



¡Bienvenidos!
**FORMULARIO DE REGISTRO DE
 PACIENTES NUEVOS**
 (POR FAVOR, IMPRIMA)

D. James Kalliongis, MD

Jaime Schell, CPNP

Courtney Freimuth, CPNP

Jill Tierney, MD

INFORMACIÓN DE LOS PADRES (Titular de la tarjeta de seguro principal)

Nombre de los padres:

Apellido:

Relación: Madre Padre Madrastra Padrastra Guardián

Estado Civil: Casado / Soltero / Divorciado / Viudo

Dirección de la calle:

Dirección de correo electrónico:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Fecha de nacimiento:

Teléfono residencial:

Teléfono celular:

Empleador:

Ocupación:

SS#

INFORMACIÓN PARA PADRES

Nombre de los padres:

Apellido:

Relación: Madre Padre Madrastra Padrastra Guardián

Estado civil: Casado / Soltero / Divorciado / Viudo

Dirección de la calle:

Dirección de correo electrónico:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Fecha de nacimiento:

Teléfono residencial:

Teléfono celular:

Empleador:

Ocupación:

SS#

INFORMACIÓN SOBRE LOS NIÑOS

Género asignado

Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento

al nacer

1.

M F

2.

M F

3.

M F

4.

M F

5.

M F

6.

M F

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (No vive con usted)

Nombre completo:

Relación:

Teléfono residencial:

Teléfono celular:

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Necesitaremos hacer una copia de su tarjeta de seguro. Es su responsabilidad proporcionarnos actualizaciones oportunas de su seguro. En caso de que se denieguen las reclamaciones porque no nos ha proporcionado información actualizada, se le facturará por la(s) visita(s).

Si tiene un seguro secundario, DEBE informar a ambas compañías de seguros que tiene doble cobertura. Si el seguro secundario no está al tanto de su seguro primario, no presentaremos una solicitud ante el secundario. Si tiene una póliza comercial y una póliza de Medicaid, la póliza de Medicaid es siempre su cobertura secundaria.

Firma de los padres: _____

Fecha: _____

Proporcione la(s) tarjeta(s) de seguro y una copia del registro de vacunación de su(s) hijo(s) con este formulario.

BAY AREA PEDIATRICS

POLÍTICA FINANCIERA - 2024

Como paciente, usted tiene ciertas responsabilidades por su cuidado. Esas responsabilidades incluyen, pero no se limitan a:

- Proporcionar información de facturación actual y precisa en todas las visitas, incluida una copia de la tarjeta del seguro
- Proporcionar al médico un historial médico completo
- Estar al tanto de su cobertura de seguro, incluyendo qué beneficios están cubiertos y cuáles no.

Los copagos deben pagarse en el momento de la visita. Si no lo hace, puede resultar en una tarifa adicional.

Si no se cancela una cita con al menos 24 horas de anticipación, así como las citas perdidas, se cobrará un cargo por "No Show" de la siguiente manera: citas por enfermedad/revisión \$25.00; Visitas de rutina y citas de medicamentos \$50.00.

Habrará un cargo de \$35.00 por cheques devueltos.

Por el presente, usted autoriza el tratamiento por parte de Bay Area Pediatrics, LLC, y acepta pagar todas las tarifas y cargos por dicho tratamiento. Usted autoriza la divulgación de cualquier información pertinente a su compañía de seguros y a cualquier otro médico involucrado en su atención.

Por la presente, usted autoriza que los beneficios de su seguro se paguen directamente a Bay Area Pediatrics, LLC. Usted acepta ser financieramente responsable de cualquier saldo adeudado.

Usted acepta reembolsar a Bay Area Pediatrics, LLC, los honorarios de cualquier agencia de cobranza, que pueden basarse en un porcentaje máximo del 35% de la deuda, y todos los costos y gastos, incluidos los honorarios razonables de abogados, en los que incurramos en dichos esfuerzos de cobranza.

Su firma reconoce la comprensión y el consentimiento a toda la información anterior.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente o Padre/Tutor si firma por menor de edad

.....

Enumere todos los pacientes y las fechas de nacimiento:

BAY AREA PEDIATRICS

Reconocimiento de las prácticas de privacidad de HIPAA - 2024

POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE ANTES DE FIRMAR

Entiendo que la información de salud del paciente es privada y confidencial. Entiendo que Bay Area Pediatrics trabaja muy duro para proteger la privacidad del paciente y preservar la confidencialidad de la información médica personal del paciente.

Entiendo que Bay Area Pediatrics puede usar y divulgar la información médica personal del paciente para ayudar a brindarle atención médica, para manejar la facturación y los pagos, y para encargarse de otras operaciones de atención médica.

Bay Area Pediatrics tiene un documento detallado llamado "Aviso de Prácticas de Privacidad". Contiene más información sobre las políticas y prácticas que protegen la privacidad del paciente. Entiendo que tengo derecho a leer el "Aviso" antes de firmar este Acuse de Recibo.

Dentro de este Aviso de Prácticas de Privacidad se incluye una descripción completa de mis derechos de privacidad/confidencialidad. Estos derechos incluyen, entre otros, el acceso a mis registros médicos; restricciones a determinados usos; recibir un informe de las divulgaciones según lo exige la ley; y solicitar que la comunicación se realice por métodos específicos de comunicación o ubicación alternativa. El presente Aviso de Prácticas de Privacidad podrá ser actualizado periódicamente.

FIRMA: _____ FECHA: _____
(Paciente o Responsable, si el paciente es menor de edad)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del
paciente: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del
paciente: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del
paciente: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del
paciente: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del
paciente: _____

BAY AREA PEDIATRICS - INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO PARA PACIENTES NUEVOS

Indique el nombre y la fecha de nacimiento del paciente:

Nombre de la Compañía de Seguros:

(POR FAVOR, PROPORCIONE UNA COPIA DE LA TARJETA)

¿Está esta póliza cubierta por un grupo de empleadores??

Y

N

¿Esta póliza está cubierta por MD Medicaid?

Y

N

Número de identificación del miembro:

Número de grupo de miembros:

Nombre del suscriptor:

Fecha de nacimiento del suscriptor:

Relación con el paciente:

¿El paciente tiene cobertura secundaria?

Y

N

(EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN DE COBERTURA EN EL REVERSO DEL FORMULARIO)

Nombre de la persona que completa este

La fecha de hoy:

BAY AREA PEDIATRICS - INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO PARA PACIENTES NUEVOS

Nombre de la compañía de seguros secundaria:

(POR FAVOR, PROPORCIONE UNA COPIA DE LA TARJETA)

**¿Esta póliza está cubierta por un grupo de
empleadores?**

Y

N

¿Está cubierta esta póliza por MD Medicaid??

Y

N

Número de identificación de miembro:

Número de grupo de miembros:

Nombre del suscriptor:

Fecha de nacimiento del suscriptor:

Relación con el paciente:



Registro en el portal

POR FAVOR, IMPRIMA CON CLARIDAD

Relación de Persona a Paciente Completando este Formulario: _____

Nombre (nombre): _____

Firma de la persona

Nombre (apellido): _____

Consentimiento para el uso del portal: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono celular: _____

¿Cómo le gustaría recibir una notificación de un mensaje pendiente del portal?

_____ Correo electrónico _____ Celular (debe seleccionar uno o ambos)

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento

¿Qué es la tabla de mi hijo?

Nuestros pacientes pueden acceder de forma segura a su historia clínica personal en línea, desde la privacidad de su hogar o cualquier otro lugar con conexión a Internet utilizando el portal para pacientes My Kid's Chart.

Bay Area Pediatrics sigue siendo una práctica pediátrica privada independiente, pero nos hemos asociado con My Kid's Chart para utilizar el sistema de portal del paciente.

Los miembros de My Kid's Chart pueden:

Conéctese en línea para ver sus problemas de salud actuales Ver detalles de citas anteriores

Solicitar renovaciones de recetas Solicitar derivaciones a especialistas

Comprobar los resultados de las pruebas de laboratorio y de diagnóstico por imágenes

Envíe preguntas o solicitudes a nuestro equipo de Pediatría del Área de la Bahía

BAY AREA PEDIATRICS

Consentimiento de los padres/tutores para el tratamiento médico

Información del niño

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Información del cuidador (QUE NO SEA EL PADRE/TUTOR)

Nombre del cuidador

Relación con el paciente

Número de teléfono

Nombre del cuidador

Relación con el paciente

Número de teléfono

Nombre del cuidador

Relación con el paciente

Número de teléfono

1. Doy permiso para que el/los cuidador(es) mencionado(s) anteriormente autorice/consienta para todo tratamiento médico, todos los procedimientos médicos, todas las pruebas de diagnóstico, todas las vacunas, todos los exámenes, etc., para el(los) niño(s) mencionado(s) anteriormente, que pueden ser necesarios durante mi ausencia, mientras soy atendido en Bay Area Pediatrics.

NO se requieren consentimientos en situaciones de emergencia.

Esta autorización permanecerá en vigor hasta que: (encierre en un círculo una de las siguientes opciones)

A) _____ OR B) a menos que sea revocado por mí
Mes, Día, Año

1. No doy permiso para que los pacientes mencionados anteriormente sean atendidos en el consultorio en ausencia de un padre/tutor, como se indica a continuación, que no sea en caso de emergencia.

Inicial del padre/tutor

Firma

Padre/Tutor (marque uno)

Relación con el paciente

Fecha

Padre/Tutor (marque uno)

Relación con el paciente

Fecha

Comprender las prácticas de facturación y visitas al consultorio

Los proveedores y el personal de Bay Area Pediatrics están comprometidos a brindar y mantener la mejor atención posible para nuestros pacientes. Su revisión de las prácticas de facturación por adelantado permite una buena comunicación y un entendimiento común.

Las políticas de facturación de las compañías de seguros dictan que diferenciamos entre dos tipos de servicios.

Servicios de bienestar

Servicios orientados a problemas

¿Qué se puede incluir en los Servicios de Bienestar? (también conocido como visita preventiva o chequeo físico o de niño sano)

Antecedentes apropiados para la edad

Asesoramiento preventivo (como una nutrición adecuada)

Examen médico apropiado para la edad

Revisión del historial de vacunas

Orientación anticipatoria

Revisión e interpretación de los laboratorios recomendados

¿Qué otros servicios relacionados con la prevención se facturarán por separado?

Productos vacunales

Servicios de administración de vacunas (incluido el asesoramiento)

Laboratorios recomendados de forma rutinaria*

Pruebas de detección (p. ej., pruebas de detección de la vista, la audición, el desarrollo y la depresión)

Durante las visitas de bienestar, realizamos todas las pruebas de detección recomendadas apropiadas para la edad y el sexo y buscamos descubrir cualquier condición que conduzca a una salud subóptima en los próximos años. Estas pruebas son recomendadas por la Academia Americana de Pediatría. El uso de herramientas de detección también nos permite comenzar a tratar las afecciones en sus primeras etapas. La mayoría de los planes de seguro consideran que estos exámenes son un servicio orientado a problemas y, por lo tanto, pueden generar costos compartidos en forma de copago, coseguro y/o deducible.

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio hace que muchos servicios de bienestar y/o preventivos estén cubiertos en su totalidad por la mayoría de los planes de seguro. Sin embargo, esto no es cierto para muchos servicios orientados a problemas. La gestión de los diagnósticos médicos, incluida la necesidad de reabastecer medicamentos de cualquier tipo, son categorizados por las compañías de seguros como servicios orientados a problemas. La evaluación y/o manejo de cualquier queja y/o síntoma ofrecido por un paciente o identificado al ser interrogado durante un examen de bienestar constituye un servicio orientado a problemas que puede resultar en que su compañía de seguros procese su reclamo utilizando tanto beneficios de bienestar como beneficios orientados a problemas.

Servicios Orientados a Problemas

Algunos ejemplos comunes de servicios orientados a problemas incluyen, entre otros:

Enfermedad tratada (oídos, ojos, nariz, garganta, tos, fiebre, etc.)

Servicios de lactancia

Extracción de suturas

Enfermedades crónicas abordadas

Ansiedad/Depresión

*por ejemplo, obesidad, asma, ADD/ADHD

Problemas de comportamiento

Ejemplos de servicios de detección incluyen, pero no se limitan a:

Cuestionarios de salud mental

Exámenes de la vista

Cuestionarios para adolescentes

Pruebas de audición

Pruebas de detección de autismo (MCHAT)

Exámenes de detección del desarrollo (p. ej., cuestionarios de 9 y 12 meses)

*Todos los servicios de laboratorio y radiología realizados o referidos por nuestros proveedores pueden resultar en facturas y/o cargos adicionales de otras compañías que pueden incluir, pero no se limitan a: laboratorios Quest/Labcorp/Comnexus, AAD/CM Imaging, etc. Es posible que reciba estados de cuenta separados por estos servicios.

Nuestra práctica médica quiere brindar la atención más actualizada e integral posible, por lo que abordamos estos problemas durante las visitas de bienestar. Además, tratamos de eliminar la necesidad de que el paciente regrese al consultorio, siempre que sea posible. **Es responsabilidad del titular de la póliza estar al tanto de los beneficios y la cobertura de su plan de seguro. El deducible, el copago, el coseguro o los gastos de bolsillo acordados entre usted y su compañía de seguros están fuera de nuestro control.**

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre y fecha de nacimiento del paciente: _____



Exención de servicio no cubierto

Bay Area Pediatrics, LLC, se compromete a brindar solo atención de la **calidad más alta** para su hijo. Utilizamos las pautas sugeridas actuales creadas por la Academia Estadounidense de Pediatría y otras fuentes confiables para obtener información de resultados clínicos basada en evidencia.

Dado que el tratamiento oportuno y adecuado de su hijo es de muy importante para nosotros, le pedimos que firme una "renuncia" que nos dé permiso para realizar exámenes de detección, pruebas y servicios no cubiertos que nosotros, sus proveedores de atención de confianza, consideremos necesarios.

La siguiente es una lista de los servicios prestados con más frecuencia para los cuales solicitamos una renuncia firmada y que puede usar para determinar la cobertura con su aseguradora.

Ejemplos de servicios de detección incluyen, pero no se limitan a:

1. Examen de la vista
2. Pruebas de audición
3. Detección de depresión materna
4. Evaluación del desarrollo
5. Cuestionarios de detección de salud mental
6. Cuestionarios de cribado de adolescentes
7. Pruebas de detección de autismo

*** Todos los servicios de laboratorio y/o radiología realizados o referidos por nuestros proveedores pueden resultar en facturas y/o cargos adicionales de otras compañías que pueden incluir, entre otros: Quest/Labcorp/Anne Arundel Laboratory Services, Anne Arundel Medical Center, etc. Es posible que reciba estados de cuenta separados por estos servicios.*

Esta práctica médica pediátrica se compromete a brindar la atención más actualizada e integral posible, por lo que abordamos estos problemas en las visitas recomendadas o indicadas. Además, nos esforzaremos por eliminar la necesidad de que el paciente regrese a la oficina, siempre que sea posible. **Es responsabilidad del titular de la póliza estar al tanto de los beneficios y la cobertura de su plan de seguro. El deducible, el copago, el coseguro o los gastos de bolsillo acordados entre usted y su compañía de seguros están fuera de nuestro control.**

Por favor, lea y firme el reverso de este formulario.



Formulario de Renuncia al Servicio No Cubierto Acuse de Recibo

Acuso recibo de la Lista de Exenciones y he sido informado y por la presente doy fe de que comprendo completamente mi responsabilidad financiera por cualquier saldo resultante de servicios no cubiertos, o servicios no cubiertos en la oficina, por mi aseguradora. Acepto pagar el monto del cargo como se indica en este documento, en caso de que mi aseguradora no pague por estos servicios.

Nombre del paciente (s) [enumere todos los miembros de la familia]:

Nombre del Garante / Responsable:

Firma del Garante / Responsable:

Fecha: ____/____/____

¡Gracias!

**BAY AREA PEDIATRICS
POLÍTICA DE VACUNACIÓN**

EXCLUYENDO LA VACUNA CONTRA EL COVID Y LA GRIPE

Dado el aumento significativo de las enfermedades prevenibles por vacunación y los peligros que representan los niños no vacunados para algunos de nuestros pacientes más vulnerables, ya no podemos acomodar a las familias que retrasan o se niegan a vacunar a sus hijos. Esta política entrará en vigor inmediatamente.

Sabemos, y queremos que lo sepa, que las vacunas recomendadas y su calendario son el resultado de años y años de estudio e investigación científica, con datos recopilados sobre millones de niños, por miles de nuestros científicos y médicos más brillantes.

Entendemos que siempre ha habido, y probablemente siempre habrá, discusiones en torno a las vacunas. Pero esa discusión no cambia los hechos, ni la ciencia, ni la evidencia sobre las vacunas.

La campaña de vacunación es víctima de su propio éxito. Es precisamente porque las vacunas son tan efectivas para prevenir enfermedades que incluso discutimos si deben administrarse o no. Debido a la seguridad y eficacia de las vacunas, muchos de ustedes nunca han visto a un niño con poliomielitis, tétanos, tos ferina, meningitis bacteriana o incluso varicela. Y eso, por supuesto, es algo maravilloso.

Escribimos esta declaración no para asustarlo o coaccionarlo, sino para que esté al tanto de los hechos y para enfatizar la importancia de vacunar a su hijo. Reconocemos que la elección puede ser emotiva para algunos padres. Por lo tanto, haremos todo lo posible para apoyarlo y ayudarlo a comprender que vacunarse de acuerdo con el cronograma es lo correcto.

Sin embargo, comprenda que retrasar o "dividir" las vacunas en varias visitas va en contra de las recomendaciones de los expertos y puede poner a su hijo en riesgo de enfermarse gravemente o incluso morir. Estos calendarios alternativos de vacunación van en contra tanto de nuestro consejo médico como de nuestros principios fundamentales en Bay Area Pediatrics. Si elige estas opciones, se le pedirá que firme un acuse de recibo de "Negativa a vacunarse".

Si se niega a cumplir con el calendario de vacunación, a pesar de todos nuestros esfuerzos y recomendaciones, le pediremos que busque otro proveedor de atención médica que comparta sus puntos de vista.

Como profesionales médicos, sabemos que vacunar a los niños a tiempo con las vacunas disponibles actualmente es absolutamente lo correcto para *todos los* niños y adultos jóvenes.

Siempre estaremos encantados de responder a cualquier pregunta o de discutir cualquier inquietud que pueda tener sobre las vacunas.

Acuso recibo de esta notificación. Reconozco que si me niego a adherirme a la política de vacunación de Bay Area Pediatric, se espera que busque atención médica en el consultorio de otro proveedor.

Firma del padre/tutor

Fecha

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Consentimiento para servicios de telemedicina

La telemedicina es la prestación de servicios de atención médica utilizando tecnología cuando el proveedor de atención médica y el paciente no se encuentran en la misma ubicación física.

Los proveedores pueden incluir médicos de atención primaria, especialistas y/o subespecialistas. La información transmitida electrónicamente puede utilizarse para el diagnóstico, la terapia, el seguimiento y/o la educación del paciente, y puede incluir cualquiera de los siguientes:

1. Registros médicos de pacientes
2. Imágenes médicas
3. Comunicaciones interactivas de audio, video y/o datos
4. datos de salida de dispositivos médicos y archivos de sonido y vídeo

Los sistemas electrónicos interactivos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de redes y programas informáticos para proteger la confidencialidad de los datos de identificación e imágenes de los pacientes, e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencionada o no intencionada.

Beneficios potenciales:

1. Mejora del acceso a la atención médica al permitir que un paciente permanezca en casa o en un sitio alejado del consultorio del proveedor.
2. Obtención de la experiencia de un especialista a distancia.

Riesgos potenciales:

Al igual que con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telemedicina. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

1. La información transmitida puede no ser suficiente, por ejemplo, mala resolución de las imágenes, para permitir la toma de decisiones médicas adecuadas por parte de los proveedores.
2. Los proveedores de consultoría no pueden proporcionar tratamiento médico al paciente utilizando equipos de telemedicina ni proporcionar u organizar ninguna atención de emergencia que el paciente pueda necesitar.
3. Podrían producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médico debido a deficiencias o fallos en el equipo.
4. Los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una violación de la privacidad de la información médica personal.
5. La falta de acceso a los registros médicos completos puede resultar en interacciones adversas con otros medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio médico.

Alternativa: Busque atención médica en persona.

Confirmando que en el momento de la visita, el paciente se encuentra físicamente en Maryland, DC o Virginia. Doy mi consentimiento para participar en una visita de telemedicina con un proveedor de Bay Area Pediatrics, LLC. Entiendo que este consentimiento permanece vigente a menos que sea revocado por mí, por escrito.

Nombre del paciente y fecha de nacimiento

Firma del Padre/Tutor/Paciente

Fecha

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor/paciente

BAY AREA PEDIATRICS, LLC

Exención de telemedicina

Los servicios de telemedicina se introdujeron y ampliaron durante la pandemia de COVID-19. Este beneficio tiene un vencimiento que varía de una compañía de seguros a otra.

Por lo tanto, es posible que los servicios de telemedicina no se consideren actualmente un "beneficio cubierto" bajo su plan de seguro médico y, como tal, es posible que su seguro no pague por este servicio.

Al firmar esta renuncia, usted comprende que los servicios de telemedicina pueden no ser un beneficio cubierto. Además, usted acepta pagar por los servicios de telemedicina que no están cubiertos por mi plan de seguro.

Reconozco que se me ha informado con anticipación que es posible que los servicios de telemedicina futuros no estén cubiertos por mi plan de seguro médico y acepto pagar dichos servicios en caso de que resulte un saldo por este servicio no cubierto.

(firma del padre/tutor/paciente)

(fecha)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____