

BIENVENIDOS A PEDIATRIC ASSOCIATES... ¡La salud de su hijo es nuestra 1ª prioridad!

Pediatric Associates, un servicio de Community Healthcare Center, se enorgullece de anunciar la adopción del modelo de atención médica “Medical Home”. Este nuevo enfoque innovador, basado en un criterio de trabajo de equipo para atención médica, se centra en la asociación entre el paciente y el equipo de atención médica del Centro. Trabajaremos juntos para coordinar los servicios que su hijo necesita y brindarle la mejor atención posible.

HORARIOS

<ul style="list-style-type: none"> • Pediatric Associates • Horas extendidas 	<p>Lunes a viernes Lunes, martes, y jueves</p>	<p>8:00 a.m. a 5:00 p.m. abierto hasta 7:00 p.m.</p>
--	--	--

MENORES DE EDAD

Para recibir tratamiento de rutina, los pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por su padre, madre o tutor legal. Los tutores legales deben presentar prueba de su tutela.

SERVICIOS y PERSONAL

Pediatric Associates ofrece los siguientes servicios: atención pediátrica, consejería, laboratorio, pruebas de detección, inmunizaciones y asistencia para la elegibilidad. Los siguientes servicios se realizan en Community Healthcare Center en 200 MLK Jr. Blvd, Wichita Falls, TX: atención médica primaria, atención dental primaria, atención prenatal, rayos x y farmacia.

PAGO DE SERVICIOS RECIBIDOS

Los honorarios que se cobran se basan en una escala móvil que depende de los ingresos del grupo familiar. El pago debe hacerse en el momento de recibir el servicio. Community Healthcare Center acepta Medicare, Medicaid, mayoría de los planes STAR, CHIP, TRICARE, seguros médicos, dinero en efectivo, cheques y tarjetas de crédito.

ATENCIÓN FUERA DE HORA

Si su hijo tiene un **problema médico** que no puede esperar hasta el horario de atención de Pediatric Associates, llame a Pediatric Associates al 940-696-1600 y hable con uno de nuestros proveedores pediátricos de guardia. Este servicio no debe utilizarse para renovar recetas, programar citas o consultar problemas de facturación.

VISITAS FUTURAS – ES IMPORTANTE QUE ASISTA A SUS CITAS

Recuerde llevar sus medicamentos a cada visita. En caso de que su situación laboral, cobertura de seguro o dirección cambien, usted es responsable de informarnos los cambios. **Si sabe que no podrá asistir a su cita, trate de cancelarla el día anterior. Esto nos permitirá atender a otro paciente.**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenino
 N. ° de seguro social: _____ Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viuda
 Padre/Tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ N. ° depto.: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N. ° de teléfono - Hogar: _____ Alternativo: _____ Correo electrónico: _____
 Empleador: _____ Trabajo #: _____

Contacto de emergencia: _____
 Vínculo con el paciente: _____ N. ° de teléfono: _____

Compañía de seguros: _____ Titular de la póliza: _____
 Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ N. ° de identificación: _____ N. ° de grupo: _____

Para cumplir con los nuevos requisitos para acceder a nuestras fuentes de financiación, necesitamos la siguiente información de cada paciente. ¡Gracias por su ayuda!

<p>¿Cuál es su raza? (Marque el casillero que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No informa _____ (inicial del personal)</p>	<p>¿Cuál es su etnia? (Marque el casillero que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> No latino <input type="checkbox"/> No informa _____ (Inicial del personal)</p>
<p>¿Es veterano de guerra de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es trabajador agrícola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí: <input type="checkbox"/> Migrante o <input type="checkbox"/> Temporario</p>	<p>¿Vive en una institución pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Vive en la calle? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, marque la descripción correcta: <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Vivienda compartida <input type="checkbox"/> Calle</p>
<p>¿Cuál es su orientación sexual/identidad de género? Marque el casillero que corresponda.</p>	
<p>Orientación sexual:</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Se niega a responder _____ (inicial del personal)</p>	<p>Identidad de género:</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual masculino (de mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Transexual femenino (de hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Ni mujer ni hombre exclusivamente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se niega a responder _____ (inicial del personal)</p>

Aviso de prácticas de privacidad:

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad del Centro Comunitario de Atención Médica.

Derechos y responsabilidades:

He recibido el Aviso de derechos y responsabilidades del Centro Comunitario de Atención Médica.

 Firma del paciente

 Fecha

 Padre/Tutor

 Fecha

COMMUNITY HEALTHCARE CENTER
FIRMA EN ARCHIVO

Solicito que Community Healthcare Center reciba el pago de los beneficios autorizados de Medicare, Medicaid u otros seguros a mi nombre por cualquier servicio que me brinde el proveedor o suministrador indicado en la lista. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mi persona a divulgar a la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar dichos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Entiendo que por medio de mi firma solicito realizar el pago y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si en el punto 9 del formulario HCFA-1500 se ha indicado "Otro seguro médico", o bien en otro lugar de otros formularios de reclamaciones aprobados o presentados electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia indicada. En los casos asignados de Medicare, el proveedor o suministrador acuerda aceptar el cargo fijado por la compañía de seguros de Medicare como cargo total, y el paciente es responsable únicamente de los deducibles, del coseguro y de los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en el cargo fijado por la compañía de seguros de Medicare.

Firma: _____ Fecha: _____

Medicare: No. _____

Medicaid: No. _____

Compañía de seguros: _____ Póliza: No. _____

AVISO RESPECTO A POSIBLES QUEJAS: Las quejas acerca de médicos, así como otros licenciarios y registrantes de la Junta Estatal de Examinadores Médicos de Texas, incluidos los asistentes médicos y acupunturistas, pueden ser reportadas para su investigación a la siguiente dirección: Texas State Board of Medical Examiners, Attention: Investigations, 1812 Center Creek Drive, Suite 300, P.O. Box 149134, Austin, Texas 78714-9134

Si necesita asistencia para presentar una queja, llame al 1-800-201-9353.

Community Healthcare Center
NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO GENERAL

La información contenida en este formulario de consentimiento se le ofrece para que usted esté mejor informado sobre los servicios de cuidado de la salud que recibirá. Una vez que esté seguro de haber comprendido la información que se le brindará sobre los servicios, y si está de acuerdo con recibirlos, deberá firmar este formulario para indicar que los comprende y que otorga su consentimiento para recibirlos.

NOTIFICACIÓN: Community Healthcare Center (en adelante denominado el “Centro”) alienta a las personas a elegir un médico personal para sus exámenes periódicos de salud y para el tratamiento de sus problemas de salud. Los servicios del Centro están dirigidos principalmente a prevenir problemas de salud en quienes no pueden acceder a un médico. El Centro no puede hacerse responsable de pagar por cuidado médico recibido o realizado fuera del Centro, tal como nacimientos de bebés, exámenes de laboratorio con fines de referencia u otro tipo de diagnósticos, etc., aunque dichos cuidados sean solicitados por proveedores del Centro, a menos que ya hayan sido autorizados por la Administración del Centro.

LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD: Entre sus servicios, el Centro utiliza exámenes de detección y ciertos análisis de sangre como métodos para identificar a personas que están en riesgo de desarrollar diversos problemas médicos comunes. Los exámenes de detección cumplen un valioso servicio porque ayudan a identificar ciertas enfermedades al comienzo de su desarrollo. Sin embargo, esos exámenes de detección no cubren todas las enfermedades, y es posible que en algunos casos no detecten enfermedades que deberían identificar. No son exámenes de diagnóstico y no constituyen un examen completo.

CONSENTIMIENTO GENERAL: Otorgo mi permiso al Centro, a su personal designado y a otro personal médico que preste servicios bajo su supervisión a realizar evaluaciones o exámenes físicos, hacer análisis de laboratorio u otras pruebas, aplicar inyecciones, administrar medicamentos, brindar otros tratamientos y prestar otros servicios de salud al paciente identificado en este formulario. No es necesario el consentimiento de los padres para el cuidado prenatal de pacientes que todavía son menores de edad.

ENTENDIMIENTO INFORMADO: Entiendo que no se me ha dado ninguna garantía respecto a los resultados de la curación derivada del cuidado y el tratamiento provistos.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Asimismo, entiendo que todos los registros médicos y de servicios sociales podrán ser entregados a un representante del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y a representantes de programas o proyectos financiados por dicho Departamento y por otras fuentes de financiamiento, para determinar si el contrato cumple las leyes y reglamentaciones federales y estatales. Community Healthcare Center utiliza el sistema MED-IT para los servicios de cáncer cervical y cáncer de mama (BCCS) y el sistema IMMTRAC para las inmunizaciones.

FARMACIAS BAJO CONTRATO: Entiendo que Community Healthcare Center ofrece servicios a través de farmacias bajo contrato o de otros proveedores. Por este motivo, la información personal sobre mi salud puede ser compartida con esas farmacias o proveedores para ofrecerme un mejor acceso a medicamentos o atención médica.

CENTRO DE ENSEÑANZA: Entiendo y reconozco que Community Healthcare Center es un centro de enseñanza, y mi cuidado o el de los pacientes de quienes soy tutor puede ser proporcionado por personal clínico, tal como estudiantes de medicina, médicos residentes o dentistas residentes, como parte de un programa de capacitación clínica. Asimismo, entiendo y reconozco que los métodos de enseñanza (tales como la observación directa realizada por otros médicos o estudiantes de medicina, las discusiones de casos, o las imágenes fotográficas o de video de las actividades de mi cuidado médico o de mis dependientes) están autorizados para tal fin.

PREGUNTAS: Certifico que este formulario me ha sido completamente explicado, que se han llenado todas las líneas en blanco y que todas mis preguntas sobre el servicio han sido respondidas a mi entera satisfacción. Certifico además que he leído o que me han leído* los *Derechos y responsabilidades del cliente y del Centro* y que acepto lo establecido en ese documento.

FIRMAS: Si alguna respuesta no es aplicable, indique "N/A".

SECCIÓN I:

Nombre del paciente _____ Firma _____
Persona autorizada para otorgar el consentimiento (si no es el paciente) _____
Parentesco _____ Firma _____ Fecha _____

SECCIÓN II:

Firma del testigo _____
Fecha _____

* Traducido al: _____ / Me

ha sido leído por _____

Firma de la persona que traduce o lee el consentimiento al paciente:

Fecha: _____

Cliente No.: _____



Consentimiento para Divulgar Informacion

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor anote a cualquier persona a quien nos da permiso de hablar sobre su información medica que es protegida. Esta información incluye: diagnosticos, resultados de estudios, visitas medicas, solicitudes medicas, información de sus citas programadas, e información sobre su cuenta o seguro medico.

Yo autorizo que mi información de salud personal se le comuniqua a las siguientes personas:

Nombre _____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Esta autorización continuara en efecto hasta que yo lo revoque por escrito.

Firma

Fecha

Testigo

Fecha

Esto no autoriza que copias de su información medica sea dada en persona, mandada por correo o fax a la personas listadas. Para obtener copias de su información medica que esta protegida se necesita una forma de HIPAA valida.

Aplicación para PA Sliding Fee

Apellido Nombre

Fecha de Nacimiento Numero de Teléfono

Trabaja? Si No _____

Nombre de Empleador

Recibe Usted: Seguro Social Desempleo

Pro favor anote a su cónyuge y a los dependientes que viven en el hogar:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Relación _____

Al firmar abajo yo atestiguo que la información que he proporcionado es correcta. Yo entiendo que puede ser necesario proporcionar información y documentos adicionales con el proposito de determinar mi elegibilidad para el programa Sliding Fee Discount. Estoy de acuerdo en informar al PA de cualquier cambio de condición or circunstancias que puedan afectar mi elegibilidad en el programa de descuento. Tambien entiendo que soy responsable por un pago minimo de \$30 al la hora de cada cita medica almenos que otros arreglos hayan sido hechos.

Firma de Paciente/Tutor Fecha

PARA USO DE LA OFICINA

Household Income: \$ _____ Family Size _____ Account # _____

Percentage of Discount: _____% Expiration Date: _____

Staff Signature _____ PM System Update: YES NO

Pediatric Associates

Please circle the letter over the column that represents your Family Size and Household Income.

Annual Family Income				
Family Size	A 100% & Below	B 101-150%	C 151-200%	D Over 200%
1	\$12,490 or less	\$12,491 - \$18,859	\$18,860 - \$24,980	More than \$24,980
2	\$16,910 or less	\$16,911 - \$25,532	\$25,533 - \$33,820	More than \$33,820
3	\$21,330 or less	\$21,331 - \$32,206	\$32,207 - \$42,660	More than \$42,660
4	\$25,750 or less	\$25,751 - \$38,880	\$38,881 - \$51,500	More than \$51,500
5	\$30,170 or less	\$30,171 - \$45,554	\$45,555 - \$60,340	More than \$60,340
6	\$34,590 or less	\$34,591 - \$52,227	\$52,228 - \$69,180	More than \$69,180
7	\$39,010 or less	\$39,011 - \$58,901	\$58,902 - \$78,020	More than \$78,020
8	\$43,430 or less	\$43,431 - \$65,575	\$65,576 - \$86,860	More than \$86,860
9	\$47,850 or less	\$47,851 - \$72,249	\$72,250 - \$95,700	More than \$95,700
10	\$52,270 or less	\$52,271 - \$78,922	\$78,923 - \$104,540	More than \$104,540

Patient/Guardian Signature _____

Account Number: _____

Date: _____

Revised 03/19/2019