamar a su farmacia. La farmacia mandara por fax a pedir el rellenamiento a nuestra oficina. Evite que se acave la medicina por llamar a su farmacia cuanto menos 3 días ante de que se acabe la medicina.

**Citas Canceladas o Faltadas -*Todas cancelaciones requieren noticia de 24 horas.***

Pueda Haber una penalidad para las citas faltadas sin notificar la oficina. El abuso repetido de esto pueda resultar en que sus hijos no sean atendidos en esta oficina.

**Referencias y Autorizaciones**

El proceso de referencia puede tomar hasta 7-10 días de negocios. Este incluye las autorizaciones para medicamentos. Los empleados de la oficina le hablaran con los detalles cuando la autorización o referencia sea obtenida.

**Resultados de Pruebas**

Puede tomar tiempo para recibir los resultados de las pruebas. Nuestra oficina le notificara de los resultados por teléfono. Si después de 7 días usted no hay llamar a la oficina.

**Financia**

Debido a las demandas aumentas de las compañías de seguranza, la policía siguiente ha sido establecida por nuestra oficina. Pediátricas Cornerstone enviará los cobros a su seguro como cortesía. En responsabilidad de usted para los co-pagos, deducibles, co-seguros, y otros balances no pagados por su seguro. **Tenga en cuenta que chequeos fisicos se exige para cubrir temas perteniendo al crecimiento, desarrollo, exámenes de rutina, etc.. Su seguro medico dicta estas reglas. Si su hijo se está atendiendo un chequeo fisico y tiene otras preocupaciones, puede que necesite programar otra cita. Si usted decide tener un chequeo fisico además de preocupaciones o enfermedes en la misma visita, usted será responsable por cualquier cargo adicional que dicta su compañía de seguro medico, incluyendo pero no limitado a un segundo copago, deducible o coseguro.** Usted tiene **30 días** desde recibo de su explanación de beneficios para pagar estos balances. Las compañías de seguro requieren que enviamos todos los cobros entre un límite de tiempo especifico. Hacemos nuestro mejor para seguir todos los requisitos de su compañía de seguro. Sin embargo, si su seguro cambia y Usted tiene mas que no informa, quizás no podamos cobrar la compañía entre este límite del tiempo. Esta falta pueda resultar en que el balance termina en ser responsabilidad de Usted mismo.

**He leído y entiendo las policías de Pediátricos Cornerstone (Cornerstone Pediatrics) y estoy de acuerdo de hacerme por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo de que estos términos pueden ser cambiados/añadidos de vez en cuando por esta oficina.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Paciente y Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre o Persona Responsable Fecha