

**ASOCIADOS PEDIÁTRICOS COSTEROS  
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

|  |                                  |  |                              |        |     |
|--|----------------------------------|--|------------------------------|--------|-----|
| <b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE:</b> Tenga en cuenta que es su responsabilidad notificarnos cualquier cambio.  |                                  |  |                              |        |     |
| APELLIDO   | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE   | FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO | GÉNERO |     |
| DIRECCIÓN POSTAL (APARTADO DE CORREOS si corresponde) CIUDAD   |                                  | ESTADO   | CÓDIGO POSTAL                |        |     |
| TELÉFONO RESIDENCIAL   | ELECTRÓNICO DEL TELÉFONO CELULAR | DIRECCIÓN DE CORREO (solo si el paciente es un adulto legal, enumere su correo electrónico aquí) |                              |        |     |
| <b>INFORMACIÓN PRINCIPAL DEL GARANTE:</b> A quién se envían las declaraciones; si usted es el custodio/padre principal, usted es el garante a menos que sea legal la documentación está archivada en la práctica para designar a otra parte financieramente responsable. |                                  |  |                              |        |     |
| RELACIÓN CON EL PACIENTE _____   |                                  |  |                              |        |     |
| APELLIDO   | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE   | FECHA DE NACIMIENTO          | GÉNERO | SSN |
| DIRECCIÓN POSTAL (solo si es diferente del paciente anterior) CIUDAD   |                                  | ESTADO   | CÓDIGO POSTAL                |        |     |
| TELÉFONO RESIDENCIAL TELÉFONO CELULAR TELÉFONO DE TRABAJO  |                                  |  |                              |        |     |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (requerida para el registro en el portal, indique el tipo de acceso) TIPO DE ACCESO: ACCESO COMPLETO FACTURACIÓN SOLO ACCESO   |                                  |  |                              |        |     |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR  |                                  |  |                              |        |     |
| <b>INFORMACIÓN DEL TUTOR SECUNDARIO/PADRE:</b> Por favor, proporcione la información de otro custodio/padre; esta no es la persona financieramente responsable de la fiesta.   |                                  |  |                              |        |     |
| RELACIÓN CON EL PATIENT _____  |                                  |  |                              |        |     |
| APELLIDO NOMBRE MI   |                                  |  | FECHA DE NACIMIENTO          | GÉNERO | SSN |
| DIRECCIÓN DE LA CALLE (solo si es diferente de la del paciente anterior) CITY STATE ZIP  |                                  |  |                              |        |     |
| TELÉFONO RESIDENCIAL TELÉFONO CELULAR TELÉFONO DE TRABAJO  |                                  |  |                              |        |     |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (requerida para el registro en el portal, indique ACCESO COMPLETO o SOLO ACCESO DE FACTURACIÓN) TIPO DE ACCESO: ACCESO COMPLETO SOLO ACCESO FACTURACIÓN  |                                  |  |                              |        |     |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR  |                                  |  |                              |        |     |
| <b>INFORMACIÓN PRIMARIA DEL SEGURO:</b> Relación con el paciente: _____  |                                  |  |                              |        |     |
| NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS ID DE SEGURO # GRUPO DE SEGUROS #   |                                  |  |                              |        |     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA SSN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA DOB DEL TITULAR DE LA PÓLIZA #  |                                  |  |                              |        |     |
| <b>INFORMACIÓN SECUNDARIA DEL SEGURO:</b> Relación con el paciente: _____  |                                  |  |                              |        |     |
| NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS ID DE SEGURO # GRUPO DE SEGUROS #   |                                  |  |                              |        |     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA SSN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA DOB DEL TITULAR DE LA PÓLIZA #  |                                  |  |                              |        |     |
| <b>CONTACTO DE EMERGENCIA:</b> Esta persona se agregará al Formulario de Autorización / Divulgación si aún no lo ha hecho.   |                                  |  |                              |        |     |
| RELACIÓN DE NOMBRE CON EL NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO DEL NIÑO   |                                  |  |                              |        |     |
| Firma del Garante/Tutor:   |                                  | Nombre de impresión:   |                              | Fecha: |     |



## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, RECONOCIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE CPA

### Consentimiento para el tratamiento médico

Yo/nosotros damos su consentimiento voluntario para el tratamiento médico y los procedimientos de diagnóstico proporcionados por Coastal Pediatric Associates (CPA). Yo/nosotros damos mi consentimiento para realizar pruebas de enfermedades infecciosas, tales como, entre otras, sífilis, SIDA, hepatitis y pruebas de medicamentos si mi médico, enfermera practicante o asistente médico lo considera conveniente. Yo / nosotros también damos mi consentimiento para un tratamiento menor y de procedimiento, como, entre otros, la circuncisión, la extirpación de uñas encarnadas, la frenotomía y la crioterapia si mi médico lo considera conveniente. Yo / nosotros somos / somos conscientes de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y yo / nosotros reconocemos que no se han hecho garantías en cuanto al resultado de los tratamientos o exámenes. Yo/nosotros hemos leído o nos hemos leído este consentimiento y entiendo y acepto su contenido.

### Opciones virtuales/de telesalud

CPA ofrece a los pacientes la oportunidad de conectarse con un proveedor a través de visitas por video de quejas de HIPAA. Al firmar esto, usted acepta que ha tenido la oportunidad de leer el consentimiento informado de Telesalud, el Aviso de Prácticas de Privacidad de CPA, la Política Financiera, la Política de Inmunización y los Datos Útiles de la Visita al Examen de Bienestar. Esta información se puede encontrar en nuestro sitio web CPAkids.com. Usted acepta los términos establecidos por la política, así como la oportunidad de hacer preguntas. Acepto y entiendo que si uso Telehealth, puedo ser financieramente responsable del servicio / visita y entiendo los riesgos y beneficios de Telehealth.

### Autorización para la divulgación de información y asignación de beneficios de seguro

CPA está autorizado a divulgar cualquier información médica requerida en el procesamiento de solicitudes o la presentación de información para la cobertura financiera y la continuación de la atención, tales como, entre otros, referencias de terceros para recibir servicios de terapia y tratamiento de especialistas, incluida la información relacionada con atención psiquiátrica, abuso de drogas y alcohol, agresión sexual o pruebas de enfermedades infecciosas, incluido el SIDA / VIH. Yo / nosotros también aceptamos la divulgación de información médica, de vacunación, historial de medicamentos u otra información sobre mí / el menor al registro estatal de vacunación (CARES), los administradores de beneficios de farmacia a través de Surescripts y / o las agencias reguladoras gubernamentales (federales o estatales) según lo exija la ley. Para los beneficiarios de Medicaid/Medicare: Yo/nosotros hemos proporcionado toda la información necesaria para la asignación adecuada de los beneficios de Medicaid/Medicare.

### Acuse de recibo de las políticas de CPA

Por la presente, reconozco que he recibido o revisado el Aviso de CPA de Prácticas de Privacidad, Política Financiera, Política de Inmunización y Datos Útiles de la Visita al Examen de Bienestar. Esta información se puede encontrar en nuestro sitio web CPAkids.com. Se proporcionará una versión impresa de esta información previa solicitud.

Yo/nosotros entendemos que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización y que el tratamiento de mi/nuestro hijo no estará condicionado a la firma. Yo/nosotros entendemos que yo/nosotros tenemos el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una notificación por escrito a la práctica. Entiendo que una revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido utilizada o divulgada, pero será efectiva en el futuro. Yo/nosotros entendemos que la información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal o estatal.

***Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo las declaraciones anteriores de Coastal Pediatric Associates:***

| Firma | Imprimir Nombre | Fecha |
|-------|-----------------|-------|
|-------|-----------------|-------|

SOLO USO DE OFFICE

#### **Documentación de "Buena Fe" Intento de obtener la firma de reconocimiento.**

- Documento presentado al padre/paciente, pero el padre/paciente se negó a firmar el acuse de recibo.
- Paciente presentado con una emergencia y no hubo tiempo para dar el Aviso o recibir una firma. El intento de dar el Aviso y obtener cualquier acuse de recibo se manejará lo antes posible.
- Se presentó la documentación al padre/paciente, pero una falla en la comunicación nos impidió recibir el acuse de recibo.
- La documentación se envió por correo al padre / paciente, pero nunca se nos devolvió.
- Other \_\_\_\_\_

Empleado que prepara el documento Nombre impreso y firma

Date \_\_\_\_\_

Actualizado MAR 2022