



Para: Urología Pediátrica de SA , PLLC

De: _____

Fax: (210) 615 - 1601 ____

Teléfono: _____

Gracias por elegir Pediatric Urology of SA PLLC. En un esfuerzo por agilizar su proceso de check-in como paciente nuevo, complete los formularios del paciente nuevo antes de su cita y envíelos por fax o tráigalos a su cita.

Artículos para llevar a su cita:

- 1) Nuevos formularios para pacientes
- 2) Tarjeta (s) de seguro
- 3) Cualquier y toda la reciente ultrasonido, tomografía computarizada, rayos X, y resonancia magnética
- 4) Medicamentos

Información de la oficina:

Urología pediátrica de San Antonio , PLLC
4499 Medical Drive Suite 360
San Antonio, Texas 78229
Te: (210) 615 - 1600
Fax: (210) 615 - 1601

Ubicación:

Plaza Methodist
Esquina de Floyd Curl y Medical Drive
Al otro lado de la calle del Hospital Methodist

Gracias por escoger Urología pediátrica de San Antonio , PLLC . Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con el personal de nuestra oficina. Esperamos verte.

Paciente Nuevo Información actualizado



Datos Demográficos del paciente

Nombre de Niño(a): _____
APELLIDOS NOMBRE MI

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ Género: Hombre Hembra

Dirección: _____
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO ZIP

Teléfono: ____ - ____ - ____ Teléfono del Padre: ____ - ____ - ____ Teléfono de la madre: ____ - ____ - ____

Raza: afroamericano americano Indio/Nativo de Alaska Asiático Hispano

Nativo de Hawaii/Islands del Pacífico Blanco Otro

Etnicidad: Hispano o latino decente No hispano o latino decente No deseo reportar

Nombre del padre: _____ SS #: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Ocupación del padre: _____ Empleador: _____

Nombre de la madre: _____ SS#: ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Ocupación de la madre: _____ Empleador: _____

Información de Contacto en caso de Emergencia

Nombre: _____ Teléfono: ____ - ____ - ____

Lanzamiento de información médica

(La información médica se puede divulgar a las siguientes personas)

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: ____ - ____ - ____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: ____ - ____ - ____

Información del pago

Forma de pago: Seguro de salud Seguro de auto Compensación de trabajadores Auto pago Otro

Seguro primario :

Empresa principal : _____ Nombre del asegurado: _____

Póliza #: _____ Grupo #: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: ____ / ____ / ____

Seguro Secundario

Empresa Secundario : _____ Nombre del asegurado: _____

Póliza #: _____ Grupo #: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: ____ / ____ / ____

Acuerdo de pago auto

Acepto pagar los servicios médicos prestados por Pediatric Urology of SA PLLC . Entiendo que el pago debe hacerse antes de establecer como un nuevo paciente .

Firma del paciente / tutor : _____ Fecha: ____ / ____ / ____

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:

Autorizo Pediatric Urology of San Antonio , PLLC y proveedores afiliados para divulgar cualquier información médica solicitada por las compañías de seguro con las que tengo cobertura o cualquier agencia pública que pueda estar colaborando en el pago de mi atención médica.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Autorizo el lanzamiento de cualquier información médica necesaria para procesar cualquier reclamo asociado con Pediatric Urology of San Antonio , PLLC y proveedores afiliados con respecto a mi atención médica. Permito que se use una copia de esta autorización en el lugar del original.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:

Autorizo el pago de los beneficios a pagar directamente a los proveedores afiliados de Pediatric Urology of San Antonio , PLLC . Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación. Autorizo reembolsos de los beneficios de seguro pagados en exceso, cuando mi cobertura está sujeta a la coordinación de beneficios. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos que surjan del cobro del pago, incluidos los honorarios de los abogados.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO :

Autorizo a la Urología Pediátrica de San Antonio , PLLC y proveedores afiliados a realizar un examen físico y proporcionar cualquier tratamiento médico que se considere necesario. Esto incluye, entre otros, todos los exámenes médicos necesarios, ecocardiogramas, ECG, escáneres nucleares, radiografías y / o exámenes médicos y procedimientos quirúrgicos.

RESPONSABILIDAD DEL PAGO DEL PACIENTE:

Acuerdo que todas las tarifas, deducibles, coseguros y copagos aplicables son mi responsabilidad y deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios.

CANCELACIONES DE CITAS:

Por la presente, me comprometo a hacer todo lo posible para llamar a la oficina por lo menos 24 horas antes de cualquier cita que deba cancelarse o reprogramarse. También vea la póliza de tarifas adjuntas No Show.

CAMBIO DE INFORMACIÓN:

Por la presente, me comprometo a proporcionar a la oficina cualquiera información sobre los cambios en mi dirección, número de teléfono, beneficios de salud o información del seguro.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD :

Pediatric Urology of San Antonio , PLLC y proveedores afiliados están obligados a proporcionarle una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, que establece cómo podemos usar y / o divulgar su información de salud. Firmar a continuación indica el acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad de nuestra oficina .

FIRMA AUTORIZADA:

Autorizo que he leído este documento y que cumpliré con las pólizas enumeradas anteriormente. También entiendo y acepto que Pediatric Urology of San Antonio , PLLC y proveedores afiliados se reservan el derecho de terminar la relación médico / paciente por el incumplimiento de cualquiera de las políticas anteriores.

Nombre del paciente (con letra de molde)

____/____/_____
Fecha

Firma del paciente / tutor



Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

Aviso al paciente

Los cirujanos de Urología Pediátrica de San Antonio realizan operaciones en varias instalaciones en San Antonio. Estamos obligados a informarle que nuestros cirujanos tienen un interés financiero en el Methodist Ambulatory Surgery Center ubicado en Ewing Halsell Drive.

Aviso al paciente

Los cirujanos de Urología Pediátrica de San Antonio participan activamente en la enseñanza y capacitación de estudiantes de medicina y residentes de cirugía (aprendices). Muy a menudo, los estudiantes y residentes están en la sala de operaciones observando y ayudando a su cirujano durante la cirugía de su hijo. Los estudiantes y residentes siempre están bajo la supervisión directa de su cirujano. Su cirujano siempre está presente durante la cirugía de su hijo. Si tiene preguntas o inquietudes sobre la enseñanza y la capacitación de sus estudiantes de medicina y residentes de cirugía, discútalas con su cirujano.

Cancelación las 24 horas y política de tarifas de "no presentación"

Cada vez que un paciente pierde una cita sin dar el aviso adecuado, se impide que otro paciente reciba atención. Por lo tanto, Pediatric Urology of San Antonio se reserva el derecho de cobrar una tarifa de **\$30.00 por todas las citas médicas perdidas** ("no se presenta") y citas que, en ausencia de una razón de peso, no se cancelan con 24 horas de anticipación. Del mismo modo, "no se presenta" para **estudios urodinámicos o cirugías recibirá una tarifa de \$ 100** . Las tarifas "No Show" se le cobrarán al paciente. Esta tarifa no está cubierta por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Múltiples "no presentaciones" en cualquier período de 12 meses pueden resultar en la terminación de nuestra práctica. Gracias por su comprensión y cooperación mientras nos esforzamos por atender mejor las necesidades de todos nuestros pacientes. Al firmar a continuación, usted reconoce que recibió este aviso y entiende esta póliza.

Al firmar a continuación, he reconocido que he leído y entiendo los avisos anteriores.

Firma: _____

Nombre con letra de molde: _____

Fecha: _____/_____/_____



Información de Oficina:
4499 Medical Dr. Suite 360
San Antonio, Texas 78229
Teléfono: (210) 615-1600
Fax: (210) 615-1601

Autorización del paciente para la divulgación de información médica protegida

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ SS #: _____ - _____ - _____

Por la presente, autorizo al médico / a la práctica (Médico divulgador / Práctica) a continuación para que divulguen mi Información médica protegida (información contenida en mis registros médicos) a Pediatric Urology of San Antonio , PLLC y proveedores de atención médica afiliados.

Médico divulgador / Práctica: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____

Descripción de la información a revelar :

<input type="checkbox"/> Registro médico completo	<input type="checkbox"/> MRI
<input type="checkbox"/> Ultrasonido	<input type="checkbox"/> EKG
<input type="checkbox"/> Rayos X del pecho	<input type="checkbox"/> Notas de Oficina
<input type="checkbox"/> Escaneo CT	<input type="checkbox"/> Labs Informes / Pruebas
<input type="checkbox"/> Ecocardiogramas	

Información protegida de salud será remitida a:

Pediatric Urology of SAN ANTONIO PLLC
A la atención de: REGISTROS MÉDICOS
4499 MEDICAL DRIVE, SUITE 360
SAN ANTONIO , TX 78229
TELÉFONO: (210) 615-1600

Propósito de la divulgación:

<input type="checkbox"/> Cuidado continuo	<input type="checkbox"/> Cambio de Doctor
<input type="checkbox"/> Remisión al especialista	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Entiendo lo siguiente:

- 1). Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a Pediatric Urology of San Antonio , PLLC .
- 2). Es posible que no pueda revocar esta autorización una vez que la oficina haya utilizado la información recibida. o si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro.
- 3). Pediatric Urology of San Antonio , PLLC no condicionará el tratamiento o el pago en función de mi firma de esta Autorización .
- 4). La información revelada por esta autorización puede estar sujeta a una nueva - divulgación por Pediatric Urology of San Antonio, PLLC. y ya no está protegido por la Ley Federal.
- 5). He revisado esta Autorización y entiendo su propósito e intención
- 6). Esta Autorización es válida hasta o a menos que presente por escrito una solicitud de revocación a la práctica.

Firma del paciente / tutor

____/____/____
Fecha

Nombre