

de cuenta _____

Asthma, Allergy & Immunology

A Division of Florida Pediatric Associates, LLC

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ #SS: ___-___-___ Sexo: M ___ F ___
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____ Telefono: (___) _____

Raza: ___ Africano/Americano ___ Indio Americano o Nativo de Alaska ___ Asiatico ___ Hawaiano/ Islas Pacificas
___ Blanco

Etnicidad: ___ Hispano ___ No-Hispano ___ declinado

Otros familiares que se atienden aqui: _____

Doctor primario: _____ Telefono: (___) _____

Farmacia: _____ Telefono: (___) _____

Correo Electronico: _____

Metodo Preferido de contacto: ___ Correo Electronico ___ Correo Postal ___ Tel. de la casa ___ Cell ___

Lenguaje preferido: _____

A quien podemos agradecer por referirte: _____

INFORMACION DE PADRES / GUARDIAN LEGAL

Quien tiene custodia legal del Paciente: ___ Mama y Papa ___ Madre ___ Padre ___ *Padres adoptivos ___ Abuelos ___ *HRS/otros

***DOCUMENTACION APROPIADA DEBE SER PRESENTADA A LA HORA DE LA VISITA**

Nombre de la Madre/Guardian: _____ Fecha de Nacimineto: ___/___/___ #SS: ___-___-___

Direccion: ___ Marque aqui si es igual que arriba

_____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

#de la Casa: (___) _____ #del Celular:(___) _____ # del trabajo:(___) _____

___ Marque aqui si podemos usar el # del celular para confirmar citas medicas

Ocupacion: _____ Empleador: _____ Direccion: _____

Nombre del Padre/Guardian: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ #SS: ___-___-___

Direccion: ___ Marque aqui si es igual que arriba

_____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

#de la Casa: (___) _____ #del Celular:(___) _____ # del trabajo:(___) _____

___ Marque aqui si podemos usar el # del celular para confirmar citas medicas

Ocupacion: _____ Empleador: _____ Direccion: _____

Metodo Preferido de contacto: ___ Correo Electronico ___ Correo Postal ___ Tel. de la casa ___ Tel. Celular

Lenguaje preferido: _____

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIAS

1. Nombre: _____ Parentesco: _____ # de Telefono: (___) _____

2. Nombre: _____ Parentesco: _____ # de Telefono: (___) _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Seguro Medico Primario: _____	# de Poliza: _____	# de Grupo: _____
Asegurador Principal: _____	Fecha de Nacimiento: __/__/____	
# SS del asegurador principal: ____ - ____ - _____	Relacion con el paciente: _____	
Direccion para reclamaciones: _____	Ciudad: _____	Estado: _____ Codigo Postal: _____
# de telefono para Elegibilidad: (____) _____		
Seguro Medico Secundario: _____	# de Poliza: _____	# de Grupo: _____
Asegurador Principal: _____	Fecha de Nacimiento: __/__/____	
# SS del asegurador principal: ____ - ____ - _____	Relacion con el paciente: _____	
Direccion para reclamaciones: _____	Ciudad: _____	Estado: _____ Codigo Postal: _____
# de telefono para Elegibilidad: (____) _____		

ASIGNACION DE BENEFICIOS/RECONOCIMIENTO

Yo solicito que se hagan pagos de mi parte por beneficios autorizados por mi seguro medico a Florida Pediatric Associates, LLC por cualquier servicio medico provisto a mi por esta organizacion. Yo, autorizo la liberacion de cualquier informacion medica o cualquier otra informacion que sea necesaria para determinar estos beneficios para servicios o equipo relacionado que sea necesario por esta organizacion, Administracion Financiera del Cuidado de Salud, mi poliza de seguro o cualquier entidad medica. Copia de esta autorizacion sera enviada a la Administracion Financiera del Cuidado de Salud, mi poliza de seguro o cualquier otra entidad si es solicitado. Copia original se mantendra en archivo por esta organizacion.

Yo entiendo que soy financieramente responsable por cargos no cubiertos por mi seguro medico. Es mi responsabilidad de notificar cualquier cambio en la cobertura de mi seguro medico. En algunos casos beneficios exactos no pueden ser determinados hasta que el seguro reciba reclamos por servicios. Yo soy responsable por la cuenta total o balance de la cuenta tal como lo determina esta organizacion y/o por mi seguro medico si es que los reclamos son denegados por mi seguro medico. Yo entiendo que firmando esta forma acepto responsabilidad por todos los pagos como lo explica arriba por servicios recibidos.

Firmando este documento, yo reconozco que recibí una copia del Aviso de Practicas de Privacidad. Este reconocimiento es requerido por Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) para asegurar que yo entienda mis derechos de privacidad.

Firma de Padre o Madre/Guardian: _____ Date: __/__/____

POLIZA DE PAGOS

Se espera que por los servicios rendidos sean pagos en su totalidad por el paciente o persona acompanando al menor para tratamiento. Si nuestra oficina es proveedor participante con tu seguro medico, todos los servicios no cubiertos, co-pagos, y/o deducibles seran recogidos en el momento de la visita. Arreglos para aceptar cualquier otro pago que no sea pagos en su totalidad deberan de ser echos antes de la cita. Es responsabilidad del asegurado principal de entender y aceptar las guías echas por su plan individual de seguro medico. Si usted no puedo proporcionar informacion completa del seguro medico a la hora de la visita, usted tendra que pagar en su totalidad la visita. Yo entiendo que soy responsable por cualquier balance no pagado por mi seguro medico. Tambien entiendo y estoy de acuerdo, que si no hago mis pagos a tiempo en mi cuenta, sere responsable de algunos o todos los cargos de coleccion, cuentas de abogados incluyendo cargos por archivo.

Firma de Padre o Madre/Guardian: _____ Date: __/__/____

AUTORIZACION PARA OBTENER/DIVULGAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___

AVISO AL PACIENTE

Persona(s)/Organizacion autorizada para proveer esta informacion.

Persona(s)/Organizacion autorizada para recibir esta informacion.

Descripcion especifica de la informacion que se podra obtener o divulgar; incluyendo lapsos de fecha (ej. Notas de oficina desde Febrero 1, 2006 hasta Marzo 3, 2010): **NOTA: la divulgacion de "historial medico en su totalidad" es raramente necesario y no sera divulgada al menos que se verifique que sea necesario.**

Descripcion especifica de como se usara la informacion (ej. Transfer de cuidado, tratameinto continuo, etc.)

Esta autorizacion expira en _____ (NOTA: si la linea se deja en blanco esta autorizacion automaticamente expira en 12 meses) Yo entiendo que puedo pedir copia de esta autorizacion.

Yo entiendo que puedo revocar o enmendar esta autorizacion (excepto por las acciones ya tomadas de acuerdo a la autorizacion ya firmada) en cualquier momento notificandolo por escrito (la forma apropiada podra ser obtenida por el personal de oficina).

Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorizacion y que por negarme no afecta mi habilidad de obtener tratamiento, pagos o egibilidad de mis beneficios medicos; ahora bien la oficina puede negar las peticiones echas arriba.

En acuerdo yo puedo inspeccionar o obtener copia de cualquier informacion usada o divulgada bajo esta autorizacion y entiendo que debo de hacerlo llenando las formas apropiadas.

Yo entiendo que si la organizacion o persona que reciba informacion no es un proveedor de cuidado de la salud o no esta cubierto bajo la regulacion federal de privacidad, la informacion descrita arriba podra ser re-divulgada y ya no sera protegida bajo estas regulaciones

Adicionalmente, la oficina arriba mencionada como la proveedora autorizada no sera responsable por ninguna informacion re-divulgada por organizaciones o personas que reciban informacion.

Firma del paciente o representante: _____

Fecha: ___/___/___

Nombre en letra de molde: _____

Parentesco: _____

Solo para uso oficial:

informacion enviada por: _____

Fecha que infomacion fue enviada: ___/___/___

Asthma, Allergy & Immunology

A Division of Florida Pediatric Associates, LLC

Authorizacion para consentimiento de tratamiento medico a un menor

Yo, el abajofirmanante padre/guardian de _____, autorizo a los individuos listados abajo la abilidad de traer a mi hijo(a) a sus citas medicas y dar consentimiento a examinaiones medicas, diagnosticos y tratamientos por el medico y por el personal de Asthma, Allergy & Immunology.

NOMBRE	DIRECCION	# DE TELEFONO
--------	-----------	---------------

NOMBRE	DIRECCION	# DE TELEFONO
--------	-----------	---------------

NOMBRE	DIRECCION	# DE TELEFONO
--------	-----------	---------------

Yo entiendo que las personas arriba mencionadas son requeridas a presentar una identificacion con foto valida al momento de presentarse a la officina con mi hijo(a) y que mi hijo(a) no sera atendido por el medico sin la presentacion adecuada de identificacion.

Esta autorizacion expira en _____ (Note: si la linea se deja en blanco la autorizacion automaticamente expira en 12 meses)

Yo entiendo que es mi responsabilidad de cancelar este consentimiento por escrito al momento que algun individuo arriba mencionado no tenga mi permiso para dar el consentimiento arriba descrito.

Fecha: _____

Nombre

Parentesco

Firma

DERECHOS PARA CANCELAR:

CONSIDERA ESTE AVISO COMO CONFIRMACION QUE YO CANCELO MI PERMISO A _____, MENCIONADO ARRIBA PARA DAR CONSENTIMIENTO DE TRAMIENTO A MI HIJO(A). EFECTIVO INMEDIATAMENTE.

Firma

Iniciales del personal de oficina

4503 N. Armenia Ave.
Tampa, FL 33603-2745
Ph. (813) 873-1177
Fax. (813) 873-1166

19039 N. Dale Mabry Hwy
Lutz, FL 33548-4982
Ph. (813) 948-7000
Fax. (813) 948-7008

RELEASE OF RECORDS

ASTHMA, ALLERGY & IMMUNOLOGY OF TAMPA BAY A DIVISION OF FLORIDA PEDIATRIC ASSOCIATES, LLC

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

I hereby authorize: _____

To release information from my medical record as indicated below to:

Dr. Diana P. Martin M.D.

Dr. Maliena Longley M.D.

Information to be released:

- All Medical Records Progress Notes
 Labs X-Ray Reports
 Vaccines Other _____

-
- 1) I understand that this authorization will remain in effect for one year; or until I revoke it on writing. I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying the office in writing. I further understand that any such revocation does not apply to information already release in response to this authorization.
 - 2) I understand that state law prohibits the re-disclosure of the information disclose to the persons/entities listed above without any further authorization, but the office cannot guarantee that the recipient of the information will not disclose this information contrary to such prohibition.
 - 3) I understand that I am under no obligation to sign this authorization. I further understand that my ability to obtain treatment will not depend in any way on whether I sign this authorization.
 - 4) I understand that I have a right to inspect and to obtain a copy of any information disclosed.
 - 5) I understand that I may be charged a fee for copy of records. This fee may be waived for copies provided to a health care provider for continuing medical care. I understand that this fee is within the limits allowable by the Florida law.
 - 6) All medical records include mental health, Aids, treatment for alcohol/substance abuse, and genetic counseling.

Signature of Patient/Parent if a minor: _____ Date: _____

For office use only

Date the request was filled