AMERICAN KIDS CARE, PC

Abdussalam Cheema, MD
Amal Gubara, MD
Ghani Helai, MD

5312 Carolina Pl.
Springfield VA 22151
Ph. (703) 914-2723 (703) 971-8686

INFORMACION DEL PACIENTE (S) *Nuevo Paciente*☐

	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sex:	Fecha de Nacimiento:	SSN/Ins ID:
1						
2						
3						
4						
5						
6						

INFORMATION DE SU GUARDIAN LEGAL : *PorfavorProeverunaIdentidadvalidapor el proposito de la officina.*

NOMBRE DE LA MADRE: _____ DOB: _____SSN_____
Tel.Casa #: _____ Cellular #: _____ Trabajo#:_____
Occupacion/Empleador: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ DOB: _____ SSN: _____
Tel.Casa #: _____ Cellular #: _____ Trabajo #:_____

Occupacion/Empleador: _____

Direccion: _____Ciudad: _____Stado, Zip: _____

***(Requerido)*Ethnicity :**Hispano/No-Hispano/Refused to Report**Race:**Afro Americano/Blanco/Hispano/Asian/Otros
Email : _____ Language: _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO: *PorfavorProever la targeta de Seguro para un record official.*

Nombre del Seguro: _____Policy #: _____ Group # :_____

Nombre del Suscritor: _____ ID Suscritor: _____ Segundo/OtroSeguros: *Si es Si*☐*porfavodar info*

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO

La autorizaciónesotorgadapor el presente para que mi hijo / hijostenganexámenes, vacunas, o los procedimientos de detección de rutinasegún lo recomendadopor los proveedores de American Care Kids. La autorizacióndeberáser continua a menosque sea revocadapor la oficina, los padres o tutores. TambiénautorizoAmericana Kids Care de iniciarcualquiertratamientomédicoprescrito para situaciones de emergencia.

SEGURO DE AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presenteautorizoel pagodirecto de lasprestacionesmédicas / quirúrgicas a American Kids Care PC por los serviciosprestadosporellosen persona o bajosusupervisiónAdemásautorizoAmericana Kids Care liberar mi informaciónmédica o incidental quepuedasernecesaria para la tramitación de lasreclamacionesmédicas o aplicaciones para beneficiosfinancieros. Unafotocopia de estaasignaciónseráválidacomo el original. Estaautorizaciónpodráserrevocadaporcualquiera de mi compañía de seguros o conmigoencualquiermomentoporescrito.

POLÍTICA DE PAGO

Entiendo y aceptoque, (a pesar de mi condición de seguro): Estoyenúltimainstancia y financieramenteresponsablepor el saldo de la cuenta de mi hijo / de los niños de todos los serviciosprofesionalesprestados, incluidos los servicios no cubiertospor mi compañía de seguros.

He leídotoda la información y certificarque la informaciónproporcionadapormía American Kids Care PC escierta y actual a lo mejor de mi conocimiento. Notificaréaestaoficina de cualquiercambioen el hijo de / estado de salud de los niños o de la información anterior.

Nombre/Fima del Tutor/Padre Legal _____ Fecha**:** _____

USO Y DIVULGACIÓN DE PERSONAL DE SALUD ACUERDO INFORMACIÓN.

Estarevelacióncontieneinformaciónsobre la privacidad de la información sanitaria.Por favor, lea cuidadosamente antes de firmar. American Kids Care PC NO continuara el tratamientoporsuincumplimiento a firmarestadivulgación.

Con la firma de estadivulgación, reconozco y aceptoque American Kids Care PC puedeutilizar o divulgar mi informaciónmédica con el propósito de mi tratamiento, obtenerpagopor los serviciosprestados y lasoperaciones de atenciónmédica. Soy consciente de que American Kids Care PC puededivulgar mi informaciónmédica a unasociado de negociosporlasmismasrazones, y que el Asociadocomercialestaráobligadoportodaslasrestriccioneslegalescorrespondientes.

Además, mediante la firma de estedocumento, reconozcoque me ha entregado y leídounacopia de la Notificación de Prácticas de Privacidadquecontieneunadescripcióncompleta de mis derechos y los usospermitidos y divulgacionesbajo el Acta de Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA) de 1996.

El Gobierno Federal ahorarestringeestaoficina de discutir la información y estado de salud con otrosmiembros de la familia y de las personas a menosquedéespecíficamentesupermisoporescrito. Al firmarabajo, doypermiso Americana Kids Care PC para discutir la informaciónprotegidamédica a mi hijo / hijos con lassiguientes personas:

Nombre	Relacion	Direccion y Numero de Telefono

Reconocer y acordadopor:

Padres / Firma del Tutor Legal:	**Fecha:**
Padre / Nombre del Tutor Legal:	

AMERICAN KIDS CARE, PC

ConsentimientoSencillo para CompartirInformaciónMédica con Los Médicos de CIQN que Me Tratan a Mio a MiMiño

INTRODUCCIÓN

Como parte de nuestrocompromiso para mejorar la calidad y la coordinación de asistenciamédica para los niñosqueservimos, **NOMBRE DE LA PRÁCTICA AQUÍ** ha decididoparticiparen Children's IQ Network® (CIQN) de Children's National Health System. Este innovadorprogramaes el primero en el paísquetrata de proporcionarcoordinación de atenciónmedicaentiempo real medianteunexpedientemédicoelectrónicoquepermite un sistema de comunicación entre su medico o el de suniño y uno de los hospitales de niñoslideres del país.

Este CONSENTIMIENTO SENCILLO nospermitirácompartir la información, porejemplo, con un médico de urgenciasque lo estatratando a usted o a suniño, o con un especialista con el cualustedesta de acuerdo a quenosotros lo refiramos a usted o a suniño, para queellospuedanaccederrápidamente la informacióncriticasobreusted o suniño de suexpedientemédico antes de comenzar el tratamiento. Estodeberíareducirdramáticamente la posibilidad de erroresmédicos, incluyendolasinteraccionesadversas de los medicamentos o reaccionesalérgicas.

La informaciónmédica de usted y de suniñoescifrada y únicamente los profesionales de saludquecuidan de usted o de suniño y tienen la necesidad de saber la puedenacceder.

Como **NOMBRE DE PRÁCTICA AQUÍ**es parte de CIQN, este CONSENTIMIENTO SENCILLO porescritopermitirá el intercambioelectrónico de información con cualquierproveedordentro de CIQN, a quienusted ha elegido para participaren el tratamiento de usted o de suniño. Ustedtiene la opción de optarporsalir de CIQN. Si decide salirse, tendráquefirmarunformulario de consentimientoporseparadocadavezqueusted o suniñonecesiteservistoporotromiembro de CIQN además de **NOMBRE DE LA PRÁCTICA AQUÍ.**

DERECHOS DEL PACIENTE: He recibidounacopia de la Hoja de Información de CIQN. Entiendoque la informaciónmédicadelpacienteaunseráalmacenadaelectrónicamente para el expediente de mi médico, y que un resumenelectrónico de saludestarádisponible para otrosmédicos a través de CIQN. Tambiénentiendoquetengo el derecho a no compartir (optar no) informaciónmédica con otrosmédicosdentro de CIQN.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA: Entiendoque Children's National cumple con todaslasregulacionesfederales y locales, incluyendo HIPAA; y queesteConsentimientoincluye mi acuerdo de que Children's National puedeutilizarinformaciónmédicaprivada para mi tratamiento o el de mi niñosegún lo definidoen el Aviso de Prácticas de Privacidad. Estoy de acuerdo con que Children's National utilice la informaciónmédica no identificadamía o de mi niño para investigacióndebidamenterevisada y aprobada y para actividades de mejora de la calidad.

_____ _____

Nombre del paciente Fecha de nacimiento

_____ _____

Nombre del paciente Fecha de nacimiento

_____ _____

Nombre del paciente Fecha de nacimiento

_____ _____

Firma del padre/tutor legal/paciente de 18 años de edad o mayores Fecha

AMERICAN KIDS CARE, PC

POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITA MÉDICA/NO SHOW

Gracias por confiar su atención médica a American Kids Care PC. Cuando programa una cita, reservamos suficiente tiempo para brindarle atención de la más alta calidad. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible y a más tardar 24 horas antes de su cita programada. Esto nos da tiempo para programar a otros pacientes que pueden estar esperando una cita. Consulte nuestra política de cancelación de citas/ausencia a continuación:

Cualquier paciente establecido que **no se presente o cancele/reprograme una cita** y no se comunique con nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación se considerará que no se presentó y se le **cobrará una tarifa de $ 25.00**.

A cualquier paciente establecido que no se presente o cancele/reprograme una cita sin previo aviso de 24 horas por segunda vez se le cobrará una tarifa de **$50.00.**

Si ocurre una tercera ausencia o cancelación/reprogramación sin previo aviso de 24 horas, el paciente puede ser despedido de American Kids Care PC.

Los pacientes que lleguen tarde por más de 15 minutos sin informar a la oficina serán atendidos según la disponibilidad o reprogramados.

La tarifa se cobra al paciente, no a la compañía de seguros, y debe pagarse en el momento de la próxima visita al consultorio del paciente.

Entendemos que puede haber momentos en que ocurra una emergencia imprevista y es posible que no pueda asistir a su cita programada. Si experimenta circunstancias atenuantes, comuníquese con nuestra oficina para renunciar a la tarifa de no presentación.

Puede comunicarse con la oficina las 24 horas del día, los 7 días de la semana a los números a continuación. En caso de que sea después del horario comercial habitual o un fin de semana, puede dejar un mensaje. Los mensajes dejados en cualquiera de los dos lugares son aceptables.

Edsall Rd. Office (703) 914-2723 (703) 971-8686

He leído y comprendido la Política de ausencias/citas perdidas y entiendo mi responsabilidad de planificar citas en consecuencia y notificar a American Kids Care PC de manera adecuada si tengo dificultades para asistir a mis citas programadas.

Firma y nombre (padre/tutor legal): _____ Fecha:_____

Nombre del paciente y fecha de nacimiento: _____ Relación: _____