



Paquete para Pacientes Nuevos

Una bienvenida...

Bienvenidos a nuestra práctica. Somos especialistas certificados por la junta en la prestación de atención médica a bebés, niños y adolescentes. Todos en esta práctica operan como miembros de un equipo. Como tal, actuamos como defensores en nombre de su hijo. Al proporcionar atención primaria continua para su hijo a través de nuestro grupo, está asegurando la mejor atención posible. Esperamos participar en el cuidado de la salud de su hijo. Para brindarle un mejor servicio, todas las visitas son solo con cita previa. Por favor, llegue a tiempo para ayudarnos a cumplir con el cronograma. Si llega tarde, es posible que se le pida que re programe. Requerimos un aviso de cancelación de citas con 24 horas de anticipación. Habrá un cargo por servicio por citas perdidas sin previo aviso. Cuando llame a nuestra oficina, asegúrese de proporcionar el nombre de su hijo y el tipo de visita necesaria. Pídale al programador que le repita toda la información de la cita al final de su conversación para confirmar que es correcta. Si tiene más de un niño que necesita ser atendido, infórmele al programador para que se le permita una cantidad adecuada de tiempo. Si su hijo está enfermo, le pedimos que llame lo más temprano posible en la mañana para programar una cita. Las citas se pueden hacer o cancelar después de las 7:15 a.m. Por favor, trate de hacer su próximo chequeo y/o cita de seguimiento mientras todavía está en la oficina.

Llamadas telefónicas...

Si llama con una verdadera emergencia médica, llame al 911. Tenemos programación centralizada; Todas las citas se pueden hacer llamando al (804) 320-1353 y luego seleccionando la opción 2. Las citas diarias por enfermedad se hacen después de las 7:15 a.m. Si desea comunicarse con un médico o necesita asesoramiento médico, deje un mensaje en la línea de asesoramiento médico. Necesitaremos la siguiente información cuando deje cualquier mensaje: el nombre del niño, la fecha de nacimiento, la naturaleza de su llamada y un número de teléfono donde se le pueda localizar. Todas las llamadas se devuelven por orden de necesidad médica.

Referencias...

Es su responsabilidad conocer los detalles de su póliza de seguro. Asegúrese de tomar las medidas adecuadas cuando busque atención fuera de nuestra oficina. Requerimos un aviso de 72 horas cuando adquirimos un número de referencia o autorización. Su compañía de seguros no nos permite antedatar ninguna referencia o precertificación.

Emergencias...

Para todas las emergencias médicas verdaderas, llame al 911. Durante nuestro horario de oficina, si su llamada es urgente, indique la naturaleza de su llamada de inmediato y se le conectará con nuestro personal de asesoramiento médico. Si tiene una situación de emergencia fuera del horario de atención, por la noche, en un fin de semana o en un día festivo, puede comunicarse con una enfermera llamando al (804) 320-1353 o al (804) 739-8166. Escuchará un mensaje grabado con instrucciones sobre cómo comunicarse con la enfermera de guardia. Pedimos que las llamadas fuera del horario de atención se limiten solo a situaciones de emergencia y atención de urgencia. La enfermera le devolverá la llamada lo antes posible. Todas las visitas fuera del horario de atención en la oficina se realizan solo en nuestra oficina de Chippenham / Old Jahnke Road.

Línea lingüística...

Commonwealth Pediatrics ofrece el uso de una línea telefónica de idiomas para aquellos que hablan un idioma que no sea inglés. También ofrecemos intérpretes para sordos. (Las visitas de los intérpretes requieren un aviso con dos días de anticipación).

WWW.COMMONWEALTHPEDS.COM

OLD JAHNKE ROAD
7023 OLD JAHNKE ROAD
RICHMOND, VA 23225
(804) 320-1353

HARBOUR POINTE
6510 HARBOUR VIEW CT, STE 100
MIDLOTHIAN, VA 23112
(804) 739-8166

WESTCHESTER COMMONS
15400 WC COMMONS WAY
MIDLOTHIAN, VA 23113
(804) 549-5405



Formulario de consentimiento de HIPAA

(Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1995)

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP, por sus siglas en inglés) proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre usted. Usted tiene derecho a revisar nuestro NPP antes de firmar este consentimiento. Según lo dispuesto en nuestro PNP, los términos de nuestro NPP pueden cambiar, de acuerdo con los cambios en las regulaciones federales. Se adjunta una copia actual a este formulario y también se puede ver visitando nuestro sitio web, www.commonwealthpeds.com.

Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que se usa o divulga su PHI. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su PHI para el tratamiento y las operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya hayamos realizado divulgaciones sobre la base de su consentimiento previo.

Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad al (804) 320-1353.

Nombre del padre o paciente/tutor legal

Firma del padre o paciente/tutor legal

Fecha

WWW.COMMONWEALTHPEDS.COM

OLD JAHNKE ROAD
7023 OLD JAHNKE ROAD
RICHMOND, VA 23225
(804) 320-1353

HARBOUR POINTE
6510 HARBOUR VIEW CT, STE 100
MIDLOTHIAN, VA 23112
(804) 739-8166

WESTCHESTER COMMONS
15400 WC COMMONS WAY
MIDLOTHIAN, VA 23113
(804) 549-5405



Aviso de consentimiento presunto

AVISO DE CONSENTIMIENTO PRESUNTO PARA LA PRUEBA DE VIH, HEPATITIS B O C

Commonwealth Pediatrics está obligado por § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), según enmendado, a darle el siguiente aviso:

1. Si algún profesional de la salud, trabajador o empleado de Commonwealth Pediatrics se expone directamente a su sangre o a sus defectos corporales de una manera que pueda transmitir enfermedades, se analizará su sangre para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (el virus del "SIDA"), así como para detectar la hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le dirá los resultados de la prueba. Bajo VA. Código § 32.1-45.1(4), se considera que tiene su consentimiento para la divulgación de los resultados de la prueba a la persona expuesta.
2. Si usted se expone directamente a la sangre o a los fluidos corporales de un profesional de la salud, trabajador o empleado de Commonwealth Pediatrics de una manera que pueda transmitir enfermedades, se analizará la sangre de esa persona para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (el virus del "SIDA"), así como por la hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica les dirá a usted y a esa persona el resultado de la prueba.

Certifico que he leído y entiendo completamente que este consentimiento permanecerá vigente si mi dependiente o yo recibimos atención de Commonwealth Pediatrics o hasta que lo retire.

Nombre del padre o paciente/tutor legal

Firma del padre o paciente/tutor legal

Fecha

WWW.COMMONWEALTHPEDS.COM

OLD JAHNKE ROAD
7023 OLD JAHNKE ROAD
RICHMOND, VA 23225
(804) 320-1353

HARBOUR POINTE
6510 HARBOUR VIEW CT, STE 100
MIDLOTHIAN, VA 23112
(804) 739-8166

WESTCHESTER COMMONS
15400 WC COMMONS WAY
MIDLOTHIAN, VA 23113
(804) 549-5405



Asignación de beneficios/Garantía de cuenta

Debemos enfatizar que, como proveedores de atención médica, nuestra relación es con su hijo y no con su compañía de seguros. Si bien la presentación de reclamos es una cortesía que le extendemos, usted es responsable a partir de la fecha en que se presta el servicio. Si no participamos con su compañía de seguros, usted es responsable de todos los cargos en el momento del servicio y debe solicitar el reembolso de su compañía de seguros. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheque y crédito (American Express, Discover, MasterCard y Visa).

Commonwealth Pediatrics hará que la persona que firme este formulario sea totalmente responsable financieramente de todos los saldos adeudados, independientemente de la parte asegurada, a menos que; a menos que se proporcione una orden judicial firmada que demuestre que la responsabilidad financiera se encuentra en otra parte.

Le proporcionaremos toda la información que necesite para ayudarlo con su reclamación. Buscamos el pago de la parte que recibe los servicios y no se puede esperar que espere a la conclusión de los casos judiciales o las disputas de seguros. Somos conscientes de que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Le recomendamos que se comunique con nosotros de inmediato antes de su visita a la oficina para obtener ayuda en la administración de su cuenta si surge algún problema.

En caso de que se nos devuelva un cheque por fondos insuficientes, se aplicará un cargo por servicio de \$ 25.00 a su cuenta. Los saldos de más de 60 días pueden estar sujetos a una retención en la cuenta que prohíbe que se programen ciertos tipos de citas a menos que se resuelva el saldo o se establezcan arreglos. Si los intentos de cobro por parte de nuestra oficina en su cuenta resultan infructuosos, entonces será despedido de la práctica y su cuenta será entregada a una fuente externa que informará a la agencia de crédito. Chagres también puede surgir de citas rotas, especialmente aquellas con un aviso previo de 24 horas.

Con mucho gusto discutiremos los cargos antes de su visita al consultorio y cualquier pregunta relacionada con su seguro. Tenga en cuenta que:

- Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte de ese contrato.
- La mayoría de las empresas consideran que nuestras tarifas se encuentran dentro del rango aceptable y, por lo tanto, están cubiertas hasta la asignación máxima determinada por cada transportista. Esta declaración no se aplica a las compañías que reembolsan sobre la base de un "programa" arbitrario de tarifas, que no tiene relación con el estándar actual y el costo de la atención en esta área a la que las compañías de seguros se refieren como **UCR: usual, habitual y razonable**.
- No todos los servicios son un beneficio cubierto en todos los contratos. Es su responsabilidad saber qué servicios están cubiertos por su póliza. Póngase en contacto con su compañía de seguros para revisar la cobertura médica de su hijo/s. Esto incluye la cantidad de controles de niño sano (chequeos) que se le permiten a su hijo por año (desde el nacimiento hasta los 12 meses, de 2 a 3 años y visitas anuales después de los 5 años). Consulte con la compañía de seguros para asegurarse de que las vacunas sean un beneficio cubierto con su póliza. Si el niño supera la cantidad de chequeos de niño sano permitidos o recibe vacunas que no se consideran un beneficio cubierto, esperaremos el pago total de estos servicios. Si su seguro requiere que los servicios los preste otro proveedor, es su responsabilidad notificarnos sobre el proveedor y las instalaciones utilizadas (por ejemplo, procedimientos de laboratorio, rayos X y equipos médicos duraderos).

CARGOS ADICIONALES DURANTE LOS CHEQUEOS DE NIÑO SANO: A veces, un niño está enfermo el día en que se programa su examen físico. Cuando esto sucede, nuestros médicos recomiendan que traiga a su hijo para que lo vean y lo traten para la enfermedad y que re programe el chequeo para una fecha y hora en que su hijo se sienta mejor.

A veces, si su hijo tiene una enfermedad simple, como dolor de oído, dolor de garganta o fiebre, el tratamiento para la enfermedad y el chequeo pueden realizarse en la misma visita. Tenga en cuenta que estas se consideran dos visitas separadas y deben cobrarse como tales. Esto puede resultar en un copago adicional o en la aplicación de su deducible para una visita que de otro modo se habría considerado preventiva. Por favor, notifique a la recepcionista de la enfermedad de su hijo y de su elección para ser atendido en ambas visitas juntas o para reprogramar la parte del chequeo. Gracias por su ayuda.

Con mi firma, doy fe de que he leído y entendido la política anterior.

Firma del Padre/Tutor/Garante: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

WWW.COMMONWEALTHPIDS.COM

OLD JAHNKE ROAD
7023 OLD JAHNKE ROAD
RICHMOND, VA 23225
(804) 320-1353

HARBOUR POINTE
6510 HARBOUR VIEW CT, STE 100
MIDLOTHIAN, VA 23112
(804) 739-8166

WESTCHESTER COMMONS
15400 WC COMMONS WAY
MIDLOTHIAN, VA 23113
(804) 549-5405



Formularios de inscripción

Por favor llene completamente el formulario e incluir a todos los niños en forma

Nombre del 1er hijo _____	Fecha de nacimiento _____	Género: _____
Raza: _____	Etnicidad: _____	Idioma principal: _____
Nombre del 2do hijo _____	Fecha de nacimiento _____	Género: _____
Raza: _____	Etnicidad: _____	Idioma principal: _____
Nombre del 3er hijo _____	Fecha de nacimiento _____	Género: _____
Raza: _____	Etnicidad: _____	Idioma principal: _____
Nombre del padre/tutor: _____	Fecha de nacimiento _____	SSN: _____
Dirección: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____	Teléfono: _____
Nombre del padre/tutor: _____	Fecha de nacimiento _____	SSN: _____
Dirección: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____	Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del seguro: _____	Fecha de Vigencia: _____
Nombre del titular de la póliza: _____	Relationship al paciente: _____
Número de póliza: _____	Número de grupo: _____

¿Da su consentimiento para enviar/recibir información de salud sobre su hijo a través de nuestro portal seguro para pacientes?
(Por favor, marque con un círculo uno) ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione la dirección de correo electrónico que aparece a continuación y que desea vincular a su cuenta

***Todas las comunicaciones que contengan información médica protegida (PHI) deben transmitirse hacia o desde Commonwealth Pediatrics a través de nuestro portal seguro para pacientes. Cualquier comunicación que no se transmita a Commonwealth Pediatrics a través del portal representa un riesgo de ser accedida de manera inapropiada. Para proteger la privacidad del paciente, Commonwealth Pediatrics no responderá a ninguna comunicación que contenga phi que no se envíe a través de nuestro portal seguro.*

WWW.COMMONWEALTHPEDS.COM

OLD JAHNKE ROAD
7023 OLD JAHNKE ROAD
RICHMOND, VA 23225
(804) 320-1353

HARBOUR POINTE
6510 HARBOUR VIEW CT, STE 100
MIDLOTHIAN, VA 23112
(804) 739-8166

WESTCHESTER COMMONS
15400 WC COMMONS WAY
MIDLOTHIAN, VA 23113
(804) 549-5405



Permiso para divulgar información médica protegida (PHI)

Paciente(s) Nombre: _____ Fecha de nacimient: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimient: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimient: _____

Commonwealth Pediatrics is dedicated to protecting the privacy of our patients. Except where required by law, Commonwealth Pediatrics se dedica a proteger la privacidad de nuestros pacientes. Excepto cuando lo exija la ley, Commonwealth Pediatrics NO autorizará el tratamiento, divulgará ni discutirá ninguna información sobre la salud o el estado financiero de su hijo con nadie que no sea el padre o tutor legal, a menos que se indique lo contrario en la tabla a continuación. **Considere agregar a ciertas personas, como abuelos, tías, tíos, hermanos mayores de 18 años, niñeras u otros proveedores de atención que puedan necesitar tratamiento o asesoramiento en su ausencia.**

Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono	Autoriza la realización del siguiente: (circula todo lo que corresponda)
		_____ ¿Se puede dejar un mensaje detallado? ☐ SI ☐ NO	☐ Llevar a una cita ☐ Consultar a un médico ☐ Obtener/resultados del laboratorio ☐ Recoger el medicamento ☐ Discutir información financiera/seguros
		_____ ¿Se puede dejar un mensaje detallado? ☐ SI ☐ NO	☐ Llevar a una cita ☐ Consultar a un médico ☐ Obtener/resultados del laboratorio ☐ Recoger el medicamento ☐ Discutir información financiera/seguros
		_____ ¿Se puede dejar un mensaje detallado? ☐ SI ☐ NO	☐ Llevar a una cita ☐ Consultar a un médico ☐ Obtener/resultados del laboratorio ☐ Recoger el medicamento ☐ Discutir información financiera/seguros

Como padre o tutor legal, ¿acepta recibir un mensaje detallado sobre el cuidado o la cuenta de su hijo si un miembro de nuestro personal no puede comunicarse con usted? (marque una) ☐ SI ☐ NO

Derechos del paciente:

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.
- Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se divulgará como se describe en este documento.
- La revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido revelada, pero será efectiva en el futuro.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización la puede revelar el destinatario y no estar protegida por la ley federal o estatal.

Al firmar a continuación, doy permiso para que la(s) persona(s) que se menciona(n) en la tabla reciban la información médica protegida indicada sobre mi hijo. Entiendo que este formulario es legalmente vinculante y tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y el tratamiento de mi hijo no estará condicionado a la firma. La información se divulga a los padres/tutores legales, o cuando el niño cumple 18 años.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación con el paciente: _____

WWW.COMMONWEALTHPEDS.COM

OLD JAHNKE ROAD
7023 OLD JAHNKE ROAD
RICHMOND, VA 23225
(804) 320-1353

HARBOUR POINTE
6510 HARBOUR VIEW CT, STE 100
MIDLOTHIAN, VA 23112
(804) 739-8166

WESTCHESTER COMMONS
15400 WC COMMONS WAY
MIDLOTHIAN, VA 23113
(804) 549-5405



**POR FAVOR, LEA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PUNTOS
ANTES DE FIRMAR.**

SIN SU FIRMA, NO PODEMOS VER A SUS HIJOS.

AUTORIZO a Commonwealth Pediatrics a brindar atención médica a mi(s) hijo(s). Autorizo el pago de mi compañía de seguros (si corresponde) a Commonwealth Pediatrics por los cargos incurridos. También autorizo la divulgación de información médica a mi compañía de seguros.

ENTIENDO Y ACEPTO que (independientemente de mi estado de seguro), soy responsable en última instancia del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. He leído toda la información anterior y he completado las respuestas anteriores; Certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Le notificaré inmediatamente de cualquier cambio en la información anterior.

Firma _____ Fecha: _____

Nombre del auto de imprenta: _____

Relación con el paciente: _____

WWW.COMMONWEALTHPEDS.COM

OLD JAHNKE ROAD
7023 OLD JAHNKE ROAD
RICHMOND, VA 23225
(804) 320-1353

HARBOUR POINTE
6510 HARBOUR VIEW CT, STE 100
MIDLOTHIAN, VA 23112
(804) 739-8166

WESTCHESTER COMMONS
15400 WC COMMONS WAY
MIDLOTHIAN, VA 23113
(804) 549-5405