**RECONOCIMIENTO DE CUIDADOS HOSPITALARIOS A RECIEN NACIDOS**

**PARA USOS DE OFICINA SOLAMENTE**

**(Para ser completado por el Doctor)**

**Hospital (circle one): HCH/ WAH/ PG/ SGH Attending Doctor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Admit Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Discharge date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Circumcision \* Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( \*if applicable)**

**Notes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Padres, por favor completen la siguiente información:

1. **INFORMACION DEL BEBE.**

**Nombre completo del recién nacido**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Primer Nombre Segundo Nombre Apellido**

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Mes Día Ao

**Género**: Femenino / Masculino

1. **INFORMACION DE LOS PADRES.**

**Nombre completo de la madre**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Primer Nombre Segundo Nombre Apellido**

**Teléfono**:\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre completo del padre**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Primer Nombre Segundo Nombre Apellido**

**Teléfono:** \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por la presente reconozco que he recibido una copia de los requisitos de facturación de Park Pediatrics e instrucciones por la atención de mi recién nacido recibida al nacimiento. Yo entiendo que es mi responsabilidad de Contactar al Departamento de Cuentas de Park Pediatrics con la información más actualizada de seguro y dirección para mi hijo/a en los primeros 30 días de vida de mi bebe. Yo entiendo que soy responsable por el total de los cargos adquiridos por el cuidado de mi bebe.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Padre Fecha**

**Queridos padres:**

**Felicitaciones por el nacimiento de su bebe! Su bebe recién nacido fue examinado en el Hospital Holy Cross por el Dr. Sithanandam Sadhasivam para atención de recién nacido en el hospital. Para procesar la cuenta por esta visita, es importante que usted actualice el nombre de su bebe y la información del Seguro con nuestro Departamento de Cuentas en los primeros 30 días del nacimiento de su bebe.**

**MARYLAND MEDICAID & MCO’S**

**Si usted está aplicando para obtener Cobertura de Maryland Medicaid para su bebe, usted debe comenzar el proceso de aplicación lo más pronto posible. Nosotros no podemos enviar cuentas a su número de Medicaid por los servicios ofrecidos a su recién nacido; por lo tanto, por favor asegúrese de obtener el número de Medicaid activo para su bebe para el pago de esta visita.**

**POR FAVOR actualice el numero activo de Medicaid con nuestro departamento de cuentas durante los primeros 30 días de nacido de su bebe, si la póliza de su bebe no está activo a tiempo usted será responsable por el balance total de la visita.**

**USTED PUEDE APLICAR DE LA SIGUIENTE MANERA:**

**• Llamando al : 1-855-642-8572**

**• Online: www.marylandhealthconnection.gov**

**POLIZAS COMERCIALES**

**Es muy importante que usted agregue a su recién nacido a su póliza de Seguro durante los primeros 30 días del nacimiento de su bebe. Usted recibirá estados de cuenta de nuestra oficina hasta que su bebe se encuentre activo en su póliza de Seguro y la información haya sido actualizada, una vez activa, nosotros enviaremos la cuenta a su Seguro directamente. Si su recién nacido es no agregado a su póliza durante este tiempo, usted será responsable por el balance total adquirido antes de que la póliza de su bebe este activa.**

**Si usted tiene alguna pregunta o necesita actualizar el número de póliza de su bebe, por favor contacte nuestra Oficina de Cuentas al teléfono: (301) 891-6141 Extensión: 5**

**Atentamente,**

**Dr. Sith Sadhasivam**