



**PEDIATRIC ASSOCIATES  
REGISTRO DE NUEVOS PACIENTES**

*Por favor de completar la información del paciente. **TODO LOS ARTICULOS DEBEN COMPLETARSE.***

INFORMACION DE PACIENTE			
APELLIDO DEL PACIENTE:		NOMBRE DEL PACIENTE:	
GENERO:		FECHA DE NACIMIENTO:	
NUMERO TELEFONICO DEL PACIENTE (16 +):		INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE:	
MEDICO PREFERIDO:		FARMACIA PREFERIDA/LOCACION:	
LENGUAJE USADO EN CASA: <input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPANOL <input type="checkbox"/> OTRO _____		ETNIA (SELECCIONE UNO): <input type="checkbox"/> HISPANO/LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO/LATINO <input type="checkbox"/> NO SABE/NEGACION	
RAZA (SELECCIONE UNO): <input type="checkbox"/> INDO AMERICANO /NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII <input type="checkbox"/> NO SABER/NEGACION		<input type="checkbox"/> ASIATICO <input type="checkbox"/> AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> OTRO ISLENO DE PASIFICO <input type="checkbox"/> BLANCO	
INFORMACION DE ASEDURANZA			
ASEGURANZA PRINCIPAL:		EL NUMERO DE POLIZA:	
NOMBRE DE QUIEN TIENE LA POLIZA DE SEGUROS:			
<input type="checkbox"/> NO TENGO ASEGURANZA/PAGO EN EFECTIVO		ME GUSTARIA APLICAR PARA EL PROGRAMADE DESCUENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> HEALTHSHARE PLAN/ PAGO EN EFECTIVO		ME GUSTARIA INFORMACION DE LA MEMBRESIA DE LA OFICINA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
INFORMACION DE PADRES/GUARDIANS			
NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL (PRIMER CONTACTO):		FECHA DE NACIMIENTO:	
DIRECCION DE ENVIO:		NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	
DIRECCION FISICA (SI ES DIFERENTE A LA DE ARRIBA):		CIUDAD, ESTADO, CODIGO POTAL:	
NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL (SEGUNDO CONTACTO):		CORREO ELECTRONICO (ACCESO AL PORTAL ELECTRONICO/14 O MENOR):	
DIRECCION DE ENVIO (SI ES DIFERENTE A LA DE ARRIBA):		FECHA DE NACIMIENTO:	
DIRECCION FISICA (SI ES DIFERENTE A LA DE ARRIBA):		NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	
CONTACTO DE EMERGENCIA (NOMBRE, RELACION CON EL PACIENTE, NUMERO DE TELEFONO):		COMO LE GUSTARIA RECIBIR NOTIFICACIONES DE CITA? (ESCOJA UNO O MAS) <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRONICO <input type="checkbox"/> TELEFONO <input type="checkbox"/> TEXTO	
QUIEN ES EL PRINCIPAL CUIDADOR DEL PACIENTE? <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> OTRO (LLENE EL SIGUIENTE FORMULARIO #1)		SI APLICA, QUIEN TIENE LA CUSTODIA DE PACIENTE? <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> OTRO (POR FAVOR DEMUESTRE PAPELES LEGALES)	
INFORMACION DE CUSTODIA/ORFANATO/GUARDIAN/PODER LEGAL			
1. DESDE CUANDO A TIENIDO A EL/LA PACIENTE?		2. USTED ES FAMILIAR DEL PACIENTE? <input type="checkbox"/> SI, CUAL ES LA RELACION CON EL/LA PACIENTE: _____ <input type="checkbox"/> NO, (POR FAVOR IR DIRECTAMENTE A #8)	
3. SI ES FAMILIAR DEL PACIENTE, KINSHIP CUSTODIA (CUSTODIA LEGAL POR EL CONDADO O CUSTODIA FISICA), O CONCEAL ORFANATO, O PODER LEGAL, O GUARDIA? <input type="checkbox"/> KINSHIP <input type="checkbox"/> ORFANATO <input type="checkbox"/> SI ES GUARDIAN O TIENE PODER LEGAL POR FAVOR DF IR A #6			
4. ES POR EL CONDADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		5. SI ES POR UN CONDADO, QUIEN ES LA TRABAJADORA SOCIAL Y NUMERO DE TELEFONO?	
6. TIENE LOS DOCUMENTOS LEGALES DE GUARDIAN O EL PODER LEGAL ECHO POR EL CONDADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		7. SI, CUAL ES EL CONDADO?	
8. CUAL ES EL ORFANATO? <input type="checkbox"/> ARIEL <input type="checkbox"/> KIN CONNECT <input type="checkbox"/> TOP OF THE TRAIL <input type="checkbox"/> WHIMSPIRE <input type="checkbox"/> GENERIC (FUERA DEL ESTADO)		9. NOMBRE DE TRABAJADOR SOCIAL DE ORFANATO, Y NUMERO DE TELEFONO	
10. SI USTED TIENE DOCUMENTOS LEGALES DE SER GUARDIAN, KINSHIP, O UNA CARTA DE PODER POR FAVOR DE MOSTAR ESTOS DOCUMENTOS AL LA HORA DE LA CITA/SERVICIO. SI, NO POR FAVOR DE LLENAR EL FORMAUulario DE POLITICA EN LA PARTE DE ATRÁS. (TOMAR NOTA DE LAS CARTAS DE PODER, ESTOS DOCUMENTOS CADUCAN EN 12 MESES)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

**POR FAVOR DE SEGIR AL SIGIENTE LADO**

### REGISTRO DE NUEVOS PACIENTES *(siguiente)*

INFORMACION DE HERMANO/A (SOLO SI SERAN PACTINES O YA SON PACIETNES)	
NOMBRE Y APELLIDO DE PACIENTE/FECHA DE NACIMIENTO:	NOMBRE Y APELLIDO DE PACIENTE/FECHA DE NACIMIENTO:
NOMBRE Y APELLIDO DE PACIENTE/FECHA DE NACIMIENTO:	NOMBRE Y APELLIDO DE PACIENTE/FECHA DE NACIMIENTO:
CONSENTIMIENTOS	

**Por favor de leer cuidadosamente antes de firmar:**

- Yo entiendo que soy totalmente responsable por los cargos financieros de mi hija/o. El pago es requerido al momento del servicio. El paciente que este cubierto por una seguridad privada, requiere pagar sus copagos o deducibles en el momento de servicio, o si la factura ha sido enviada a su residencia. Yo entiendo que la tarjeta de la seguridad es requerida EN TODAS LAS CITAS.
- Yo entiendo que unos servicios preventivos son: desarrollo, visión y audiometría, es una factura separada de la visita del físico y quizás estos servicios no sean cubiertos por las seguranzas. Si usted recibe una factura sobre estos exámenes, por favor de llamar al departamento de factura.
- Yo entiendo que, siendo el guardián, yo recibire todos los estados financieros. Ambos padres son totalmente responsables por los estados financieros, sin importar la custodia legal.
- Yo por este medio autorizo beneficios médicos a la oficina de los Pediatric Associates. También autorizo, que darán la información necesaria para procesar los reclamos de seguro. Yo entiendo que los costos no pagados por la seguridad se convierten en mi responsabilidad, a no ser que de otra manera la regulación federal la prohíba
- Yo entiendo que Pediatric Associates ya no manda facturas de cortesía a HealthShare planes desde el 1 de Septiembre del 2021. HealthShare no es considerada como seguridad, pero si es considerada una seguridad insuficiente para tener beneficios limitados. Y seré responsable de los cargos de todos los servicios recibidos y pagare por el precio final de las vacunas.
- Doy permiso que en caso de emergencia sin poder contactar me, a Pediatric Associates para que traten a mi hijo/a menor de edad (18 años o menor) en su consultorio según lo requieran los eventos de esa situación de emergencias.
- Tengo el conocimiento del aviso de prácticas de privacidad de HIPAA que recibí, o que he tenido la oportunidad de recibir, la copia de la privacidad de la práctica de Pediatric Associates.
- Yo doy permiso para tener cita vía telemedicina cuando sea necesario.
- Yo doy el consentimiento de recibir textos, mensaje de voz, recuerdos de citas, por correo electrónico, avisándome de las facturas de pago, y notificaciones de salud.
- Yo le doy permiso a Pediatric Associates de compartir información de las vacunas de mi hija/o a las escuelas y con el sistema de vacunas del estado de Colorado (CIIS).
- Yo entiendo que acceso al portal del paciente será limitado para los pacientes de 14 años y mayores debido a la ley de confidencialidad al joven, yo poder tener acceso al portal del paciente solamente para las facturas.

FRIMA:	RELACION CON PACIENTE:	FECHA:
--------	------------------------	--------