

A to Z Pediatrics
Your child's Patient centered Medical Home

H. Lokesh M.D, MBA.
R. Desai M.D, R. Sampang, MD.
Tarah Savino MMS, P.A.-C, Lynn Flynn MSN,ARNP
4804 Rowan Road
New Port Richey, FL 34653
Tel (727) 375-5242 Fax (727) 375-5198 WWW.atozkidz.com

Políticas de práctica para los pacientes que es
importante que lea detenidamente toda la
información adjunta.

Confirmación y cancelación de citas:

Nuestros pacientes son muy importantes para nosotros. Citas perdidas son costosas y toman valioso de los demás. En caso de una cancelación, a fin de hacer la cita para otro paciente tenemos una política de cancelación de 24 horas. En caso de que no puede darse aviso de 24 horas, por favor de a nuestro Oficina una llamada de cortesía tan pronto como sea posible. Si no llama a la Oficina usted se considerará como un (No llamada/No Visita). Después de la tercera cita perdida sin notificación, ya no podremos ofrecer atención médica de su hijo.

Puntualidad lo es todo:

Por favor llegue a tiempo. Entendemos que su tiempo es valioso. Hacemos todo lo posible para ver todos nuestros pacientes a tiempo. A fin de proveerle servicio rápido, necesitamos que llegue de 5 a 10 minutos antes de su cita programada para cada cita. Si usted está más de 10 minutos de retraso, usted podrá ser puesto en espera o puede optar por reprogramar su cita para otro día. Si llama para hacer una cita para el mismo día, el paciente será considerado un paciente en espera entre los pacientes que están en horario regular, esto puede resultar en un tiempo más largo de espera. Nosotros no aceptamos pacientes sin una llamada telefónica. Si usted entra a la oficina sin llamar por anticipado tendrá que esperar más de lo esperado.

Opción de pagos:

Efectivo, cheques o tarjetas de crédito (MasterCard y Visa) son aceptadas por los servicios prestados. Pago es exigible en el día de servicio. Hay una cuota de \$30.00 para cualquiera devuelto cheques. Si se devuelve un cheque que ya no podremos aceptar cheques de pago ya.

Fin de semana y horas nocturnas:

Para fin de semana/horas nocturnas, nosotros ofrecemos servicio de llamadas 24 horas. El servicio de llamadas se comunica con el doctor de guardia y usted recibirá una llamada de vuelta de el doctor/a.

Póliza de seguro:

Por favor traiga con usted su tarjeta de seguro médico a toda cita que tenga para poder verificar cubierta. Si no tenemos la información correcta a la hora de visita, usted puede ser responsable del pago de cada visita. Es la responsabilidad del padre/tutor de asegurarse que el niño/a esta activo en el seguro y que nosotros somos los proveedores asignados. Si el niño/a esta con otro doctor, usted el padre/tutor es responsable de llamar y corregir el error. Si el cambio no ha sido hecho antes de su cita, esta será cambiada para otro día.

A to Z Pediatrics
Your child's Patient centered Medical Home

H. Lokesh M.D, MBA.
R. Desai M.D, R. Sampang, MD.
Tarah Savino MMS, P.A.-C, Lynn Flynn MSN,ARNP
4804 Rowan Road
New Port Richey, FL 34653
Tel (727) 375-5242 Fax (727) 375-5198 WWW.atozkidz.com

Nombre Del Paciente: _____ Nacido: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: ____

Seguro Social del Paciente: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono (Casa): _____ (Cel.): _____

Nombre Del Padre: _____ Seguro Social: _____

Lugar de Empleo: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre de la Madre: _____ Apellido de Soltera: _____ Seguro Social: _____

Lugar de Empleo: _____ Número de Teléfono: _____

Número de Teléfono en caso de Emergencia: _____ Nombre: _____

Nombre de Farmacia: _____ Número de Teléfono: _____

Otros Niños:

Nombre: _____ D.O.B: ____/____/____ Edad: ____

Nombre: _____ D.O.B: ____/____/____ Edad: ____

Nombre: _____ D.O.B: ____/____/____ Edad: ____

Haga una lista de las alergias Del niño/a:

Anote todas las personas que estén autorizados a hacer decisiones médicas y para traer al niño/a a nuestra oficina en caso que usted no pueda:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____ Relación: _____

A to Z Pediatrics
Your child's Patient centered Medical Home

H. Lokesh M.D, MBA.
R. Desai M.D, R. Sampang, MD.
Tarah Savino MMS, P.A.-C, Lynn Flynn MSN,ARNP
4804 Rowan Road
New Port Richey, FL 34653
Tel (727) 375-5242 Fax (727) 375-5198 WWW.atozkidz.com

INFORMACION DEL SUGURO

Nombre Del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación al paciente: _____ Numero de seguro social del asegurado: _____

Nombre de compañía de seguro: _____

Número de Identificación: _____ Numero de Grupo: _____

Dirección del Seguro: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Lugar de empleo del asegurado: _____

Asumo todo la responsabilidad por el pago de servicios prestados y acepto pagar en su totalidad los cargos de copagos y/o deducibles en el momento de servicio. Entiendo que estos deben ser cubiertos antes de ver a uno de los proveedores. Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud son un acuerdo entre una compañía de seguros y mi persona. Si alguna reclamación es negada por no haber proporcionado la información correcta, los cargos serán transferidos a mi responsabilidad. Usted es financieramente responsable por cargos considerados por la compañía de seguros a ser facturables al paciente. Debe estar familiarizado con su cobertura especial y cualquier requisito para pre-autorización, deducibles y limitaciones sobre visitas de niño saludable, vacunas y otros procedimientos. Entiendo y acepto que es mi responsabilidad de pagar cualquier cantidad de deducible, co-seguro, o cualquier otro importe deducible o cualquier otro saldo no pagado por mi seguro.

Cuando se presenten los cargos con su compañía de seguros y asignación de prestaciones del seguro es aceptado por nuestra oficina, si los honorarios no son pagados por la compañía de seguros dentro de 60 días, todas las tarifas a serán responsabilidad del paciente. Pagos vencen desde la recepción de la declaración. \$25.00 Por carga de finales de mes se evalúa sobre todo delincuentes saldos pacientes. También Habrá un cargo adicional de \$30.00 por todo cheque devuelto. Una fotocopia de esta firma es tan válida como la original. También autorizo el médico para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

A to Z Pediatrics
Your child's Patient centered Medical Home

H. Lokesh M.D, MBA.
R. Desai M.D, R. Sampang, MD.
Tarah Savino MMS, P.A.-C, Lynn Flynn MSN,ARNP
4804 Rowan Road
New Port Richey, FL 34653
Tel (727) 375-5242 Fax (727) 375-5198 WWW.atozkidz.com

Pedido para limitaciones y restricciones de Información de Salud Protegida

Pacientes Por Favor Noten: Esta práctica no está requerida a estar de acuerdo con su pedido. Por favor vea nuestra noticia de privacidad práctica para más información referente a ciertos pedidos.

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Tipo de información de salud protegida a restringirse, lo que significa: (qué información le gustaría para nosotros no darle a nadie.) A menos sea solicitada por un especialista, el hospital, la aplicación de la ley, la ordenes de corte, etc. (con el formulario de solicitud médica adecuada). Marca todo lo que corresponda.

___ Número de teléfono (casa)

___ Historia de paciente

___ Dirección Residencia

___ Ocupación

___ Correo Electrónico

___ Numero de la Oficina

___ Dirección de la Oficina

___ Nombre de Cónyuge

___ Nombre de Empleador

___ Número de oficina de cónyuge

___ Notas de Visitas

___ Otro

___ Notas de Hospital

___ Información de Medicinas Recetadas

¿Cómo le gustaría que su información de salud protegida sea restringida?

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

A to Z Pediatrics
Your child's Patient centered Medical Home

H. Lokesh M.D, MBA.
R. Desai M.D, R. Sampang, MD.
Tarah Savino MMS, P.A.-C, Lynn Flynn MSN,ARNP
4804 Rowan Road
New Port Richey, FL 34653
Tel (727) 375-5242 Fax (727) 375-5198 WWW.atozkidz.com

**Consentimiento del paciente para el uso y revelación de información
de salud protegida (PHI)**

Con mi consentimiento, A to Z Pediatrics puede utilizar y divulgar información protegida salud (PHI) sobre mí para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (TPO). Por favor consulte los avisos de prácticas de privacidad, de A to Z Pediatrics para obtener una descripción más completa de estos usos y revelaciones.

Tengo el derecho a revisar el aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. A to Z Pediatrics se reserva el derecho de revisar su aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Un aviso de prácticas de privacidad revisada puede obtenerse enviando una solicitud por escrito al A to Z Pediatrics Privación Office en 4804 Rowan Rd, New Port Richey, FL 34653.

Con mi consentimiento, A to Z Pediatrics puede llamar a mi casa u otra ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a los artículos que ayuden a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de citas, información del seguro y puede llamar relativas a mi atención clínica, incluyendo los resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación de designación los elementos que ayuden a la práctica en la realización de TPO, como tarjetas de recordatorio de cita y pacientes de declaraciones como se marcan Personal y confidencial. Tengo derecho a pedir que a la Z Pediatría restrinja y utiliza o divulgó mi PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis limitaciones personales, pero si lo hace, está obligada por el presente acuerdo.

Al firmar este formulario, yo estoy aceptando el uso de A to Z Pediatrics divulgación de mi PHI para llevar a cabo el TPO, y que he recibido el aviso de práctica privacidad de A to Z Pediatrics. Yo puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en la medida en que la práctica ya ha hecho revelaciones en la utilización de mi previo consentimiento. Si no firmo este consentimiento, A to Z Pediatrics puede negarse a proporcionar tratamiento a mí persona.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

A to Z Pediatrics
Your child's Patient centered Medical Home

H. Lokesh M.D, MBA.
R. Desai M.D, R. Sampang, MD.
Tarah Savino MMS, P.A.-C, Lynn Flynn MSN,ARNP
4804 Rowan Road
New Port Richey, FL 34653
Tel (727) 375-5242 Fax (727) 375-5198 WWW.atozkidz.com

Autorización Para Tratamiento

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Por este médico pido y doy permiso a los doctores de A to Z Pediatrics para proveer exámenes y tratamientos médicos como ellos crean mejor para la salud física y mental del niño/a.

Como padre/guardián legal, doy mi total consentimiento a los doctores de A to Z Pediatrics para prestar examinación médica y tratamiento a él/ella niño/a en la oficina. Yo notificare a la oficina médica de cualquier cambio en la información o autorización.

La persona que firma está de acuerdo en aceptar responsabilidad total por todo cargo de deuda al recibo del estado de cuenta. Yo dirijo mi seguro y terceras partes para pagar directamente a la oficina médica algún beneficio medico en deuda por servicios de parte del paciente y por este medio asigno a la oficina médica todos mis derechos de recibir pagos para mi seguro y terceras partes por servicios prestados por la oficina médica. Entiendo que soy responsable por gastos incurridos por colección de cuentas del paciente en caso de falla, incluyendo gastos razonables por costos de corte y abogados.

Estoy de acuerdo que a menos que yo de direcciones específicas, la información de mi niño/a referente a su diagnóstico y tratamiento puede ser distribuida a la madre natural, padre natural, madrastra/padrastro, doctor referido y otros doctores envueltos en el cuidado del niño/a y mi compañía de sequero.

Yo, _____ pariente o guardián legal del paciente arriba mencionado, doy permiso a A to Z Pediatrics para velar por el tratamiento médico de mi hijo/a.

Firma del padre/tutor Legal: _____ Fecha: _____

A to Z Pediatrics
Your child's Patient centered Medical Home

H. Lokesh M.D, MBA.
R. Desai M.D, R. Sampang, MD.
Tarah Savino MMS, P.A.-C, Lynn Flynn MSN,ARNP
4804 Rowan Road
New Port Richey, FL 34653
Tel (727) 375-5242 Fax (727) 375-5198 WWW.atozkidz.com

CINCO (5) DIAS LABORABLES DE TIEMPO
POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE

Nosotros recibimos muchas llamadas de nuestros estimados pacientes para nuevas recetas de medicamentos y solicitando referidos. Por razón del recién crecimiento de nuestra práctica, le pedimos que se ponga en contacto con esta oficina cinco (5) días por adelantado par alguna petición de renovación de receta de medicinas, referidos de citas con otros especialistas, o para cualquier formulario que tenga para el doctor llenar. Esto le permite al personal tanto como a los doctores a pasar mejor calidad de tiempo con nuestros pacientes en lugar de estar en el teléfono. En la mayoría de los casos, pedidos serán otorgados antes de este tiempo.

Para pedidos de más medicamento: Llámenos cuando vea que solo quedan cinco días de medicamento en cada botella. Necesitamos saber el nombre del medicamento, como lo toma, el nombre y el número de teléfono de farmacia.

Pedidos de referidos: Déjenos saber que doctor va a ver, el día de la cita y la hora.

Formas médicas y cartas: Permítale al doctor tiempo suficiente para revisar y contestar todo pregunta de cada forma/carta. Los doctores no quieren apresurarse y poner la información incorrecta que pueda demorar su reclamación, ausencia por enfermedad o ausencias dolorosas (muertes, etc.)

FORMAS DE VACUNAS Y/O FORMAS DE EXAMENES FISICO

**** Estamos más que felices de rellenar formularios para deportes, campamento, etc... El cargo es de \$10.00 para la mayoría de las formas (menos de 2 páginas) después de 2 páginas se aumentará la carga. ****

Gracias por tomarse su tiempo para entender a nuestro muy ocupado personal y doctores. Sin ustedes "Nuestros valiosos Pacientes", No habría un "nosotros."

Firma del padre/tutor Legal: _____ Fecha: _____

A to Z Pediatrics
Your child's Patient centered Medical Home

H. Lokesh M.D, MBA.
R. Desai M.D, R. Sampang, MD.
Tarah Savino MMS, P.A.-C, Lynn Flynn MSN,ARNP
4804 Rowan Road
New Port Richey, FL 34653
Tel (727) 375-5242 Fax (727) 375-5198 WWW.atozkidz.com

CUESTIONARIO DE HISTORIA DE LA SALUD

La alergia es la reacción de su sistema inmunitario a una sustancia que normalmente no molesta a la mayoría de la gente. Algunos niños que sufren ciertas reacciones alérgicas temprano en la vida pueden tener un mayor riesgo de enfermedades más graves como el asma. Con detección temprana y tratamiento adecuado, su médico podrá ayudarle a administrar las alergias de su hijo. Para ayudarnos a determinar el riesgo de su hijo lea detenidamente y responda a las siguientes preguntas.

¿Cuáles son los problemas importantes para la salud de su hijo? Liste tantos como pueda en orden de importancia.

- 1) _____
- 2) _____

¿Su hijo tiene enfermedades contagiosas conocidas en este momento? Sí No

¿qué? _____

Alergias - es para... niños hipersensibles o alérgicos.

De Medicamento: _____

De Comida: _____

- | | | |
|--|----|----|
| ✚ Le han practicado exámenes de alergias a su niño en el pasado año? | Sí | No |
| ✚ Si es así, indicaron los resultados de la presencia de alergias? | Sí | No |
| ✚ Tiene su niño/a síntomas frecuentes de nariz tapada, ojos, | | |

aguados, o que pican?	Sí	No
✚ Su hijo(a) padece de alergias granos, eczema o alguna otra condición del al piel?	Sí	No
✚ Su hijo(a) tiene costumbre de usar cremas para la piel Constantemente? (Receta o sin receta)	Sí	No
✚ Tiene su hijo(a) algún problema al dormir por causa de ronquido o respiración fuerte?	Sí	No
✚ Usa su hijo(a) algún antihistamínico (recetado o no) frecuentemente?	Si	No
✚ Tiene su hijo(a) problemas de cólicos o algún otro problema Del estómago (diarreas, vómitos, etc.)	Si	No
✚ Tiene su hijo(a) infecciones de oídos frecuentes?	Si	No
✚ Tiene su hijo(a) que evitar algunas comidas para evitar reacciones severas o algún otro problema relacionado con comidas?	Sí	No

Basado en sus respuestas, usted y su doctor podrán decidir es coger un simple examen para determinar si su niño/a sufre de alergias.

VACUNAS

Su hijo(a) tiene cualquier reacción adversa a las vacunas?

Firma del padre/tutor Legal: _____ Fecha: _____

A to Z Pediatrics
Your child's Patient centered Medical Home

H. Lokesh M.D, MBA.
R. Desai M.D, R. Sampang, MD.
Tarah Savino MMS, P.A.-C, Lynn Flynn MSN,ARNP
4804 Rowan Road
New Port Richey, FL 34653
Tel (727) 375-5242 Fax (727) 375-5198 WWW.atozkidz.com

Declaración de Exámenes Físicos

Apellido del Paciente: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Querido Pariente/Guardián:

Exámenes físicos de PRE-Participación no pueden garantizar o PRE-Decir con exactitud que su niño/a esta libre de riesgos. Se reconoce y se entiende que ciertos deportes producen herida y que algunas anormalidades cardiacas pueden estar presentes aunque el resultado sea "normal" en un examen médico rutinario. Por esto, resultados "normales" no deben de ser interpretados como indicando que ella/él está libre de riesgos o que toda anormalidad cardiaca potencial han sido descartadas.

He leído y estoy de acuerdo con.

Firma del padre/tutor Legal: _____ Fecha: _____

A to Z Pediatrics
Your child's Patient centered Medical Home

H. Lokesh M.D, MBA.
R. Desai M.D, R. Sampang, MD.
Tarah Savino MMS, P.A.-C, Lynn Flynn MSN,ARNP
4804 Rowan Road
New Port Richey, FL 34653
Tel (727) 375-5242 Fax (727) 375-5198 WWW.atozkidz.com

Authorization to Release Patient Medical Information

Records to be released from:

Previous Doctor or Facility: _____

Phone#: _____

Fax#: _____

Records to be released for:

Child's Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

I hereby authorize and request you to release any and all medical records and other pertinent patient information, including the complete history, physical records, laboratory, x-rays, and/or any treatment or examination rendered to

A to Z Pediatrics

For the purpose of diagnosis, care and treatment. You may refuse to sign this consent. This consent may be revoked at any time upon written notice, except to the extent that any person or organization has already taken action in release thereon. Information used or disclosed pursuant to this information may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected.

Name (please print) of Parent/Guardian

Phone Number

Signature of Parent/Guardian

Relationship to Patient

Date

