[](http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiiq9n6ieXPAhXm7IMKHdC2C6YQjRwIBw&url=http://weekare.net/&bvm=bv.135974163,d.amc&psig=AFQjCNGrzJFp4chJBpvB9hkwptLBxbvIfA&ust=1476904915017910)

**2022**

19333 Hwy 59 North, Suite 145

Humble, TX 77338

Phone (281) 540-5437

Fax (281) 540-2630

**CONSENTIMIENTO DE MENOR**

Nombre del paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR**

Yo tengo el derecho legal de dar mi consentimiento para el tratamiento médico y quirúrgico porque, Yo soy el padre (madre)/ tutor legal del paciente: **Nombre de paciente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_ **(sus iniciales)** Yo voluntariamente autorizo y doy consentimiento para el cuidado médico, tratamiento, diagnósticos y exámenes que los proveedores médicos de Wee Kare Pediatrics y sus asociados designados o asistentes crean que sean necesarios. Yo entiendo que, firmando esta forma, Yo estoy dando permiso a los Doctores, enfermeras, médicos asociados y otros proveedores del cuidado de la salud en esta oficina médica a proveer tratamiento mientras la relación entre Dr./Paciente exista o hasta yo retire mi consentimiento.

**\*Firma del Padre o tutor legal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Hoy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ENFERMERA ESPECIALIZADA CONSENTIMIENTO PARA TRATAR (Nurse Practioner, NP)**

Esta oficina cuenta con una enfermera especializada en el cuidado médico en pediatría. Una enfermera especializada no es un Doctor. Una enfermera especializada es una enfermera registrada, quien ha recibido una educación avanzada en entrenamiento en la provisión del cuidado médico. Una enfermera especializada puede diagnosticar, tratar y monitorear las enfermedades aguadas y crónicas, así como también proveer el mantenimiento en el cuidado de la salud. En adición la enfermera especializada puede tratar heridas menores y laceraciones. La supervisión de un Asociado Medico no requiere la constante presencia física de un Doctor, más bien supervisar las actividades aceptar la responsabilidad de los servicios prestados.

**ASOCIADO MEDICO CONSENTIMIENTO PARA TRATAR (Physician Assistant, PA)**

Esta oficina medica cuenta con un Asociado Medico para asistir en el cuidado médico en pediatría. Un Asociado Medico no es un Doctor. Un Asociado Medico es un graduado de un programa de entrenamiento Certificado y aprobado por el estado. Bajo la supervisión de un Doctor, un Asociado Medico, puede diagnosticar, tratar monitorear enfermedades comunes enfermedades crónicas, así como proveer el mantenimiento y atención en el cuidado médico. La supervisión de un Asociado Medico no requiere la constante presencia física de un Doctor, más bien supervisar las actividades aceptar la responsabilidad de los servicios prestados.

-Yo, he leído lo anterior y de esta manera doy mi consentimiento para ser tratado por una enfermera especializada en mis necesidades de atención médica.

-Yo entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ser atendido por una enfermera especializada solicitar ser atendido por un Doctor.

**\*Firma de Padre/Tutor legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PREAUTORIZACION DE LOS PADRES DE MENORES**

**DELEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

**Cuando yo no esté disponible para dar mi consentimiento, Yo doy mi autorización a las siguientes personas:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre de la Persona Relación Número de Tel.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Persona Relación Número de Tel.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Persona Relación Número de Tel.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Persona Relación Número de Tel.

Para dar el consentimiento a cualquiera de ellos y a todo el cuidado médico y atención para mi hijo(a) que se considere necesario y apropiado por un proveedor de la salud certificado de WeeKare Pediatrics. Este consentimiento incluye y no es limitado a la intervención médica y quirúrgica, tanto como cuidado de emergencia. Esta delegación electiva será válida hasta que yo retire mi consentimiento a esta delegación.

Firma de Padre o Tutor (de mayor de 18 años): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[](http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiiq9n6ieXPAhXm7IMKHdC2C6YQjRwIBw&url=http://weekare.net/&bvm=bv.135974163,d.amc&psig=AFQjCNGrzJFp4chJBpvB9hkwptLBxbvIfA&ust=1476904915017910)

**2022**

19333 Hwy 59 North, Suite 145

Humble, TX 77338

Phone (281) 540-5437

Fax (281) 540-2630

**REGISTRO DEL PACIENTE**

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PACIENTE**

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

Dirección del Paciente ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Cuidad, Estado, Código Postal)

Número De Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero Alternativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: (Circule) H M SSN#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_--\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_--\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo te enteraste de nosotros?  Hermanos  Familiares  Facebook  Google  Amigos  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ya asigno que el expediente médico de su hijo(s) sean transferido a nuestra oficina? Si o No

**HERMANOS**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: M F Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: M F Edad: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: M F Edad: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: M F Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Algun uno de estos ninos(as) has sido vistos en esta oficina? Si o No

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MADRE (GUARDIAN LEGAL)**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número De Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número Del Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar de Empleo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Licencia No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Tiene la madre autoridad *médica* sobre el paciente? *Sí* \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si no, puede proporcionar documentación legal que indique lo contrario?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PADRE (GUARDIAN LEGAL)**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número De Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número Del Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar de Empleo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Licencia No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Tiene la madre autoridad *médica* sobre el paciente? *Sí* \_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si no, puede proporcionar documentación legal que indique lo contrario?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre de la persona que **NO** vive con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación del paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[](http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiiq9n6ieXPAhXm7IMKHdC2C6YQjRwIBw&url=http://weekare.net/&bvm=bv.135974163,d.amc&psig=AFQjCNGrzJFp4chJBpvB9hkwptLBxbvIfA&ust=1476904915017910)

**SEGUROS Y POLÍTICA FINANCIERA**

Gracias por elegir WeeKare Pediatría como proveedor de atención médica de su hijo. Nuestra oficina está comprometida a proporcionar la atención de más alta calidad a todos nuestros pacientes. Creemos que es muy importante establecer políticas de seguros / pagos claros para evitar malentendidos. Las siguientes declaraciones le ayudarán a comprender nuestra política financiera.

Debido a la Seguridad Social Requisitos de Documentación y Orientación Codificación, cualquier visita a la oficina de prevención (Ejemplo: enfermo, recarga la medicación, seguimiento, etc.) se cobrará como dos visitas al consultorio. , Deducible y coaseguro de copago puede aplicar, en función de sus beneficios de seguro.  
  
Planes de chips deberán pagar el co-pago en el registrarse en independientemente del tipo de cita. En caso de un problema (por enfermedad) aguda no se abordará durante la visita, el co-pago será reembolsado a la salida.  
  
Honorarios auto pagó son debido a la llegada. Cada paciente auto pagó debe ser revisado para asegurarse de que no hay un equilibrio o un reembolso al final de su visita.

Todo pago de los cargos se debe a la hora de servicio a menos que otros arreglos financieros definitivos se han hecho con un miembro de nuestro departamento de facturación antes del tratamiento.

Vamos a facturar y aceptar el pago por los servicios. Usted será responsable de todos los copagos aplicables, coaseguros y deducibles que su plan sea necesario para cumplir con su responsabilidad de pago. Por favor traiga la tarjeta del seguro de su hijo a cada visita.  
  
**He leído y entendido esta política financiera y estoy de acuerdo con estos términos.**

Nombre del paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion al paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de padre or tutor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO**

Por favor complete la siguiente sección **SOLO** si no tienes una copia de la tarjeta de seguro de los niños para presentar a la práctica.

Compañía De Seguros Primario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Secundario PPO/HMO/POS / La Red/Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del titular de la polítiza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_El Empleado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificación de la polítiza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PCP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de grupo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\***Tienen Seguro de Medicaid (Marque uno) Si \_\_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZACION DE COBROS/PAGOS**

Autorizo per este medio el pago directo de mis ventajas a la pediatría de WeeKare. También certifico que seré responsable del pago de servicios a condición de que no se cubren. También autorizo a la clínica y a médicos de enviar los expedientes médicos y otra información a las compañías de seguro.

Nombre del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de hoy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[](http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiiq9n6ieXPAhXm7IMKHdC2C6YQjRwIBw&url=http://weekare.net/&bvm=bv.135974163,d.amc&psig=AFQjCNGrzJFp4chJBpvB9hkwptLBxbvIfA&ust=1476904915017910)**PORTAL** **DEL PACIENTE**

El portal del paciente de eclinical work es un módulo de communición basada en la web, diseñado para ser utilizado con la aplicación eCW, que facilita la comunicación entre una consulta y sus pacientes, mejorando la calidad de atención. Es accesible tanto para nuestros pacientes como para los miembros de nuestro personal. Los padres pueden ver el resumen de las visitas, fechas y horarios de citas futuras, solicitar registros de vacunas, recordatorios de citas por correo electrónico, mensaje de texto, llamada automática, así como ver laboratorios, enviar mensajes al personal médico, etc.

correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_ Yo, **acepto** a participar en el Portal del Paciente de eClinicalWorks

Firma del padre / tutor legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_

\_\_\_\_\_Yo, **niego** a participar en el Portal del Paciente de eClinicalWorks

Firma del padre / tutor legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Usted puede darse de baja del portal de paciente en cualquier momento si decide hacerlo.

**CONSENTIMIENTO DE NOTIFICATION DE OFICINA**

**MENSAJES DE VOZ/ NOTIFICACIONES DE TEXTOS/LLAMADAS DE ENFERMERA**

Como un servicio para nuestros pacientes, WeeKare Pediatrics brinda llamadas / mensajes de texto / correos electrónicos de recordatorio de cortesía y posiblemente otras llamadas importantes que pueden realizarse utilizando un sistema de mensajería automática pregrabado. La información puede incluir información de salud protegida. Al iniciar a continuación, usted acepta recibir dichas llamadas, mensajes de texto y correos electrónicos en el número de teléfono celular que ha proporcionado a nuestra oficina. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (iniciales por favor)

**LLAMADA DE TRIAGE**

También podemos proporcionar llamadas de triaje a nuestros pacientes con respecto a la atención del paciente, así como las preocupaciones de los padres. Nuestros asistentes médicos también pueden dejar mensajes de voz; sin embargo, no se dejarán pruebas de pacientes ni resultados de laboratorio utilizando esta forma de comunicación. Al iniciar a continuación, usted acepta recibir dichas llamadas en el número de teléfono celular que ha proporcionado a nuestra oficina.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (iniciales por favor)

**CARTAS / AVISOS POR CORREO**

También podemos proporcionar notificaciones por escrito; en caso de que no podamos comunicarnos con usted con respecto a los resultados o cualquier otra comunicación de la oficina. Sin embargo, no se utilizarán pruebas de pacientes ni resultados de laboratorio utilizando esta forma de comunicación. Al iniciar a continuación, usted acepta recibir dichas llamadas en el número de teléfono celular que ha proporcionado a nuestra oficina.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (iniciales por favor)

**PRESCRIPCIONES ELECTRÓNICAS (E-PRESCRIBING)**

Autorizo ​​voluntariamente a WeeKare Pediatrics a permitir recetas electrónicas para recetas, lo que permite a los proveedores de atención médica transmitir electrónicamente las recetas a la farmacia de mi elección, revisar la información de beneficios de farmacia y el historial de suministro de medicamentos siempre que exista una relación médica / paciente, o hasta que yo retirar mi consentimiento. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (iniciales por favor)

**SERVICIO DE RESPUESTA / LLAMADAS DESPUÉS DE HORAS**

Ofrecemos un servicio de contestador fuera de horario para procesar las llamadas entrantes de nuestros pacientes establecidos. Los mensajes se toman y se entregan al personal de la oficina para asuntos no urgentes y los asuntos urgentes que siguen nuestro protocolo de oficina enviarán un mensaje al proveedor de guardia.

Por lo general, el proveedor que realiza una llamada volverá a llamar para averiguar información adicional sobre la preocupación médica de su hijo y le brindará asesoramiento y ayuda para decidir qué hacer a continuación. Asuntos emergentes llame al 911.

He leído esta forma o ha sido leída en el idioma que yo entienda, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de esta.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre padre/guardián legal del paciente, si el paciente es menor de 18: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación del paciente con padre/ guardián legal, si el paciente es menor de 18: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/ guardián legal del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[](http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiiq9n6ieXPAhXm7IMKHdC2C6YQjRwIBw&url=http://weekare.net/&bvm=bv.135974163,d.amc&psig=AFQjCNGrzJFp4chJBpvB9hkwptLBxbvIfA&ust=1476904915017910)

Nombre de paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

**PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Yo Entiendo que bajo la Ley de Responsabilidad de la Portabilidad y Rendición de Cuentas del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos Derechos del Paciente con respecto a mi información médica protegida.

Yo Entiendo que WeeKare Pediatrics puede usar o revelar mi información de salud protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, lo que significa medios para proporcionar atención médica a mí, al paciente; Manejo de facturación y pago; Y, cuidando de otras operaciones del cuidado médico. A menos que lo exija la ley, no habrá otros usos y divulgaciones de esta información sin mi autorización.

WeeKare Pediatrics tiene un documento detallado llamado "Notificación de Prácticas de Privacidad". Contiene una descripción más completa de sus derechos a la privacidad y cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida.

Yo Entiendo que tengo derecho a leer el "Aviso" antes de firmar este acuerdo. Si le pregunto, WeeKare Pediatrics me proporcionará el Aviso de Prácticas de Privacidad más actualizado.

Mi firma a continuación indica que me han dado la oportunidad de revisar tal copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad. Mi firma significa que estoy de acuerdo en permitir que WeeKare Pediatrics use y divulgue mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Yo Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Weekare Pediatrics ha tomado medidas basándose en este consentimiento.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma** (Custodio de Paciente o Legal / Representante Autorizado) **FECHA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relación con el paciente** si firmado por otra parte **FECHA**

Usted puede obtener una copia de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión o nuestra "Notificación" en cualquier momento contactando:

**WeeKare Pediatrics Humble WeeKare Pediatrics Houston**

19333 Hwy 59 N. Ste.#145 14630 Woodforest Blvd.

Humble, TX 77338 Houston, TX 77015

Fax: (281) 540-2630 Fax: (713) 640-5254

Office # (281) 540-5437

wkpkids@weekare.net

***\*Office Use Only\****

Received Declined Witness: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[](http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiiq9n6ieXPAhXm7IMKHdC2C6YQjRwIBw&url=http://weekare.net/&bvm=bv.135974163,d.amc&psig=AFQjCNGrzJFp4chJBpvB9hkwptLBxbvIfA&ust=1476904915017910)

19333 Hwy 59 North, Suite 145

Humble, TX 77338

Phone (281) 540-5437

Fax (281) 540-2630

**FORMA DE CONSENTIMIENTO DE CUMPLIMIENTO DEL PACIENTE HIPPA**

El mal uso de la información personal de salud (PHI) se ha identificado como un problema nacional que causa molestias, molestias y dinero a los pacientes. Queremos que sepa que el médico y todos los miembros del personal reciben capacitación continua para que podamos comprender y cumplir con las normas y regulaciones gubernamentales con respecto a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), con especial énfasis en la "Regla de Privacidad".

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de privacidad" para ayudar a asegurar que su información de salud personal esté protegida contra una distribución innecesaria. La regla de privacidad también se ha creado para proporcionar un estándar para que ciertos proveedores de atención médica obtengan el consentimiento de sus pacientes para usos y divulgaciones de información médica sobre el paciente para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Nos esforzamos por alcanzar los más altos estándares de ética, integridad y calidad en la prestación de servicios para nuestros pacientes. Como nuestro paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo posible para asegurar y proteger esa privacidad. Nos esforzamos por tomar siempre precauciones razonables para proteger su privacidad. Ninguna de su información privada se divulgará a nadie excepto a usted sin su consentimiento expreso por escrito.

Es nuestra política determinar adecuadamente el uso apropiado de la PHI de acuerdo con las reglas, leyes y regulaciones gubernamentales. Queremos asegurarnos de que nuestra práctica nunca contribuya de ninguna manera al problema creciente de la divulgación inadecuada de PHI. Como parte de este plan, hemos implementado un Programa de cumplimiento que creemos que nos ayudará a evitar cualquier uso inapropiado de la PHI. También queremos que sepa que respaldamos su acceso total a sus registros médicos personales. Otros negocios con los que tratamos pueden tener relaciones de tratamiento indirecto con usted (como laboratorios que solo interactúan con médicos y no con pacientes). En casos como estos, es posible que tengamos que divulgar cierta información personal de salud para fines de tratamiento, operaciones de atención médica o pagos. Estas entidades a menudo no están obligadas a obtener el consentimiento del paciente.

Puede negarse a consentir el uso o divulgación de su información personal de salud. Si se niega a divulgarnos su información personal de salud, tenemos derecho a negarnos a tratarlo de conformidad con esta ley. Si nos revela su información, pero se niega a permitirnos divulgarla a su compañía de seguros, usted será responsable del saldo total de su cuenta al momento del servicio, en lugar del período de gracia habitual de 30 días que permitimos. Terceros a pagar.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que Wee Kare Pediatrics divulgue la cantidad mínima de mi información personal de salud necesaria para el tratamiento, las operaciones de atención médica o el pago a cualquier entidad, empresa o persona necesaria. Entiendo que no se divulgará información que no sea absolutamente necesaria para la situación.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO doy mi consentimiento para que Wee Kare Pediatrics divulgue mi información de salud personal a ninguna entidad, empresa o persona que no sea yo, a menos que autorice específicamente por escrito esta divulgación de información cada vez es necesario. Entiendo que esta decisión significa que soy responsable de todos los saldos de mi cuenta en el momento del servicio, y que soy responsable de presentar mis propios reclamos de seguro para el reembolso.

Patients Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion al paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma de padre o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

[](http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiiq9n6ieXPAhXm7IMKHdC2C6YQjRwIBw&url=http://weekare.net/&bvm=bv.135974163,d.amc&psig=AFQjCNGrzJFp4chJBpvB9hkwptLBxbvIfA&ust=1476904915017910)

**NOTIFICACION DEL ASEGURAMIENTO DE LA CONFORMIDAD PARA NUESTROS PACIENTES**

A nuestros pacientes valorados y a sus guardas legales:

El fraude y el abuso de Cuidado de Salud se han identificado como problema nacional que costaba a mil millones de los contribuyentes literalmente de dólares cada ano. Quisiéramos que usted supiera que todas nuestros empleados y los doctores continuamente experimentan el entrenamiento de modo que puedan entender y conformarse con reglas y regulaciones del gobierno con respecto a Seguro de enfermedad Medicad, Remuneraciones De Los Trabajadores, leyes y regulaciones federales y del estado del cuidado de salud. Nos esforzamos alcanzar los mayores niveles de las éticas y de la integridad en la ejecución de los servicios para nuestros pacientes.

Es nuestra responsabilidad de la determinación correctamente la remuneración exacta para nuestros servicios de acuerdo con las reglas gubernamentales, leyes, y regulaciones. Nosotros estamos para asegurar de que la práctica nunca contribuya de cualquier manera al problema cada vez mayor de gastos incorrectos. Como parte de este plan, hemos puesto en ejecución un programa del complícame que creemos nos ayudaremos a prevenir cualquier Medicad o Seguro de enfermedad, Errores del servicio o de facturación de la remuneración de los trabajadores y o violaciones federales o del estado de la ley.

¡También sabemos que no somos perfectos! Debido a este hecho, nuestra política es escuchar nuestros empleados y nuestros pacientes sin ningún pensamiento de penalizaciones de ellos si se sienten que un acontecimiento de cualquier manera compromete nuestra política de la integridad. Mas así pues, damos la bienvenida a su opinión con respecto a la facturación ay o mantenemos problema de modo que poder remediar la situación puntualmente. Gracias por ser uno de nuestros pacientes altamente valorados.

**CONSENTIMIENTO A DIVULGAR INFORMACION PRIVADA DEL CUIDADO DE SALUD PARA EL**

**TRATAMIENTO, PAGO, Y OPERACIONES DEL CUIDADO DE SALUD**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (padre o guarda) autoriza y consiente por este medio a la pediatría de WeeKare, 19333 Hwy 59 North Suite 145, Humble, TX 77338 para lanzar cualesquiera y todo médico, y o informes o expedientes psicológicos, incluyendo pero no limitado a, notas médicas, narrativos el médico, notas de la oficina, notas operativos, informes postoperatorios, diagnosis postoperatoria, informes de la patología, radiografías, MRIs, cualquiera registra el tratamiento de reflejo para el abuso de la sustancia, enfermedad mental, SIDA, Virus del VIH, abuso de alcohol, el incluir y radiografías, estudios de diagnostica, diapositivas del laboratorio, extracto clínico, historias, cartas, y la otra información contenida en esto, cualquier es documentos y opiniones relevantes a ultimo, presente, o condición física y mental futuro, tratamiento, cuidado de hospitalizaciones, y cualquier otra información personal de la salud con respecto a mi asistencia médica como fuera necesario para realice el tratamiento, obtenga el pago, o operaciones del cuidado de salud.

El lanzamiento de las materias enumeradas arriba se está autorizando para los propósitos de obtener el tratamiento médico, pago para tales servicios y otras operaciones del cuidado médico.

Una copia de esta autorización es acordada por el infrascrito para tener el mismo efecto y fuerza que una original.

Este consentimiento para divulgar la información privada de cuidado de salud se puede revocar en la escritura. Sin embargo, tal revocación no será eficaz en una entidad que ha tomado la acción en confianza sobre este consentimiento antes de su revocación y o este consentimiento fue obtenido como una condición de obtener seguro y una ley proporciona a asegurador el derecho de disputar una demanda bajo política.

Cualquier persona, firma, o la entidad que lanza materias conforme a esta autorización se absuelve por este medio de las responsabilidades que pudo resultar de otra manera de la forma del lanzamiento de esas materias.

Reconozco más que la información usado o divulgada conforme a esta autorización puede estar conforme a re-acceso del recipiente y proteger no más de largo por las regulaciones del aislamiento.

Entiendo que tengo el derecho de repasar el aviso de WeeKare Pediátricas y de solicitar restricciones.

Nombre del paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19333 Hwy 59 North, Suite 145

Humble, TX 77338

Phone (281) 540-5437

Fax (281) 540-2630

[](http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiiq9n6ieXPAhXm7IMKHdC2C6YQjRwIBw&url=http://weekare.net/&bvm=bv.135974163,d.amc&psig=AFQjCNGrzJFp4chJBpvB9hkwptLBxbvIfA&ust=1476904915017910)

**USO SIGNIFICATIVO (MEANINGFUL USE)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para realizar un seguimiento del uso significativo de nuestro registro médico electrónico, estamos obligados a mantener la información a continuación como parte del registro médico de su hijo.

Al igual que con toda su información médica, esta se mantendrá CONFINDENCIALMENTE.

**Idioma Principal (Marque uno)**

Ingles

Español

Indio

Ruso

Otro

**Raza (Marque uno)**

Indio Americano o Nativo de Alaska

Asiático

Nativo de Hawái o de otra isla del Pacifico

Negro o Afroamericano

Blanco o Caucásico

Hispano

Otra Raza

No Declaro/Prefiero no responder

Etnicidad **(Marque uno)**

Hispano o Latino

No hispano o Latino

Prefiero no contestar

Firma de padre o tutor legal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¡Gracias por elegir Wee Kare Pediatrics!

[](http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiiq9n6ieXPAhXm7IMKHdC2C6YQjRwIBw&url=http://weekare.net/&bvm=bv.135974163,d.amc&psig=AFQjCNGrzJFp4chJBpvB9hkwptLBxbvIfA&ust=1476904915017910)**POLÍTICAS DE OFICINA**

**HORARIOS DE LA OFICINA**- Lunes - Viernes 8 a.m.-5 p.m. (cerrado para el almuerzo Hora 12pm-1pm)

**POR FAVOR DE LEER CADA POLÍTICA Y INICIE EN CADA LÍNEA.**

**\_\_\_\_\_\_ POLÍTICA DE NUEVO PACIENTE** - Cada médico / proveedor requiere un tutor legal / padre en la primera visita. En esa visita es cuando el padre puede delegar consentimiento a otro adulto para acompañar al niño a futuras visitas. Debe traer la cartilla de vacunación de la primera visita, de no hacerlo, dará lugar a la cancelación de la cita.

**\_\_\_\_\_\_ SEGURO / FOTO ID** - Se requiere que usted presente su tarjeta de seguro y una identificación con fotografía **en cada visita** para la protección de nuestros pacientes.

**\_\_\_\_\_\_ CONSENTIMIENTO MÉDICO** **DE PADRES**- WeeKare no servirá a el paciente que este acompañado por alguien que **no** sea el padre o tutor legal sin el consentimiento **por escrito antes de la cita.**

**\_\_\_\_\_\_ POLÍTICA PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) -** Requerimos que somos el PCP el día de la visita. Es responsabilidad de los padres para asegurarse de que este completado antes de la visita y que nos proporcione los números de autorización necesarios o los contactos en relación con las visitas al consultorio enfermos.   
 **\_\_\_\_\_\_ POLÍTICA TARDIA**- debido a la disponibilidad limitada de citas le pedimos que llegue a su cita a tiempo. En caso de llegar 15 minutos después de la hora programada para la cita, se reprogramará su cita.

**\_\_\_\_\_\_ PROGRAMACIÓN DE HERMANOS:** Programaremos a los hermanos juntos siempre que nuestro horario lo permita. Si los pacientes no se presentan a las citas programadas para hermanos dos (2) veces, ya no podremos programar la cita para hermanos juntos. Será vital llamar y reprogramar o cancelar citas en lugar de no presentarse, ya que esto contará para no poder programarlas todas juntas. Las cancelaciones deben hacerse dentro de las 24 horas posteriores a la cita.  
 **\_\_\_\_\_\_ POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITA**-Le pedimos que usted sea cortés con los demás. Si no puede hacer su cita por favor llame para cancelar dentro de las 24 horas de la hora programada para que podamos dar oportunidad a otros pacientes, esto también se puede hacer a través del portal del paciente.

**\_\_\_\_\_\_ POLÍTICA DE NO PRESENTARSE:** nuestra política es que si no se presenta a 3 citas sin notificación adecuada a nuestra oficina resultarán en que se informe a su compañía de seguros. También podemos despedir al paciente de nuestra clinica por no cumplir y por tener numerosas ausensias.

**\_\_\_\_\_\_ BIEN VISITAS / incluyendo algo agudo**- Si un tema de enfermedad or preocupación se toca durante la visit de bienestar. Devido a su compañía de asegro el copay se debe colectar. Una visita de bien estart no incluye enfermedades or preocupaciones en el momento de la visita, su compañía de seguros le serán facturados ambas visitas. Su compañía de seguros puede cobrar por un copago / deducible o coaseguro.   
  
**\_\_\_\_\_\_ SERVICIOS DE CONTESTADOR:** Nuestro servicio de contestador está disponible de lunes a viernes de 12 a 1 pm y de lunes a domingo de 5 pm a 8 am para atender casos de emergencia únicamente.

**\_\_\_\_\_\_ CONFIRMACIONES DE CITA:** el servicio de EClinicalWorks confirmará las citas 2 días antes de la cita a través de una llamada / mensaje de texto, nuestro Portal del Paciente le enviará un correo electrónico 2 días antes. Nuestro personal también hará llamadas para confirmar las citas el día anterior o el día de la cita. **Es vital que confirme su cita.** Las llamadas del sistema son solamente en ingles.   
**\_\_\_\_\_\_ REGISTRO DE VACUNAS**- Es responsabilidad de los padres para traer el registro de vacuna para cualquier visita de bienestar o aguda. Habrá una tarifa de $ 5 recogido en el momento del servicio, si el padre solicita una copia del registro de vacunas debido a la pérdida o puede acceder a la cuenta de su hijo a través de portal de pacientes en su tiempo libre de forma gratuita.

**\_\_\_\_\_\_ CITA DE REVISION FISICA (Visita de Bienestar):** Nuestras visitas de rutina se programan principalmente con 1 o 2 meses de anticipación. Programe la cita de rutina de su hijo durante **el mes de su cumpleaños en o después de su cumpleaños.** Comuníquese con nuestro centro de llamadas si cambia su número de teléfono.

**\_\_\_\_\_\_ CITAS DE ENFERMEDAD (AGUDA):** Debido a COVID-19, nuestra programación se ha actualizado. Veremos visitas agudas por enfermedad de **lunes a viernes en las tardes de 1pm a 5pm**. (Horarios pueden cambiar sin aviso)

**\_\_\_\_\_\_ FÍSICOS DEPORTIVOS (Sports Physicals):** Un examen deportivo es diferente al examen físico de bien estar. Tiene que agendar una cita para los dos examen de bienestar y sports physical para que se agan juntos el mismo dia. La segunda opción es si ya tuvo un examen de bien estar anteriormente tiene que agendar una nueva cita para realizar el exam físico deportivo. **Los padres son responsables de proporcionarnos los formularios físicos deportivos y los padres deben completar toda la información necesaria antes. Si no se trae el formulario durante la cita, se cobrará una tarifa y hay un plazo de entrega de 3 días.**

**\_\_\_\_\_\_ RETIRO DEL PANEL O TERMINACIÓN DE LA OFICINA:** nos reservamos el derecho de remover a un paciente de nuestra oficina y / o terminar nuestra relación en las siguientes situaciones: rechazo del pago, mala conducta grave (gritar, no ser cortés con los demás, falta de respeto, cualquier forma de mala conducta física), actos ilegales o fraudulentos, blasfemias y abuso verbal, ya sea por teléfono o en persona. Se notificará a su compañía de seguros de este cambio.

**\_\_\_\_\_\_ LLAMADAS DE NUESTRA ASISTENTE MEDICO-** Weekare Pediatrics ofrece una línea para los pacientes establecidos donde nuestra asistente medico ayuda a contestar sus preguntas médicas menores dar resultados. Las llamadas se devuelven el mismo día, en caso de que no esté seguro de si es necesaria una visita por favor haga una cita.

**\_\_\_\_\_\_ CITAS DE AUTORIZACIÓN:** Deben programarse al menos 1-2 semanas antes de la fecha del procedimiento.

**\_\_\_\_\_\_ PRESCRIPCION DE RECAMBIO**-recargas receta de medicamentos deben ser presentadas a través de su farmacia. No vamos a aceptar el llamado paciente en la solicitud. WeeKare Pediatría no se rellena antibióticos y ciertos medicamentos, se pueden requerir una visita de seguimiento o bien la visita del niño.

\_\_\_\_\_\_ **REPOSICIONES DE MEDICAMENTOS:** WeeKare Pediatrics no repone antibióticos ni otros medicamentos por teléfono. Se requiera una visita de seguimiento o una sita para pedir los medicamentos. Si el paciente no ha sido atendido por más de 4 meses, no se autorizarán resurtidos, será necesario programar una nueva visita. Si su medicamento tiene resurtidos, llame a su farmacia.

A partir del 7 de diciembre de 2020, ya no ofrecemos citas sin citas disponibles los lunes en la mañana. Programe las citas de su hijo.

**TARIFAS DE SOLICITUD DE FORMAS**

Todas las solicitudes se procesarán en el momento en que se recibió la solicitud de pedido y requieren un plazo de 3 días hábiles. La solicitud debe hacerse en la oficina y pagarse en su totalidad para poder procesar la solicitud.

**COPIA DE REGISTROS DE VACUNAS**

$ 5 por por Niño. Por cada tarjeta de registro de vacunas solicitada o para consolidar las tarjetas de registro de vacunas.

**FORMAS**

$ 5 por Niño, por formas que no se haya completado en el momento de la visita de su hijo. (es decir, formularios de examen físico Deportivo (sports physical), guardería, escuela y campamento, clearance de autorización medicas (dental/procedure clearance)

**SOLICITUDES DE CARTAS**

$ 10 por niño, para solicitudes de cartas por niño (es decir: Inmigración, IRS, Administración de SS, etc.)

**FMLA**

$ 30 para llenar Formularios FMLA de que debe completar el médico.

**SOLICITUD DE EXPEDIENTE REGISTRO MÉDICOS**

La tarifa de solicitud de registros médicos personales es de $ 25 por las primeras 20 hojas. $ 0.50 por hojas adicionales.

**HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS POLÍTICAS DE LA OFICINA Y ACEPTO CUMPLIR CON LAS POLÍTICAS DE LA OFICINA Y LAS TARIFAS DE LA OFICINA PARA LAS SOLICITUDES DE TRÁMITES.**

Nombre del paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/Guardián:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La Relación de Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[](http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiiq9n6ieXPAhXm7IMKHdC2C6YQjRwIBw&url=http://weekare.net/&bvm=bv.135974163,d.amc&psig=AFQjCNGrzJFp4chJBpvB9hkwptLBxbvIfA&ust=1476904915017910)

**OFFICE USE ONLY**

**MRN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ROI Status:  Processed  Returned to Requester  Encounter

 Chart Review

 Document(s) released in accordance with scope of patient request

Date records were provided: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INTERNAL USE ONLY:**





19333 Hwy 59 North, Suite 145 • Humble, TX 77338

Phone (281) 540-5437 - Fax (281) 540-2630

14630 Woodforest Blvd • Houston TX 77015

Phone (281) 540-5437 – Fax (713) 640-5254

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION**

\*\*\*Please mail to address or fax number above\*\*\*

DO NOT MAIL CD

**Please read all information and instruction before completing and signing the authorization form.**

(nombre del paciente) (fecha de nacimiento)

Patient’s Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Birth date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Please Print) APELLIDO NOMBRE IN

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMATION TO BE RELEASED **BY**: | INFORMATION TO BE RELEASED **TO**: |
| **REQUEST MUST HAVE COMPLETE ADDRESS OR FAX NUMBER**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Organization/Person Name  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Street Address City, State, Zip  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Phone # Fax # | **REQUEST MUST HAVE COMPLETE ADDRESS OR FAX NUMBER**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Organization/Person Name  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Street Address City, State, Zip  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Phone # Fax # |

**TYPE OF MEDICAL INFORMATION REQUESTED:**

* Complete medical records
* Labs
* H & P Progress Notes
* Immunizations
* Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PLEASE INCLUDE MEDICAL RECORDS PERTAINING TO**: (initial requested area):

* Emotional Mental Health / Psychiatric Condition
* HIV /AIDS/ STD’s
* Drug / Alcohol / Substance Abuse

**REASON FOR REQUEST**:  Personal  Moving to new area  Moving to closer clinic  Patient has outgrown pediatrics age

 Transferring Care to a new Pediatrician due to:

 Medical Care of child(ren)

 Wait time in office

 Difficulty Scheduling appointment

 Interaction with office staff

I hereby consent to the release of the specified information relating to diagnosis, testing, or treatment to the person or entity names above. I understand that such information cannot be released without my informed consent. I acknowledge I have fully reviewed and understand the contents of this authorization form. My signature below indicated that I hereby agree to and authorize the release of patient health information to the above-named person or organization. You have the right to revoke or cancel this authorization, in writing at any time

**PUEDE HABER CARGOS POR LAS COPIAS DE SUS EXPEDIENTED MEDICO A MENOS QUE SUS COPIAS SEAS**

**ENVIADAS A OTRO MEDICO O CENTRO DE ATENCION MEDICA.**

Nombre del padre or tutor legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre or tutor legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relacion del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(You may be required to provide legal documentation as proof for power of attorney or guardianship)