



Gracias por elegir a Sandhills Pediatrics! Queremos que sepa qué esperar mientras se prepara para su próxima visita. Adjunto esta nuestro nuevo paquete de bienvenida para el paciente. Por favor complete los documentos incluidos y llévelos a su visita.

Su visita comenzara con el registro de la clínica y el personal de registro. Si no completó los formularios en el paquete de bienvenida, deberá hacerlo en la visita. También se le pueden proporcionar documentos adicionales para que los complete a como pida el proveedor. El personal de enfermería recolectará los signos vitales y hará una serie de preguntas para actualizar el registro médico del paciente. Esto es importante para el proveedor de su hijo y le ayudará a tener la información necesaria para garantizar que le brindemos a usted y a sus hijos la más alta calidad de cuidado.

****Los pacientes menores de 18 años de edad deben ir acompañados por alguien con autoridad legal para dar su consentimiento al tratamiento.** Si la persona que acompaña al paciente tiene autoridad legal para consentir el tratamiento del paciente, pero no son los padres del paciente, la persona debe llevar la documentación apropiada (por ejemplo documentos de tutela) a la cita.

Si un padre de crianza (foster parent) acompaña a un paciente, los administradores de departamento de servicios sociales *DSS* deben estar disponibles por teléfono durante la cita para poder dar su consentimiento al tratamiento según sea necesario. Si el paciente va acompañado por alguien que no tiene autoridad legal para consentir el tratamiento en nombre del paciente, el padre deberá enviar, por escrito, una declaración de que la persona que lo acompaña puede dar su consentimiento para el tratamiento si es necesario.

Si no tenemos documentos legales apropiados, su cita puede ser reprogramada.

Si no puede asistir a su cita, llame tan pronto como sea posible al 910-692-244. Por favor ayúdenos en su visita trayendo:

- El paquete de bienvenida completado
- Copia de su tarjeta de seguro medico
- Registro actualizado de vacunación
- Todo los medicamentos que su hijo este tomando en su envase original

Por favor visite nuestro sitio web www.sandhillspeds.com para más información o llámenos a 910-692-2444

Esperamos verlos y agradecerles la elección de Sandhills Pediatrics para su cuidado.

Southern Pines
195 West Illinois Avenue
Southern Pines, NC 28387

Seven lakes/ West End
155 Grant Street
Seven Lakes, NC 27367

Raeford
116a Campus Avenue
Raeford, NC 28376



Autorización Entrante Para Liberar y Revelar Información Del Paciente

Información del Paciente	Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ Dirección _____ Número de Teléfono _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____						
Liberar Información DE	Nombre: _____ Número de Teléfono _____ Dirección _____ Número de Fax _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____						
Revelar Información A	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Sandhills Pediatrics</td> <td style="width: 50%;">Teléfono: 910-692-2444</td> </tr> <tr> <td>195 W. Illinois Avenue</td> <td>Fax: 910-692-3651</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Southern Pines, NC 28387</td> </tr> </table>	Sandhills Pediatrics	Teléfono: 910-692-2444	195 W. Illinois Avenue	Fax: 910-692-3651	Southern Pines, NC 28387	
Sandhills Pediatrics	Teléfono: 910-692-2444						
195 W. Illinois Avenue	Fax: 910-692-3651						
Southern Pines, NC 28387							
Información para Revelar	Entiendo que esta información puede incluir un historial de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, embarazo, salud mental / atención psiquiátrica, información relacionada con el alcohol y/o drogas <input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación <input type="checkbox"/> Último Físico <input type="checkbox"/> Resumen Médico <input type="checkbox"/> historial completo <input type="checkbox"/> Información específica: _____						

- esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma
- Sandhills Pediatrics Inc. no restringirá ni condicionará mi tratamiento si elijo no firmar esto
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito, pero entiendo que revocar esta autorización no afectará ninguna información divulgada antes de la revocación
- Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a divulgación por parte del destinatario y no estar protegida

Nombre impreso: _____ Firma _____

Relacion al Paciente: Yo Padre/Tutor Otro: _____ Fecha _____



Formulario de Registro del Paciente

Primero Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento _____ Género **(circule uno)** Masculino/Masculina/Género Diverso

Raza **(circule uno)**: Indio Americano/Nativo de Alaska, Asiático, Negro/Afroamericano,
Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico, Blanco, Otro

Grupo étnico **(circule uno)**: No Hispano/No Latino O Latino **Idioma preferido**: _____

Nombre del titular de la cuenta principal: _____

Dirección del titular de la cuenta principal (correo): _____

Dirección del titular de la cuenta principal (física): _____

Correo electronica familiar: _____

Preferencia de comunicacion: llamada [] O Texto [] #de Teléfono Preferido() _____

Información de Padre/Tutor: se requiere la fecha de nacimiento de ambos padres para la facturación del seguro debido a las normas federales

Padre/Tutor # 1 **(Circule uno)** Mama o Papa- Apellido _____ Primer Nombre _____

Apellido de Soltera _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de Trabajo () _____ Celular () _____

Padre/Tutor # 2 **(Circule uno)** Mama o Papa- Apellido _____ Primer Nombre _____

Apellido de Soltera _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de Trabajo () _____ Celular () _____

Información del Seguro:

Nombre del seguro primario _____ # de Póliza _____

#de grupo _____ Nombre del empleador de la compañía de seguros _____

Nombre del seguro secundario _____ # de Póliza _____

#de grupo _____ Nombre del empleador de la compañía de seguros _____

¿Tiene algún niño que haya sido visto por uno de nuestros proveedores antes de la visita de

hoy? SI No Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Contacto de emergencia que no sea el Padre/Tutor

nombre de contacto _____ Relación al paciente _____

Numero de casa _____ Numero del trabajo _____

¿Tenemos permiso de contactarlo en caso de emergencia y dejar mensajes si es necesario? SI

No Firma _____ Fecha _____



Designación de los Padres Para Permitir el Consentimiento al tratamiento

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección del Paciente _____

Yo, siendo el padre o tutor legal de _____, por la presente solicito y autoriza a los Proveedores/personal de Sandhills Pediatrics para realizar los servicios necesarios para mi hijo que el médico considere aconsejables, si estoy o no presente en la cita actual. Tratamiento puede incluir exámenes, inmunizaciones/procedimientos y otras intervenciones.

A continuación hay una lista de personas que tienen permiso para llevar a mi hijo a la oficina para recibir tratamiento:

____ Marque Aquí si un menor (16 años o mayor) tiene permiso para ser tratado sin un padre o adulto presente.

Al firmar a continuación, indico que entiendo al alcance y la importancia de esta concesión de poderes a Sandhills Pediatrics. Este consentimiento será efectivo a partir de la fecha de ejecución hasta que sea actualizado por la practica o el padreo o el paciente cumpla 18 años o sea considerado un adulto por normas legales.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Testigo

Fecha



Sandhills Pediatrics, INC Póliza Financiera

Los médicos de Sandhills Pediatrics, Inc. están dedicados a proveer el mayor cuidado de salud posible a su niño. Nuestra misión y compromiso es siempre con los niños. Sin embargo con el fin de asegurar la estabilidad financiera de nuestra práctica, hemos adoptado la póliza financiera siguiente.

Participamos con la mayoría de las compañías de seguros. Para garantizar la precisión del procesamiento de reclamos, se le puede solicitar que presente una tarjeta de seguro válida en cada visita.

Su acuerdo con su compañía de seguros es privado, aunque contamos con personal en nuestra oficina comercial con representantes de cuentas profesionales que realizan el seguimiento de seguros, si una compañía de seguros no ha pagado dentro de los 60 días posteriores a la facturación, el saldo puede transferirse a responsabilidad del paciente. Cualquier saldo pendiente, copagos y deducibles se deben pagar antes de ingresar / salir de las citas de su hijo.

Medicaid: Nuestra oficina participa es un proveedor de Medicaid y nosotros le facturamos a Medicaid por usted. Es la responsabilidad de los padres de traer la tarjeta de Medicaid **vigente** en cada visita. Si no tiene su tarjeta disponible, se le va pedir que firme un formulario declarando que si la elegibilidad actual no se puede obtener por Medifax al momento de registrarse en la oficina con su niño, los padres serán responsables por el pago total. Nosotros siempre estaremos dispuestos a llegar a un acuerdo de pago si es necesario.

Atención Administrada: Actualmente participamos con varias redes de cuidado administrado, tales como Blue Cross Blue Shield, First Carolina Care, Medcost, Aetna, United Health Care, Cigna y Tricare. Tricare: Somos proveedores participantes fuera de la red para Tricare Select y Tricare Prime, sin embargo, aceptaremos presentar su reclamo. Una vez que se haya recibido el pago de Tricare, se le facturará el saldo adicional aplicado a su deducible fuera-de-la-red y el saldo de costo-compartido. Si su hijo está cubierto por Tricare Prime, tenga en cuenta que no podemos actuar como Gerente de atención primaria (PMC), por lo tanto, no podemos derivar a su hijo a un especialista si es necesario.

HSA's HRA'a High Deductible Plans: Las HSA y HRA generalmente tienen un deducible alto. Enviaremos el reclamo directamente a su compañía de seguros. Una vez recibida la explicación de los beneficios (EOB), notificándonos que estos cargos se han aplicado al deducible de su familia, luego le facturaremos el saldo.

Clínica de fin de semana / Dias Feriados : Una clínica de atención aguda está disponible todos los sábados y domingos y en la mayoría de los feriados desde las 8am hasta las 11am. Hay un costo adicional de \$ 55 durante el fin de semana / día feriado en estos días que cubre la mayoría de seguros.

Métodos de pago: Nuestra oficina acepta los siguientes métodos de pago: efectivo, cheque personal, Visa, MasterCard y Discover. Para cheques devueltos, evaluamos un costo de \$ 25 (fondos insuficientes). Según su contrato con su compañía de seguros, los copagos se deben al momento del servicio. Los pacientes con cuentas delincuentes impagas pueden ser entregados a cobros y o dados de alta de la práctica. El padre es en última instancia responsable de todos los honorarios por los servicios.

He leído, entiendo y acepto la política financiera anterior.

Firma: _____ Fecha: _____



Portal del Paciente

Gracias por suscribirse a nuestro portal de pacientes, My Kid's Chart.

Podrá acceder e imprimir el registro de vacunas de su hijo, ver los horarios y lugares de las próximas citas y enviar mensajes no urgentes a nuestro personal.

Complete la información a continuación y tendremos su portal en funcionamiento dentro de una semana más o menos. Recibirás un correo electrónico cuando tu cuenta esté lista. El correo electrónico contendrá un enlace al portal y una contraseña temporal. Puede acceder a su portal a través del enlace haciendo clic en My Chart en la parte superior de nuestro sitio web www.sandhillspeds.com.

Si su hijo tiene 18 años o mas su historial se considera privado. Un padre o tutor podra acceder al portal y enviar mensajes seguros, pero no se mostrara ninguna otra informacion. Podemos configurar un adulto joven para que acceda a su cuenta a traves de su propio correo electronico.

Child's Name	Date of Birth

Yo, _____, soy el padre/tutor legal del niño mencionado anteriormente y reconozco que no hay ordenes judiciales ni ordenes de restriccion que limiten mi acceso a la informacion medica de los niños mencionados anteriormente.

Padre/Tutor Sirma: _____ Fecha: _____

Correo Electronico: _____

Yo como padre/tutor legal del niño mencionado anteriormente, autorizo a las siguientes personas a tener acceso al portal del paciente

Nombre: _____ Correo Electronico: _____

Nombre: _____ Correo Electronico: _____

_____ (staff initial) Parent/guardian identify verified

_____ (Staff initial) Legal documents verified for guardianship, if applicable

revised 6/19/20

Preguntas Para Su Primera Cita

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Mi nombre (adulto que completa la forma): _____

Peso de nacimiento: _____

Fue embarazada por nueve meses? Si No La mama a tomado alcohol/drogas durnate el embarzo? Si No
 Cual: _____

Cuantas semanas temprano/tarde? _____

_____ Por vagina _____ Cesárea

Su bebé estuvo en el NICU? Si No Su bebé salió del hospital al mismo tiempo de la mama? Si No
 Por cuanto tiempo? _____

La mama a tenido problemas durante el embarzo? Si No

Una lista _____

¿está su hijo al día con sus vacunas? Si No

¿Dónde ha recibido su hijo vacunas? _____

¿se le ha diagnosticado a su hijo algún problema médico? Si No

Si es así, por favor enumere _____

¿Su hijo/a ha sido hospitalizado desde su nacimiento? Si No Lista _____

¿Su hijo/a ha tenido cirugia? Si No Lista _____

¿Su hijo/a ha tenido accidente(s) grave(s)? Si No Lista _____

¿Su hijo/a ha tiene alergias a medicina(s)? Si No Lista _____

¿Su hijo/a tiene alergias a una picadura de abeja o alguna comida? Si No Lista _____

¿Su hijo/a toma alguna receta continualmente? Si No Lista _____

¿Su hijo/a tenia citas con un especialista? Si No Lista _____

HISTORIA MEDICA DE SU HIJO/HIJA

Problwmas De Desarrollo? Si No Lista _____

Asthma? Si No Lista _____

Alérgicas Estacionales? Si No Lista _____

Diabetes? Si No Lista _____

Puede ver bien? Si No Lista _____

Puede oir bien? Si No Lista _____

Murmullo o problema de corazón? Si No Lista _____

Problema de vejiga/riñones? Si No Lista _____

Ataques Epilépticos/Convulsiones? Si No Lista _____

(Niñas) Empezó a tener Menstruacion? Si No Lista(Cuando) _____

(Niñas) Problemas mensuales Si No Lista _____

Está usted preocupado/a con el desarrollo de su hijo/a en la escuela? _____

HISTORIA MEDICA DE LA FAMILIA DE SU HIJO/HIJA

¿algún miembro de la familia (parientes de sangre):

(Enumere los problemas relativos y médicos)

	Relación		Familiar	Problema
Asthma	Si	No		_____
Tuberculosis	Si	No		_____
Anemia Falciforme	Si	No		_____
Fibrosis Quística	Si	No		_____
Alergias Estacionales	Si	No		_____
Cancer	Si	No		_____
Enfermedad de Corazón	Si	No		_____
Arritmias	Si	No		_____
Presió de Sangre Alta	Si	No		_____
Colesterol Elevado	Si	No		_____
Diabetes	Si	No		_____
Ataques Epilépticos	Si	No		_____
Convulsiones	Si	No		_____
Riñones	Si	No		_____
Higado	Si	No		_____
Depresión	Si	No		_____
Ansiedad	Si	No		_____
Bipolar	Si	No		_____
ADHD	Si	No		_____
Retraso Mental	Si	No		_____
Tiroides	Si	No		_____
Sordera	Si	No		_____
Anemia	Si	No		_____
Sangre	Si	No		_____
Alcohol	Si	No		_____
Drogas	Si	No		_____
Inmunidad/HIV/AIDS	Si	No		_____
La Muerta sin Explicación	Si	No		_____
Cualquier Otro Problema	Si	No		_____

Quien vive en la misma casa de su hijo/hija?

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Edad</u>	<u>Problema De Salud</u>
---------------	-----------------	-------------	--------------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si los padres son separados, quien tiene la custodia?

Hay alguien en la casa que fuma? Si No

Una Lista: _____

Ocupación: Mamá _____

Papá _____

Guardián _____