







---

## Información de (Madre) Durante el Embarazo

---

Las siguientes preguntas son sobre la madre del niño(a) durante el embarazo y el parto.

Si no sabes sobre el embarazo marque aquí .

12. ¿Usó la madre alguno de los siguientes **durante el embarazo**?

- Cigarillos
- Alcohol
- Drogas Ilegales (Cuales? \_\_\_\_\_)
- Medicamentos Recetados (Cuales? \_\_\_\_\_)
- No fueron utilizados por la madre durante el embarazo.

13. ¿Tuvo la madre alguna de estas **condiciones o problemas durante el embarazo**?

- Preeclampsia ( Presión arterial alta )
- Estrés emocional
- Sangro o manchado inesperado
- Diabetes (Azucar)
- Lesion o enfermedad grave
- Otro \_\_\_\_\_

14. **Fue el nacimiento**

- En la fecha de vencimiento \_\_\_\_\_
- Antes de la fecha prevista (Por cuanto? \_\_\_\_\_)
- Después de la fecha prevista de la fecha prevista (Por cuanto? \_\_\_\_\_)

15. **Fue el bebe nacido(a) por cesárea** (Corte quirurgico en el abdomen)?  Si  
 No

16. ¿Hubo algún problema durante el parto?  Si  
 No

En caso afirmativo, Por favor explique: \_\_\_\_\_

17. Hermanos(a)?  Si  No

Nombres  
(por favor enumere)

Fecha de Nacimiento

---

---

---

---

---

---

18. 4 dígitos de seguridad : \_\_\_\_\_ ( para obtener acceso de autoirización del paciente )



### Consentimiento para la Comunicacion de la Participacion de Atencion

Yo, el firmante mencionado abajo, doy mi consentimiento y solisito que Southeast Pediatrics se comuniquen para divulgar informacion de salud que me concierne , si la comunicacion es mi mejor interes y es solo informacion que es directamente revelante para la participacion de la persona designada en mi atencion medica y decisiones de tratamiento.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

1. Nombre y direccion de las personas que pueden obtener informacion de salud.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

2. Nombre y direccion de las personas que pueden obtener informacion de salud.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

3. Nombre y direccion de las personas que pueden obtener informacion de salud.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Parte Autorizada/Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Imprenta

No ortorgo mi consentimiento para que nadie reciba informacion sobre mi tratamiento de atencion medica, excepto por requerido de la lay.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Parte Autorizada/Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Imprenta



**Formulario de Reconocimiento**

Numero de Record Medico: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Dia Mes Año

Estamos obligados por ley a proporcionarles su aviso de practicas de privacidad que explica como usamos la informacion. Tambien estamos obligados a obtener su firma reconociendo que este aviso ha sido puesto a disposicion de usted.

\_\_\_\_\_  
(Paciente o Representate Autorizado) Fecha: \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_ Mismo \_\_\_\_\_ Esposo(a) \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Razon Por la Cual el Paciente No Puede/ Razon No Desea \_\_\_\_\_

Firmar: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DE RECONOCIMIENTO DE COLUMBUS REGIONAL HEALTH NETWORK**

Numero de Registro Medico: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Dia Mes Año

La ley nos requiere que nosotros le proveamos a usted con nuestro Aviso de Practicas de Privacidad las cuales explican como podemos usar y divulgar su informacion medica. La ley tambien nos requiere que obtengamos su firma, reconociendo que este aviso lo hemos hecho disponible para usted.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente o Representante Autorizado)

Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_ Mismo: \_\_\_\_\_ Esposo(a): \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Razon por la cual el Paciente No desea Firmar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**POLITICA DE PAGO Y DECLARACION DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PARA NUESTROS  
PACIENTES VALIOSOS :**

**GRACIAS** por elegir Columbus Regional Health Network para sus servicios de atención médica. Nos esforzamos por brindarles la más alta calidad de atención y, al igual queremos mantener sus costos de atención medica lo más bajo posible. Estas políticas reflejan nuestro esfuerzo para reducir los costos de atención médica. Agradecemos su cooperación total.

**PARA SU CONVENIENCIA** aceptamos cualquier tarjeta de débito o crédito con el logotipo de **Mastercard , Visa , Discover , o American Express, Cheques Personal y/o Dinero en Efectivo.**

**EL PAGO (como copagos y deducibles y coseguro)** Se requiere en el momento del servicio. Le solicitamos que no solicite que se le fracture. Pacientes que continuamente solicitan fracturas, serán dirigidos a un supervisor o a un gerente de práctica.

**LAS TARJETAS DE SEGURO deben presentarse en cada visita** usted puede sentir que esto es innecesario, pero los planes de seguro son cada vez más complicados. Las tarjetas, los número de póliza , las fecha de renovaciones cambian constantemente. Para que le podamos presentar su reclamo con el plan apropiado, deben presentar la tarjeta mas reciente. Si usted llega sin su tarjeta, usted será responsable de todos los cargos hasta que la oficina de facturación haya recibido la información del seguro completo, actual y preciso. La mayoría de los planes requieren que presentemos su reclamo dentro de los 90 días a partir de la fecha del servicio. Si no hemos recibido su información dentro de ese tiempo usted seguirá siendo responsable de todos los cargos incurridos hasta la fecha en que nos proporcione la información de su seguro y recibamos el pago del plan de seguro. Cualquier saldo que usted deba, debe ser pagado dentro de los 30 días.

**PLANES MEDICARES** son más numerosos y complicados Columbus Regional Health Network participa con **Medicare tradicional (parte A & parte B)** y una cantidad limitada de planes privados de pago por servicios excepto en situaciones de emergencia. Notifique a la recepción de inmediato si ha cambiado de plan Medicare recientemente. Se esperan deducibles y seguros de Medicare en el momento del servicio. Como proveedor de participante de Medicare y un número limitado de PFFS , presentaremos su reclamo a Medicare y, si corresponde, a su compañía de seguros secundaria.

**LOS PLANES DE ATENCIÓN ADMINISTRADA** tienen una red de proveedores participantes. Participamos con la mayoría de los planes principales, pero comuníquese con su plan o consulte su sitio web o llame a nuestra oficina para confirmar antes de su visita. Se esperan copagos, coseguros y deducibles correspondientes al momento del servicio. También se le facturará por cualquier servicio no cubierto por el cual usted sea responsable después de que su seguro pague su parte. Si tiene un plan de atención administrada en el que no participamos, se espera que pague la factura en su totalidad en el momento del servicio.

**OTROS SEGUROS** son aquellos planes en los que no participamos. Usted puede ser responsable del pago total en el momento del servicio. Como cortesía, presentaremos su reclamo.

**LA COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR** pueda que no sería aceptada por su proveedor. Consulte con su proveedor antes de programar una cita. Si su proveedor acepta Worker 's Compensation, lo atenderán con la aprobación y autorización de su empleador con la documentación adecuada.



**SEGURO DE ENFERMEDAD** - Su proveedor puede que no acepte el plan de seguro de enfermedad. Consulte con el consultorio de su proveedor antes de programar una cita. Si su proveedor acepta Medicaid, deberá traer su identificación actual de su Tarjeta de Medicaid para cada visita. Si no trae la tarjeta actual, es posible que se re programe su cita. Si hay un copago con su plan, se espera que lo pague en el momento del servicio.

**LAS CUENTAS DE AHORRO DE SALUD/CUENTAS DE REEMBOLSO DE SALUD** se están promoviendo para que los pacientes puedan tener más control sobre el manejo de sus gastos de atención médica. Estas cuentas serán específicas para cada paciente, por lo que es importante que conozca todos los beneficios, deducibles y copagos. El deducible y el copago se esperarán en el momento del servicio.

**PACIENTES QUE PAGAN POR CUENTA PROPIA** Son aquellos pacientes que no cuentan con cobertura de seguro. Los pacientes que pagan por cuenta propia recibirán un descuento del 25% sobre los cargos por los servicios prestados y se espera que paguen un mínimo de \$50.00 en el momento del servicio. Este descuento tampoco se aplica a aquellos pacientes que pueden tener seguro, pero no participamos con su plan.

**FORMULARIOS MÉDICOS/LICENCIA MÉDICA/FORMULARIOS DE INCAPACIDAD** se completarán dentro de 7 a 10 días hábiles al recibir el formulario en la oficina. Asegúrese de contar con suficiente tiempo para completar estos formularios. Las emergencias se manejarán caso por caso. También puede haber una tarifa por completar estos formularios.

Le agradecemos por tomarse el tiempo para leer y comprender nuestras políticas. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta. Una vez más, nuestra oficina debe ser notificada inmediatamente de cualquier cambio en la cobertura del seguro o en la asignación de atención primaria.

**Entiendo mis responsabilidades como se describió anteriormente y las cumpliré.**

Nombre del Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente/Guardian : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Información del Paciente: Doy permiso para Autorizar Informacion Medica.

Nombre del Paciente: _____ Calle Direccion: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____ Correo Electronico: _____	Fecha de Nacimiento: _____ Ultimos 4 digitos de Seguro Social: _____ Telefono: (    ) _____
---	---

Liberación del Formulario _____  _____ (Enumere las instalaciones y/o prácticas aplicables)  _____ _____ (Number de Telefono)                      (Numero Fax )	<b>MÉTODO DE ENTREGA</b>  ADVANCED PEDIATRICS  36 MCNEILL PLAZA WHITVILLE NC 28472  Numero de Telefono 910-640-4064 Numero de Fax 910-640-4063
---	---

**PROPÓSITO DE LIBERACIÓN**(marque uno)     Solicitud de atención individual/person     Continuación del cuidado del paciente     Seguro  
 Propósito legal, incluidas discusiones y procedimientos     Otro \_\_\_\_\_

Complete las fechas de tratamiento para que se autoricen los registros. Fecha de tratamiento: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_  
 Resumen del hospital: puede incluir historial y examen fisico, resumen del alta, notas operativas, consultas, resultados de pruebas de diagnóstico, lista de medicamentos, alergias. Resumen del consultorio/clínica: puede incluir las visitas al consultorio más recientes, el examen físico, las consultas y los resultados de las pruebas de diagnóstico.

<b>Hospital (marque todo lo que corresponda)</b> <input type="checkbox"/> Sumario del Hospital <input type="checkbox"/> Sumario de Alta <input type="checkbox"/> Historia y Examen Físico <input type="checkbox"/> Informes de Consulta <input type="checkbox"/> Informes Operativos <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de Radiología/Rayos X <input type="checkbox"/> Informes de Patología <input type="checkbox"/> Registro Completo (Sin incluir las notas de Psicoterapia)	<b>Consultorio/Clínica (marque todo lo que corresponda):</b> <input type="checkbox"/> Sumario del Consultorio/Clínica <input type="checkbox"/> Visita a la Oficina <input type="checkbox"/> Examen Fisico <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de Radiología <input type="checkbox"/> Registro Completo (Sin incluir las notas de Psicoterapia) <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---

<b>FORMATO</b> <input type="checkbox"/> Cargos de CD (pueden ser aplicado) <input type="checkbox"/> Dirección de Correo Electrónico indicada anteriormente, donde esté permitido <input type="checkbox"/> Copia impresa (pueden aplicarse cargos) <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Metodo de Entrega:</b> <input type="checkbox"/> Reg. US Mail <input type="checkbox"/> Recogida <input type="checkbox"/> Fax, donde esté permitido <input type="checkbox"/> Servicio de correo urgente/al día siguiente, donde esté permitido <input type="checkbox"/> Correo eletrónico    Mas de 25 paginas favor de enviar por correo electronico. <input type="checkbox"/> otro
--	---

**DERECHOS DEL PACIENTE – Entiendo que:**

Puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Debo cancelar por escrito y enviar o entregar la cancelación a la instalación de liberación o nombres de práctica mencionados anteriormente. Cualquier cancelación se aplicará solo a la información que el centro o la práctica aún no haya publicado.

- Este es un comunicado completo que incluye información relacionada con la salud mental/del comportamiento, el tratamiento por abuso de drogas y alcohol (de conformidad con 42 CFR Parte 2), información genética, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Una vez que se divulgue mi información de salud, el destinatario puede divulgar o compartir mi información con otros y es posible que mi información ya no esté protegida por las protecciones de privacidad federales y estatales.
- Negarme a firmar este formulario no impedirá mi capacidad para recibir tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios. CRHS no compartirá ni usará mi información de salud sin mi permiso, excepto de las formas enumeradas en el Aviso de Prácticas de Privacidad de CRHS o según lo exija la ley. El Aviso de prácticas de privacidad está disponible en crhealthcare.org .
- Se puede cobrar una tarifa por proporcionar la información de salud protegida.
- **Tengo derecho a recibir una copia de este formulario si lo solicito.**

**: Este permiso vence un año después de la fecha de mi firma, a menos que se escriba aquí otra fecha o evento:** \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Imprimir Nombre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nota: Si el paciente parece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar  Healtheastform.care Agent/POA  
 Guardián  Ejecutor/Administrador/Abogado  Esposo(a)

Pariente                       Hijo(a) Adulto                       Declaracion Jurada de Familiar mas cercano                       Otro:

Nota: Si el menor dio su consentimiento para su tratamiento ambulatorio por embarazo, enfermedad de transmisión sexual o salud conductual/mental sin el consentimiento de los padres, el menor debe firmar esta autorización. Cuando el paciente es un menor en tratamiento por abuso de sustancias, el menor debe firmar esta autorización, independientemente de quién haya dado su consentimiento para el tratamiento.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autorización otorgada al Paciente/Fecha de liberación: \_\_\_\_\_ a tra ves de  Correo  Fax  Otro \_\_\_\_\_  Identificación Verificada

DL/Otra Identificacion \_\_\_\_\_ Nombre y cargo del empleado de CRHS: \_\_\_\_\_

Firma del Empleado de CRHS: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_