Denise Nakos, MD • Beatrice Wilder, MD • Charles C. Richards, MD

Noureen Husain, MD • Pooja Chandra, MD • Yvonne Ibe, MD

Queridos Padres:

¡Felicidades por el nacimiento de su nuevo bebé! Ahora comienza un capítulo muy gratificante en sus vidas - la paternidad y la maternidad. Cobb Pediatric Associates (Pediatras Asociados de Cobb*)* ha sido parte de la salud comunitaria del Condado de Cobb durante más de 32 años, dedicándose a proveer asistencia médica de calidad a sus bebés, niños y adolescentes. Los niños son nuestro futuro y es nuestro objetivo mantener con ustedes relaciones amistosas, profesionales y responsables para mejor servir las necesidades médicas de su familia.

Rogamos a los padres de los recién nacidos que nos ayuden con el proceso del registro, dándonos la información de su seguro médico antes de la primera visita de su bebé. La primera visita de su bebé a nuestra oficina puede ser abrumadora con la cantidad de cosas que los nuevos padres tienen que recordar (sin mencionar la falta de dormir de que carecen). Somos los proveedores de la atención sanitaria de su hijo en primer lugar, y su salud permanece nuestra preocupación número uno. Sin embargo, llevamos un negocio, con empleados y gastos generales con los que debemos cumplir. Su ayuda para el registro de aceptación o elegibilidad asegurará menos errores con la primera reclamación y la rápida respuesta del proveedor del seguro, lo cual ayudará a establecer una buena base para nuestras relaciones del futuro.

Si usted desea que nosotros enviemos la factura a su compañía de seguros, por favor, rellene la información en los formularios del paquete, y entréguelos a nuestro Representante de Seguros en el momento de su visita, o mándenoslos por correo a la oficina. Antes de venir a visitarnos, quizás quiera revisar las reglas de nuestra oficina incluyendo la política sobre las vacunas de la infancia. Por favor, recuerde que si no podemos presentar su reclamación al seguro, será necesario que usted pague el balance en el momento de la visita. Apreciaremos su cooperación en este asunto.

Cordialmente,

Cobb Pediatrics Associates, P.C.

1060 Windy Hill Rd, Suite 200, Smyrna, GA 30080 770-941-7709

Denise Nakos, MD • Beatrice Wilder, MD • Charles C. Richards, MD
Noureen Husain, MD • Pooja Chandra, MD • Yvonne Ibe, MD

PERMISO PARA ENVIAR INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE (PHI)

POR CORREO ELECTRÓNICO SIN ENCRIPTACIÓN

De acuerdo con las pautas de 2023 del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., todos tienen derecho a recibir una copia de su información de salud del paciente (PHI) por correo electrónico sin encriptación, si la persona solicita acceso de esta manera. En estos casos, puede existir el riesgo de que un tercero pueda leer la información de salud del paciente (PHI) mientras el correo electrónico está en tránsito. El consultorio médico no será responsable por la violación o divulgación de esa información que pudiera ocurrir en tránsito. Además, el consultorio médico no es responsable de salvaguardar la información después de que se le entregue al individuo.

Al firmar abajo, usted acepta completamente los riesgos de enviar información de PHI por correo electrónico sin encriptación y solicita recibir la PHI por correo electrónico sin encriptación.

_____ _____

FIRMA Padre/Madre/Tutor del Paciente Fecha

_____

IMPRIME Padre/Madre/Tutor del Paciente

1060 Windy Hill Rd, Suite 200, Smyrna, GA 30080
(770)941-7709 www.cobbpedassoc.com

Denise Nakos, MD • Beatrice Wilder, MD • Charles C. Richards, MD
Noureen Husain, MD • Pooja Chandra, MD • Yvonne Ibe, MD

Autorización para Registros de Farmacia

Autorizo a Cobb Pediatric Associates y a su personal a obtener y revisar los registros de farmacia y de recetas médicas de mi hijo/a. Esto incluye el historial de medicamentos y la información de dispensación de farmacias, administradores de beneficios de farmacia, aseguradoras y el Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados de Georgia (PDMP), según lo permita la ley, con el propósito de tratamiento y manejo de medicamentos durante la atención de mi hijo/a en esta práctica.

Firma del Padre/Madre o Tutor(a) Legal: _____ Fecha: _____

Firma del Sustituto: _____ Fecha: _____

1060 Windy Hill Rd, Suite 200, Smyrna, GA 30080
(770)941-7709 www.cobbpedassoc.com

Formulario para el Registro de Pacientes Nuevos

COBB PEDIATRIC ASSOCIATES, P.C.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Padres	***Madre/Padre 1***	***Padre/Padre 2***
Nombre completo		
Fecha de nacimiento		
Estado civil		
Señas o dirección		
Ciudad, Estado, Código Postal, Condado		
Teléfono de su casa o principal		
Teléfono móvil o celular		
Teléfono del trabajo		
Email		
Nombre del empleador o patrono		
Señas o dirección del patrono		
Ciudad, Estado, Código Postal, Condado		
Familiar más cercano, su teléfono y su móvil		

Informacion del niño	
Fecha de nacimiento	
Sexo	
Raza	
Origen étnico	
Idioma preferente	
***Nombres de todos los niños a quienes proveemos asistencia m*édica**	

Yo, _____, he recibido una copia de la Práctica de Confidencialidad en Cobb Pediatric Associates PC, la Política de Servicios Financieros, y la Política de la Cancelación de Citas**.** **Entiendo que tengo derecho a negarme a completar y firmar este formulario; sin embargo, al firmarlo, debo pagar el total de los servicios a Cobb Pediatric Associates, PC al momento de recibirlos.**

***Firma: _____ Fecha: _____**

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicamentos: _____

Alergias (medicamentos, alimentos, etc.): _____

¿Están las vacunas del niño al día? sí ☐ no ☐

HISTORIA DE NACIMIENTO (sólo necesita completar si el niño es menor de 5 años)

Hospital donde nació el niño: _____

Peso de nacimiento: _____ Peso al alta: _____ vaginal ☐ cesárea ☐

Edad gestacional (semanas de edad al nacer): _____ Razón por cesárea (si procede): _____

¿Vacuna contra Hepatitis B? sí ☐ no ☐ ¿Pasó prueba de audición? sí ☐ no ☐

Salud de madre durante el embarazo: _____

Complicaciones con el bebé: _____

¿Unidad de cuidado intensivo neonetal? sí ☐ no ☐ _____

HISTORIA MEDICA PASADA

Hospitalizaciones: _____

Cirugías: _____

ADHD/ADD	☐	Cancer (enumerar el tipo)	☐	Enfermedad renal	☐
Alergias	☐	Parálisis Cerebral	☐	Problemas de aprendizaje	☐
Anemia	☐	Diabetes	☐	Migrañas	☐
Asma	☐	Eczema	☐	Convulsiones	☐
Autismo	☐	Infecciones de oído frec.	☐	Enf. de célula falciforme	☐
Bronquiolitis	☐	Defecto del corazón	☐	Inf. del tracto urinario	☐

Otro: _____

HISTORIAL MÉDICO

HISTORIA FAMILIAR (nota F - padre, M - madre, S - hermano, GF - abuelo, GM - abuela)

ADHD/ADD _____ Depresión _____ Migrañas _____

Alergias _____ Diabetes _____ Convulsiones _____

Anemia _____ Ataque al corazón _____ Enf. de célula falciforme _____
(no de hierro) (edad de incidencia)

Asma _____ Alta presion sanguinea _____ Rasgo de células falci. _____

Autismo _____ Colesterol alto _____ Embolia cerebral _____
(edad de incidencia)

Trastorno hemorrágico _____ Enfermedad renal _____ Muerte cardiaca repentina _____
(edad de incidencia)

Cancer (enumerar el tipo) _____ Enfermedad mental _____ Enfermedad tiroidea _____

Otro: _____

HISTORIA SOCIAL

Miembros del hogar: _____

¿Quien es el cuidador principal o tiene la custodia del niño?: _____

Custodia: Asiste escuela/preescolar ☐ Mascotas Sí ☐ No ☐

Asiste la guardería ☐ Fumador Sí ☐ No ☐
(incluso fuera de casa)

Se queda en casa ☐

Comentarios: _____

¿COMO SE ENTERO DE COBB PEDIATRIC ASSOCIATES?

De un amigo (boca a boca) ☐ Google ☐

Compañía de seguros ☐ Otro doctor (OB/GYN) ☐

Facebook ☐ Otro _____

Acuerdo de Comunicación con el Paciente

Yo (*escriba su nombre*) _____, comprendo que como parte de la atención médica de mi hijo/hijos nombrados a continuación

_____ _____

_____ _____

Cobb Pediatric Associates, PC necesitará, de vez en cuando, ponerse en contacto conmigo con el fin de recordarme una cita, darme los resultados de una prueba, aconsejarme de ciertas precauciones y medidas que necesite seguir, etc. Yo, por la presente, autorizo a *Cobb Pediatric Associates, PC* ponerse en contacto conmigo de las siguientes maneras:

(Marque todo lo que aplique y provea números y señas de e-mail)

____ Teléfono de su casa:_____¿Le dejamos correo de voz? ___ sí ___ no
____ Teléfono móvil:_____¿Le dejamos correo de voz? ___ sí ___ no
____ Teléfono del trabajo: _____¿Le dejamos correo de voz? ___sí ___ no
____ Señas de E-mail: _____
____ Fax: _____

La condición de mi hijo y la información médica pueden discutirse con la siguiente persona o personas en mi nombre:

1. Nombre y parentesco_____
2. Nombre y parentesco_____
3. Nombre y parentesco_____

Comprendo que *Cobb Pediatric Associates, PC* usará la mínima información necesaria cuando comuniquen información indirectamente. Comprendo que tengo derecho a anular o cambiar este acuerdo en cualquier momento. Cualquier anulación o cambio no aplicará a las comunicaciones ya finalizadas. Comprendo que *Cobb Pediatric Associates, PC* no compartirá esta información con ninguna otra tercera o terceras personas en ningún momento.

Firma del Padre/Madre o Guardian legal Fecha

Cobb Pediatric Associates

Denise Nakos, MD • Beatrice Wilder, MD • Charles C. Richards, MD

Noureen Husain, MD • Pooja Chandra, MD • Yvonne Ibe, MD

AUTORIZACION PARA TRATAR A MENORES

Yo, _____,

(escriba con letras mayúsculas su nombre, primer apellido y segundo apellido)

Padre/Madre legal o Guardián legal del niño _____,

(escriba con letras mayúsculas su nombre, primer apellido y segundo apellido)

doy mi autorización a la siguiente persona para que pida tratamiento médico para mi hijo/a.

_____

(escriba con letras mayúsculas el nombre, primer apellido y segundo apellido del sustituto)

Certifico que el sustituto nombrado anteriormente que pide atención médica para mi hijo/a es un adulto de dieciocho (18) años.

Esta autorización estará en vigor hasta que anule por escrito este permiso.

_____ Fecha_____

Padre/ Madre o Guardián Legal

_____ Fecha_____

Firma del Sustituto

POLITICA DE SERVICIOS FINANCIEROS

En los últimos años, muchos cambios han ocurrido en la asistencia sanitaria, lo que ha hecho más difícil para nosotros recibir pago por los servicios prestados. Por lo tanto, a continuación hay una lista de las directrices que necesitamos imponer para continuar el proveer cuidados de alta calidad y hacer su visita tan agradable como sea posible**. POR FAVOR, LEA TODA LA INFORMACION Y FIRME LA ADMISION DE HABER LEIDO ESTA POLITICA EN LAS AREAS INDICADAS EN LA PAGINA SIGUIENTE.**

1. Cobraremos su copago, la cantidad deducible, los servicios no cubiertos o el porcentaje de su responsabilidad, en el momento de su visita. Se le cobrará un cargo de $25.00 por servicios si no paga usted su copago en el momento del servicio.

2. Por favor, sea muy meticuloso cuando nos dé la información de su seguro si desea usted que nosotros hagamos las reclamaciones al seguro en su nombre. Siempre traiga la tarjeta actual del seguro y cualquier autorización necesaria que pueda necesitar. Usted será responsable de las cantidades pendientes de pago por falta de información.

3. Nosotros presentaremos sus reclamaciones al seguro. Es su responsabilidad asegurarse que recibamos los pagos puntualmente (dentro de 30 ó 45 días es lo habitual). Es conveniente mantener contacto frecuente con el seguro para asegurarse que paguen, como es debido.

4. Su compañía de seguros le enviará una Explicación de Beneficios (EOB) que explica lo que han pagado a nuestra oficina. Esto es un documento que debe usted conservar en sus archivos. Si usted no está de acuerdo con el pago, por favor, póngase en contacto con la compañía de seguros.

5. Durante una de sus visitas, el médico puede descubrir una condición médica o enfermedad que requiera diagnóstico, tratamiento o visitas sucesivas. El coste por esto estará cubierto por su seguro como si fuera una visita por enfermedad, que puede requerir que usted haga un copago, coaseguro, o cantidad deducible. La decisión de cualquier responsabilidad del paciente proviene de la compañía de seguros de acuerdo con los beneficios de su póliza.

6. Si su seguro niega el pago por cualquier razón, se le pedirá a usted que pague con cheque personal, dinero efectivo, giro postal, Visa, MasterCard, Discover o American Express. Si no paga usted a su debido tiempo, su cuenta pasará a ser coleccionada por nuestra agencia de cobros, Diversified Accounts Systems (Sistema de Cuentas Diversificadas) en Morrow, Georgia.

7. PACIENTES QUE PAGAN DIRECTAMENTE: Esta categoría incluye aquellas personas que no tienen seguro y los pacientes que tienen un plan de indemnización en el que se aseguran a si mismos. Para ayudar a los pacientes sin seguro, nuestra oficina les dará un 10% (diez por ciento) de descuento hacia el cargo de la visita al médico, excluyendo las cuotas de laboratorio, inyecciones, etc. Para tener derecho a este descuento, el pago

total debe hacerse en la fecha del servicio. Debido a los gastos de mantenimiento y facturación de su cuenta, no podemos aplicar este descuento una vez que se haya marchado de la oficina.

El pago por servicios médicos se espera antes de que se presten estos servicios. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, giros postales, Visa, Master Card, Discover y American Express. Si no puede usted pagar en su totalidad los servicios en esa fecha, debe usted hacer un plan de pagos antes de ver al proveedor de los servicios. Si no tiene usted un acuerdo previo con nuestra oficina, esperamos el pago completo por adelantado. Si el pago no es posible, podemos volver a planear otra visita.

8. Si su seguro está en otro estado (excepto el seguro PPO), debe usted pagar en el momento de la visita. La mayoría de los planes estatales pagan al paciente y no directamente a nosotros (aún cuando le digan a usted que lo hacen). El pago se colectará por adelantado en su totalidad y se le proporcionará toda la información necesaria para presentar la reclamación usted mismo.

9. Es su responsabilidad lo que su seguro vaya a pagar o no pagar. Tiene usted que informar al médico o asistente sanitario si su seguro pagaría por visitas rutinarias, visitas de bienestar, pruebas de laboratorio, inyecciones, etc. Nuestros proveedores harán todo lo posible para colaborar con los requisitos de su seguro; sin embargo, codificaremos su reclamación o reclamaciones de acuerdo con la diagnosis determinada por el proveedor.

10. Debido a la naturaleza de nuestra especialidad, tratamos de regular el tránsito de nuestros pacientes planeando las visitas. En caso de que no pudiera usted venir a su cita, debe usted llamar por teléfono a nuestra oficina dentro de 24 horas antes de la hora de su cita. Por favor, lea el folleto con la información detallada sobre este servicio.

PARA SU INFORMACION:

La política de nuestra clínica es presentar las reclamaciones por via electrónica a las compañías de seguros la mañana del primer día laboral siguiente a la fecha de nuestros servicios.

Recuerde que usted y/o su empleador pagan las primas mensuales de su póliza del seguro. Su compañía de seguros es responsable ante usted y no ante nuestra oficina. Por favor, no dude en ponerse en contacto con ellos, si no está de acuerdo con sus pagos o para averiguar el estado de nuestras reclamaciones.

Si tiene usted alguna pregunta acerca de nuestra política de servicios financieros, por favor, explíquenos sus preguntas antes de venir a vernos a la oficina. Puede usted llamar al (770)-941-7709, para hablar de nuestras normas financieras.

_____ _____

Firma del Padre/Madre o Guardián Legal Fecha

Nota: Nuestra participación con su seguro no garantiza el pago de su factura.

Cobb Pediatric Associates

Denise Nakos, MD • Beatrice Wilder, MD • Charles C. Richards, MD
Noureen Husain, MD • Pooja Chandra, MD • Yvonne Ibe, MD

Visitas de Buen Salud y Cargos Adicionales

Los proveedores de Cobb Pediatric Associates acuerdan firmemente con las Recomendaciones de AAP que su hijo debe recibir chequeos programados regularmente, que pueden incluir laboratorios de rutina y pruebas de audición y visión.

Las compañías de seguros han cambiado recientemente lo que cubrirán durante un chequeo. Nuestra oficina de facturación tiene muchas llamadas de pacientes con preguntas sobre sus facturas por los cargos incurridos durante un "chequeo" que no están cubiertos por la atención médica de rutina. Hemos creado esta "Lista de chequeo" para educar a las familias sobre lo que se cubre rutinariamente en las visitas de atención preventiva y lo que puede generar cargos adicionales, y le pedimos que firme a continuación para informarle que comprende y acepta. La lista siguiente es un ejemplo y no puede incluir todos los servicios cubiertos.

Durante chequeos, todos los niños:

- **Mida la altura, el peso, el perímetro cefálico (según la edad) y constrúyalos en nuestra tabla de crecimiento. Se calcula un índice de masa corporal (IMC) para todos los niños mayores de 3 años.**
- **Revise a fondo las partes del cuerpo y los sistemas**
- **Discutir orientación anticipada relacionada con la edad**
- **Discutir información de seguridad**
- **Discutir nutrición apropiada para la edad**
- **Discutir desarrollo y crecimiento**
- **Discutir la escolaridad (si es apropiado para la edad)**
- **Completar formularios para deportes**
- **Medicamentos de recarga**

O Otras inquietudes que son más complicadas e implican más tiempo o experiencia, como dolores de cabeza crónicos, dolores de estómago, dolor de oídos, sibilancias, problemas psicológicos/inusuales en la escuela u otros problemas médicos generalmente requieren un código y un cargo por separado además del control. Su compañía de seguros puede considerar estos códigos y/o cargos adicionales como dos visitas separadas y pueden requerir un copago. Practicamos la medicina según las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría. Ocasionalmente, su seguro no cubre algunos gastos como análisis de sangre, otros análisis de laboratorio y audición y visión, y se los aplica a su deducible. Estos problemas de facturación se establecen entre usted y su compañía de seguros, y siempre le sugerimos que consulte con su aseguradora o departamento de recursos humanos ANTES de acudir al médico para saber qué está cubierto por SU plan. Cobb Pediatric Associates no es responsable de conocer los detalles de su plan individual y presenta su reclamo de seguro como cortesía.

Su firma a continuación verifica que usted acepta y entiende que tener pruebas adicionales puede ser un gasto adicional de que usted será responsible.

_____ _____

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento Firma del Padre Fecha