

# BIENVENIDO A LA CLINICA DEL NINO

Como se entero de nuestra clínica?  PACIENTE ESTABLECIDO  PAGINAS AMARILLAS  LETRERO AFUERA  
 AMIGO  FESTIVAL  PERIODICO  SEGURO  OTRO (especificar):

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento:	Seguro Social:	
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:	Teléfono de Casa:	
Nombre de la Madre:	Fecha de Nacimiento de Madre:	Teléfono de Celular:		
Trabajo de la Madre:	Dirección del Trabajo:	Ciudad/Estado:	Código Postal:	Teléfono de Trabajo:
Nombre del Padre:	Fecha de Nacimiento de Padre:	Teléfono de Celular:		
Trabajo del Padre:	Dirección del Trabajo:	Ciudad/Estado:	Código Postal:	Teléfono de Trabajo:
En Caso de Emergencia: Nombre:	Relación con el Paciente:	Número de Teléfono:		

## INFORMACION DE SEGURO

<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Peachcare for Kids	Nombre de Seguro	Numero de la tarjeta de seguro:	Número de grupo de Póliza:	Teléfono de Seguro:
Nombre de la persona responsable de la cuenta	Relación con el Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro::			

## INFORMACION DE FARMACIA

Nombre de la farmacia que usa?	Ciudad:	Numero de teléfono:
Nombre del pediatra anterior?	Numero de teléfono:	última cita?

## Correo electrónico:

### AUTORIZACION

**Por favor mostrar su tarjeta de seguro.**

Yo autorizo compartir información médica y autorización a International Pediatric Clinic para recibir los pagos de mi seguro. Por favor entregue esta forma a la recepcionista.

Certifico con mi firma que la información anterior es verdad y correcta.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

International Pediatric Clinic  
3780 Holcomb Bridge Rd. Suite C  
Peachtree Corners, GA 30092  
Office: 770-263-9101  
Fax: 770-263-9102

Suzana Mara Montana, MD, FAAP  
Johelin De Freitas Hernandez, MD  
Alexa D. Thompson, CNP

**Pediatría de alta calidad con amor y sin límites**

**Los Doctores y Empleados de La Clínica del Nino, PC quieren que usted sepa como protegemos y mantenemos la confidencialidad de su información médica.**

Cuando usted visita nuestra clínica es muy importante para nosotros que usted se sienta en confianza de contarle a su médico toda la información personal que sea valiosa para poder diagnosticar o tratar el problema del paciente. Como profesionales del área médica, por favor tenga la seguridad que nuestra clínica ha tenido siempre políticas y procedimientos estrictos en orden de proteger la privacidad de la información que usted nos ha transmitido. Sin embargo, a partir del 14 del Abril de 2003, surgieron nuevas regulaciones pautadas por la ley federal llamada HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act). Las regulaciones de HIPAA cubren a los doctores, todos los demás servidores del área médica a las empresas de los seguros médicos y todos los procesos de reclamos llevados a cabo por los empleados. En general, HIPAA se hizo para establecer estándares a nivel nacional para:

- Brindarles a los pacientes más control sobre su información médica;
- Establecer límites entre el uso de su historial médico;
- Establecer las normas de seguridad que los doctores, planes de salud y otros proveedores de salud deben tener en el lugar de trabajo para proteger las privacidades de cualquier información médica o de salud;
- Retener a los infractores responsables, con sanciones civiles y penales; y
- Tratar de balancear las necesidades de privacidad del paciente con los requerimientos de responsabilidad pública exigido por la salud pública.

Las regulaciones de HIPAA exigen que, en el momento de su primera visita, les proveamos a todos nuestros pacientes una copia explicando lo que ella significa. Esta describe como la información médica provista por usted puede ser usada por parte de nuestra clínica y sus derechos en relación a como accede a esta información. Por favor firme en el espacio de abajo como prueba de que se le ha brindado la oportunidad de revisar y hacer preguntas sobre las prácticas de privacidad de HIPAA. Usted está en todo su derecho de reclamar una copia para revisarla y guardarla como parte de su historial médico. Gracias por su colaboración.

**Yo reconozco que se me ha sido la oportunidad de revisar y/o recibir una copia de las prácticas de privacidad de La Clínica del Nino y que al mismo tiempo se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted es una representante, por favor especifique la relación con el paciente:

Fecha: \_\_\_\_\_

Patient Acknowledgement for Notice of Privacy Practices

**PERMISO PARA RECIBIR TRATAMIENTO**

Por medio de la presente estoy solicitando de manera voluntaria los servicios y atención medica por parte de La Clínica del Nino, para mi hijo(a) tal cual como está registrado en la planilla de la clínica. Yo doy mi permiso y mi consentimiento a todo el personal que trabaja en La Clínica del Nino a diagnosticar y llevar a cabo cualquier procedimiento que se considere necesario para que mi hijo(a) tenga una atención medica apropiada. Igualmente entiendo que podría en algún momento rechazar cualquier atención medica que sea necesaria para mi hijo(a), y por ende acepto responsable y firmemente mi decisión. Además, entiendo que La Clínica del Nino no presta servicios médicos durante las noches, o el fin de semana y durante los días que son feriados por ende si mi hijo(a) necesita tratamiento médico, mientras La Clínica está cerrada, buscare atención medica en el hospital de emergencia para ese día o noche en particular. Yo reconozco que La Clínica del Nino, y/o sus empleados, tienen por causa debidamente justificadas, el derecho de negarle a iniciar o continuar atención médica a mi hijo(a) o hijos(as). Certifico que estoy legalmente autorizado(a) para firmar esta declaración de permiso para recibir tratamiento.

Yo, \_\_\_\_\_ (representante legal), autorizo a las siguientes personas a que traigan mi hijo(a) a esta clínica para la evaluación y/o tratamiento.

1. \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

Para pacientes de 18 años o más SOLAMENTE: Por la presente yo autorizo que todos mis registros medico sean discutidos con las siguientes personas.

1. \_\_\_\_\_ Numero teléfono: \_\_\_\_\_

Firma de Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_