



Takoma Park  
7610 Carroll Av  
Suite #400  
Takoma Park, MD, 20912  
Phone: (301) 891-6141  
Fax: (301) 891-6841

Gaithersburg  
501 North Frederick Av  
Suite #320  
Gaithersburg, MD, 20877  
Phone: (240) 801-4903  
Fax: (240) 801-4905

Greenbelt  
7500 Hanover Parkway  
Suite #204  
Greenbelt, MD 20770  
Phone: (301) 232-3638  
Fax: (240) 241-4837

## REGISTRACION

Nombre de la persona llenando este formulario \_\_\_\_\_ Relación con el paciente\* \_\_\_\_\_

\*Si usted no es el padre o guardian legal del paciente por favor informe al padre o guardian que necesita estar presente para firmar documentos legales.

### A. INFORMACION DEL PACIENTE (Use el nombre en el acta de nacimiento o tarjeta medica)

Apellido del Niño/nina \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre del niño/nina \_\_\_\_\_ Sexo (circule uno) NINO/NINA/Desconocido  
 Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social(SSN) \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ APTO # \_\_\_\_\_ Problemas de custodia? SI/No Explicar  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 Codigo Postal \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Raza(s)/ Identidad(es) etnicas (s) \_\_\_\_\_ Idiomas \_\_\_\_\_

### B. INFORMACION DE CONTACTO

Telefono #1 \_\_\_\_\_ (Circule uno) Celular/Casa/Trabajo  Mama  Papa  Otros \_\_\_\_\_  
 Telefono #2 \_\_\_\_\_ (Circule uno) Celular/Casa/Trabajo  Mama  Papa  Otros \_\_\_\_\_  
 Telefono #3 \_\_\_\_\_ (Circule uno) Celular/Casa/Trabajo  Mama  Papa  Otros \_\_\_\_\_

### ◆ INFORMACION DEL PADRE /GUARDIAN #1

Apellido \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Guardian legal? SI/ NO  
 Direccion (Si diferente del niño) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Telefono (Si diferente del niño) \_\_\_\_\_  
 Empleado \_\_\_\_\_ Estudia tiempo completo SI/ NO  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Responsable financieramente SI/ NO  
 Autorizado para traer el paciente a la oficina, discutir informacion medica y tomar decisiones medicas? SI/ NO

### ◆ INFORMACION DEL PADRE /GUARDIAN #2

No hay otro padre o guardian legal \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Guardian legal? SI/ NO  
 Direccion (Si diferente del niño) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Telefono (Si diferente del niño) \_\_\_\_\_  
 Empleado \_\_\_\_\_ Estudia tiempo completo SI/ NO  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Responsable financieramente SI/ NO  
 Autorizado para traer el paciente a la oficina, discutir informacion medica y tomar decisiones medicas? SI/ NO

### ◆ INFORMACION DEL PADRE /GUARDIAN #3 o contacto de emergencia.

No hay otro padre o guardian legal \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Guardian legal? SI/ NO  
 Direccion (Si diferente del niño) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Telefono (Si diferente del niño) \_\_\_\_\_  
 Empleado \_\_\_\_\_ Estudia tiempo completo SI/ NO  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Responsable financieramente SI/ NO

Autorizado para traer el paciente a la oficina, discutir informacion medica y tomar decisiones medicas? SI/ NO

### ◆ INFORMACION DEL PADRE /GUARDIAN #4 o contacto de emergencia.

No hay otro padre o guardian legal \_\_\_\_\_



Takoma Park  
7610 Carroll Av  
Suite #400  
Takoma Park, MD, 20912  
Phone: (301) 891-6141  
Fax: (301) 891-6841

Gaithersburg  
501 North Frederick Av  
Suite #320  
Gaithersburg, MD, 20877  
Phone: (240) 801-4903  
Fax: (240) 801-4905

Greenbelt  
7500 Hanover Parkway  
Suite #204  
Greenbelt, MD 20770  
Phone: (301) 232-3638  
Fax: (240) 241-4837

Apellido \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Direccion (Si diferente del nino) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_  
Autorizado para traer el paciente a la oficina, discutir informacion medica y tomar decisiones medicas? \_\_\_\_\_

Relacion al paciente \_\_\_\_\_  
Guardian legal? SI/ NO \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_  
Telefono (Si diferente del nino) \_\_\_\_\_  
Estudia tiempo complete SI/ NO \_\_\_\_\_  
Responsable financieramente SI/ NO \_\_\_\_\_  
SI/ NO \_\_\_\_\_

**C. SEGURO MEDICO**

Para RECIENTE NACIDOS o bebes menos de 28 dias. Si plane incluir a su bebe bajo su plan medico, los recién nacidos son cubiertos bajo el nombre de la madre los primeros 30 dias de vida.

La madre tiene MEDICAID? SI/ NO \_\_\_\_\_ Numero de MEDICAID (Tarjeta roja y blanca) \_\_\_\_\_  
Nombre del Seguro de la madre \_\_\_\_\_ Numero "Subscriber" \_\_\_\_\_  
Su nino tiene Seguro medico? SI/ NO \_\_\_\_\_ Ha comenzado el proceso de aplicacion para Medicaid? SI/NO \_\_\_\_\_  
Su nino tiene Medicaid? SI/ NO\* \_\_\_\_\_ Numero de MEDICAID (tarjeta roja y blanca) \_\_\_\_\_

\*Respuesta es No seguir a la parte C1

Nombre del Seguro del Nino/a \_\_\_\_\_ Subscriber # \_\_\_\_\_

Esta su nino/a cubierto por cualquier otro Seguro (Seguro privado por un trabajo, padre, etc) \_\_\_\_\_ SI/NO \_\_\_\_\_

POR FAVOR NOTAR: De acuerdo a Maryland Medicaid: " Si usted tiene otro Seguro medico, este Seguro tiene que pagar primero por servicios cubiertos antes que pague Medicaid". Aun si usted no declara otro Seguro, Medicaid puede descubrir si su nino tiene otro Seguro. En este caso, Medicaid no pagara hasta que el otro Seguro sea cobrado y/ o quitara pagos para visitas pasadas hasta que el otro Seguro sea cobrado. Si usted falla en declarar otro Seguro usted sera responsable por la cuenta de su hijo/a.

**C1. SEGURO PRIVADO (Si no hay otro Seguro, seguir a la parte D)**

Nombre del Seguro privado \_\_\_\_\_ Subscriber # \_\_\_\_\_

Nombre de la persona Inscrita  
(persona que se inscribio en el plan) \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (de persona inscrita) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN del inscrito \_\_\_\_\_

Direccion del Seguro \_\_\_\_\_ Telefono del Seguro \_\_\_\_\_

Telefono del Empleador \_\_\_\_\_

Nombre de Otro Seguro \_\_\_\_\_ Subscriber # \_\_\_\_\_

Nombre de la persona Inscrita  
(persona que se inscribio en el plan) \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (de persona inscrita) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN del inscrito \_\_\_\_\_

Direccion del Seguro \_\_\_\_\_ Telefono del Seguro \_\_\_\_\_

Telefono del Empleador \_\_\_\_\_

**D. FARMACIA PREFERIDA**

Nombre de la Farmacia \_\_\_\_\_ Telefono de la Farmacia \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_

**E. CONSENTIMIENTO Y CONTRATO VINCULANTE**

He aqui doy consentimiento para el uso y la revelacion de la Informacion de Salud Publica (ISP) y la Informacion de Salud Individualmente Identificable (ISII) de mi hijo/hija para pagos, tratamiento y otras operaciones de cuidados de salud, de acuerdo al Acta de Contabilidad y Portabilidad de Seguro Medico de 1996, efectivo el 13 de abril de 2003. YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR CUALQUIER CARGO NO CUBIERTO O DECLARADO "RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE" POR MI SEGURO MEDICO Y ACEPTO PAGAR EL BALANCE QUE YO DEBO.

Firma del Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardian \_\_\_\_\_



Takoma Park  
7610 Carroll Av  
Suite #400  
Takoma Park, MD, 20912  
Phone: (301) 891-6141  
Fax: (301) 891-6841

Gaithersburg  
501 North Frederick Av  
Suite #320  
Gaithersburg, MD, 20877  
Phone: (240) 801-4903  
Fax: (240) 801-4905

Greenbelt  
7500 Hanover Parkway  
Suite #204  
Greenbelt, MD 20770  
Phone: (301) 232-3638  
Fax: (240) 241-4837

Maryland Healthy Kids Program  
Medical/Family History Questionnaire

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Sexo: M F (circule)
Persona que llenó el Formulario:	Fecha de Hoy:	Relación con el Paciente::	
<b>HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER</b>		<b>HISTORIAL PSICOSOCIAL</b>	
Nombre del Hospital: _____ Enfermedades durante el embarazo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Medicamentos durante embarazo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol o drogas No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas al Nacer No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Describe: _____ Tipo de Parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea Peso al Nacer _____ Peso al darle de alta _____ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Fecha de la vacuna de Hepatitis B: _____ Examen Auditivo para recién nacidos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		¿Quién vive en el hogar? _____ ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____ <input type="checkbox"/> Alquilan <input type="checkbox"/> casa propia <input type="checkbox"/> refugio ¿Quién cuida el niño/a? _____ Fecha de Nacimiento Madre _____ Padre _____ Trabajan los Padres Madre No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Padre No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hogar Sustituto _____ Fecha: _____ ¿Qué otro idiomas se hablan en la casa? _____	
<b>HISTORIAL FAMILIAR</b>		<b>HISTORIAL DE SALUD</b>	
Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alergias (a qué) _____ ¿Quién? _____ Asma No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ TB/Enfermedad del Pulmón No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ VIH/SIDA No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Intentos Suicidas/Problemas Mentales No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad del Corazón No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Presión alta/Derrame No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Colesterol Alto Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell" No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Diabetes Convulsiones No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Alergias/Asma No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Desórdenes Mentales No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Cáncer No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Defectos de Nacimiento No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Pérdida de Audición No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Problemas de habla No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Enfermedades Renales No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Abuso de Alcohol/ Droga No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Hepatitis/Enfermedad del Hígado No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad de la Tiroide No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD") No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Violencia Doméstica No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Otras: _____		Alguna vez su niño/a ha tenido: Alergias (a qué) _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Asma No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Varicela (año) _____ Infecciones No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> frecuentes de oído Problemas de Audición/Infecciones de la Vista No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas de la Piel/Eczema No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Asma/Alergias TB/Enfermedad del Pulmón No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hipertensión/Presión Alta No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón/Defectos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hepatitis/Enfermedad del Hígado No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Diabetes No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón/Vejiga No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas Físicos o de Aprendizaje No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desórdenes de la Sangre/Hemofilia No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Enfermedades Transmitidas Sexualmente No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales o de Comportamiento No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Depresión/Pensamientos Suicidas No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones/Cirugías No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas en las Coyunturas/Huesos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Obesidad/Trastornos Alimenticios Otras: _ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Lista de Medicamento/s que toma: _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	
Revisado por:		Fecha que fue Revisado:	



Takoma Park  
7610 Carroll Av  
Suite #400  
Takoma Park, MD, 20912  
Phone: (301) 891-6141  
Fax: (301) 891-6841

Gaithersburg  
501 North Frederick Av  
Suite #320  
Gaithersburg, MD, 20877  
Phone: (240) 801-4903  
Fax: (240) 801-4905

Greenbelt  
7500 Hanover Parkway  
Suite #204  
Greenbelt, MD 20770  
Phone: (301) 232-3638  
Fax: (240) 241-4837

## POLIZA FINANCIERA

Su salud es extremadamente importante para nosotros. Estamos dedicados a proveerle la mejor calidad de cuidado médico posible en una manera rentable. Estamos dispuestos a discutir alguna pregunta que usted tenga acerca de su cuenta financiera.

### PAGO A LA HORA DE SERVICIO

- Su pago (co-pagos, coseguro, y deducibles, etc.) completo se debe a la hora de servicio. Si usted no tiene seguro, por favor venga preparado para pagar su cita en completo.
- Como una cortesía hacia nuestros pacientes, aceptamos dinero en efectivo, *Visa, MasterCard, American Express, money order, y cheques personales.*
- No aceptamos cheques más de \$20.
- Fallo en pagar su cuenta puede resultar en despido del consultorio.

### DEJENOS SABER DE CUALQUIER CAMBIO

- Traiga su tarjeta de seguro más vigente a cada cita médica.
- Por favor déjenos saber de cualquier cambio en su seguro médico, dirección, número de teléfono, farmacia preferida, etc.
- Si el seguro médico que usted indica es incorrecto, usted es responsable por su balance.

### MEDICAID

- Si usted tiene Medicaid y no indica que también está cubierto por otro seguro médico, Medicaid rehusará pagar por servicios. En este caso, usted es responsable por la visita(s).
- Si su hijo/a esta cubierto por cualquier otro seguro médico, por ley federal, esa póliza es considerada la póliza primaria y tiene que ser cobrada antes de cobrar a Medicaid. Medicaid es considerado seguro secundario y solo será cobrado después que su seguro primario haya procesado el cobro.

### SEGURO SECUNDARIO *Seguro adicional que puede cubrir algunos cargos no cubiertos por seguro primario*

- “Regla de Cumpleaños” – En casos cuando un menor de edad está cubierto por dos pólizas privadas, la póliza del padre o guardián cual cumple años primero en el calendario de cada año es indicado el seguro primario, de acuerdo a la Asociación Nacional de Comisionados de Seguro.

### COBROS \**No se aplica a Medicaid*

- Si su cheque es regresado por fondos insuficientes, usted es responsable por cargos de cheques regresados.
- Habrá un cobro de \$35 por cada cheque regresado.
- Si usted no se ha presentado 15 minutos después del tiempo de su cita, su cita será marcada *No Presentó*. Fallo en llegar a tiempo de su cita resultara en un cargo de \$25.\*
- Se requieren 24 horas de aviso para cancelar o cambiar su cita. Fallar en dar 24 horas de aviso resultara in un cargo de \$25.\*
- Todos co-pagos se deben a la hora de servicio. Un cargo adicional de \$10 será aplicado a co-pagos no recibidos a la hora de servicio. Si el co-pago es recibido por nuestra oficina antes de 5 pm en el día de servicio, el cargo de \$10 no será aplicado.
- Habrá un cargo de \$5 por cada formulario escolar u otro formulario similar. Habrá un cargo de \$15 para copias de historiales medicos.\*
- Se requieren 2 días de negocio para completar formularios. Se requieren 2 semanas por copias de historiales médicos.

### PACIENTES MENORES DE EDAD

- Para cumplir con reglamentos de privacidad, no podemos discutir detalles de servicios proveídos ni cuentas detalladas con partes que no son el paciente u otro adulto autorizado.
- Padres/guardianes legales son responsables por pago de servicios proveídos al paciente menor de edad.

### COLECCIONES Y CUENTAS PENDIENTES

- Cualquier cuenta pendiente más de 60 días del día de servicio podrá ser referida a una agencia de colecciones externa. Cuentas referidas a una agencia de colecciones podrán ser sujetas a un cargo de 25% añadido a la cuenta original.

### PLAN DE PAGOS

- Estamos dispuestos a colaborar con usted para coordinar pagos hacia cualquier cuenta que usted tenga con nuestra oficina.
- Por favor contactar nuestro departamento de facturación para coordinar un plan de pagos.
- Por favor dar 7 días de negocio para que su pago enviado por correo sea recibido y aplicado a su cuenta.

Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Guardián \_\_\_\_\_



Takoma Park  
7610 Carroll Av  
Suite #400  
Takoma Park, MD, 20912  
Phone: (301) 891-6141  
Fax: (301) 891-6841

Gaithersburg  
501 North Frederick Av  
Suite #320  
Gaithersburg, MD, 20877  
Phone: (240) 801-4903  
Fax: (240) 801-4905

Greenbelt  
7500 Hanover Parkway  
Suite #204  
Greenbelt, MD 20770  
Phone: (301) 232-3638  
Fax: (240) 241-4837

## **PARK PEDIATRICS INFORMACION SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD.**

Yo entiendo que, bajo la Health Insurance Portability Act of 1996 (HIPPA), Yo tengo ciertos derechos sobre la privacidad de mi Información de Salud Individual reconocible (IIHI siglas en Ingles)

Yo entiendo que esta información puede ser usada para:

- Tratamiento
- Pago por tratamiento o servicios.
- Operaciones de cuidados de Salud.
- Citas/ Llamadas de seguimiento.
- Coordinación de cuidados de salud con profesionales involucrados en el cuidado de su hijo/os.

Yo entiendo que la información personal de salud de mis hijos o mía puede ser compartida con otras personas si:

- Requerido por una orden de corte, requerido por ley o organizaciones de salud pública.
- Asistir en la prevención o control de enfermedades, discapacidades o lesiones de importancia en salud pública.
- Asistir en amenazas de salud o seguridad de usted, o cualquier otra persona o el público.
- Asistir en donación de tejidos/órganos si su hijo es un donador de órganos.
- Para propósitos de investigaciones aprobadas; información de pacientes solamente será liberada con su permiso.
- Requerido por oficiales federales en situaciones de seguridad pública.
- Recomendación de posibles tratamientos alternativos.
- Cumpliendo para casos de Compensación de Trabajadores.

Yo entiendo que tengo derecho a:

- Solicitar una restricción en el uso y revelación de los records médicos de mi hijo/a.
- Solicitar una inspección u obtener una copia de los records médicos de mi hijo/a.
- Solicitar corregir información en los records médicos de mi hijo/a.
- Solicitar comunicacion confidencial.
- Recibir una copia de esta información.

Park Pediatrics no recibira ningun pago u otra compensación de una tercera persona/organización por el intercambio de uso o revelar la información de Practicas de Privacidad.

Yo no tengo que firmar esta autorización en orden de recibir tratamiento en Park Pediatrics. Conozco que tengo derecho a rehusar firmar esta autorización. He leído y entendido la versión completa de Información sobre Práctica de Privacidad. Cuando mi información se usa o divulga de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por el Reglamento Federal de Privacidad HIPPA. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito excepto en la medida en que Park Pediatrics haya actuado basándose en esta autorización. Mi revocación escrita debe ser sometida a Park Pediatrics a: Park Pediatrics, 7610 Carroll Avenue, Suite 400, Takoma Park, MD, 20912.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para uso de la Oficina:

Yo intente obtener la firma para reconocimiento de esta Informacion sobre Practica de Privacidad pero no fue posible por lo tanto, lo documento.

Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_



Takoma Park  
7610 Carroll Av  
Suite #400  
Takoma Park, MD, 20912  
Phone: (301) 891-6141  
Fax: (301) 891-6841

Gaithersburg  
501 North Frederick Av  
Suite #320  
Gaithersburg, MD, 20877  
Phone: (240) 801-4903  
Fax: (240) 801-4905

Greenbelt  
7500 Hanover Parkway  
Suite #204  
Greenbelt, MD 20770  
Phone: (301) 232-3638  
Fax: (240) 241-4837

**PARK PEDIATRICS**

**Single Consent to View, Request and Share Medical Information with Children’s IQ Network Providers and Other Providers Treating my Child.**

**INTRODUCTION**

**TAKOMA PARK PEDIATRICS**, has elected to participate in the Children’s National Medical Center’s IQ Network as part of our commitment to improve the quality and the coordination of medical care for the children we serve. This innovative program is the first in the country to provide real-time coordination of care via an electronic medical record between your child’s primary care pediatrician at Takoma Park Pediatrics and one of the country’s leading children’s hospitals.

Additionally, we need your permission to request any medical information from any medical facility or provider that has treated your child to ensure continuity of care at Takoma Park Pediatrics. For example, if you bring your child to our office for follow-up for an emergency room visit, we can quickly send a request to the hospital’s emergency department for those records with your signature on file.

This SINGLE CONSENT will allow us to quickly access critical information about your child from his/her medical record before beginning treatment. This should dramatically reduce the chance of medical errors including adverse drug interactions or allergic reactions.

Any of your child’s protected health information that is shared or received with CIQN providers is encrypted (encoded) **an can be accessed only by health care proviers who are caring for your child and have a need to know.**

As TAKOMA PARK PEDIATRICS is a pat of the Children’s IQ Network, this written SINGLE CONSENT will allow the sharing of information with any provider withing the IQ Network and will allow TAKOMA PARK PEDIATRICS to request necessary medical records from other providers whom you have elected to be involved in the tratment of your child. You do have the option to opt out of SINGLE CONSENT. If you choose to opt out, you will need to sign a separate consent form each and every time your child needs to be seen by another member of the Children’s IQ Network other than those at TAKOMA PARK PEDIATRICS or anytime any medical records from another provider are needed to treat your child.

\*\*\*\*\*

**PATIENT RIGHTS:** I have received a copy of the Children’s IQ Network (CIQN) Information Sheet. I understand that patient information will still be store electronically for my provider’s records, and that an electronic health summary will be available to other providers through the CIQN. I understand that any medical records needed for the care and treatment of my child will be requested as needed from other providers that have treated my child. I also understand that I have the right to not share (opt out) health information with other providers within the CIQN.

**PROTECTED DISCLOSURE OF INFORMATION:** I understand that Children’s and Takoma Park Pediatrics comply will all federal and local regulations including the Health Insurance Portability and Accountability Act; and that this Consent includes my agreement that Children’s and Takoma Park Pediatrics can use private health information for treatment of my child as defined in the Notice of Private Practices. I agree to Children’s use of de-identified health information about my child for appropriately reviewed and approved research and quality improvement activities.

Patient Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Legal Guardian/Patient 18 years or age or older \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Takoma Park  
7610 Carroll Av  
Suite #400  
Takoma Park, MD, 20912  
Phone: (301) 891-6141  
Fax: (301) 891-6841

Gaithersburg  
501 North Frederick Av  
Suite #320  
Gaithersburg, MD, 20877  
Phone: (240) 801-4903  
Fax: (240) 801-4905

Greenbelt  
7500 Hanover Parkway  
Suite #204  
Greenbelt, MD 20770  
Phone: (301) 232-3638  
Fax: (240) 241-4837

### **Póliza de servicios en horas extendidas para seguros comerciales.**

#### **Estimados Padres/Guardianes:**

Park Pediatrics está comprometido a proveer cuidados de calidad. Orgullosamente hemos estado ofreciendo nuestros servicios en horas extendidas de oficina, durante la mañana, la tarde y fines de semana como cortesía para nuestros pacientes. Debido al costo agregado de mantener nuestra oficina abierta por horas extendidas, hemos confiado en las compañías de seguro para cubrir los costos del servicio, lo cual ofrece conveniencia a los pacientes y ahorra a las compañías de seguro de pagar por las costosas visitas a la sala de emergencia. Sin embargo, algunas compañías de seguro están rechazando pagar por este servicio o están aplicando estos cargos a la responsabilidad del paciente.

Nosotros en Park Pediatrics queremos continuar ofreciendo cuidados de calidad a nuestros pacientes, siendo capaces de proveer estos servicios en horas extendidas. En un esfuerzo para continuar brindando estos servicios, y evitar el costo-cambio de un grupo de pacientes a otros, estamos implementando un cobro fijo de \$15.00 por este servicio. Este cobro solo será aplicado si su seguro niega o no paga por este servicio. El cobro es separado y extra de cualquier co pago, co-seguro deducibles de los cuales usted puede ser responsable según su seguro.

Si a usted le gustaría ser visto en nuestras oficinas durante las horas extendidas de las mañanas, tardes y fines de semana, por favor firme esta póliza. Si usted escoge no ser cargado por estos servicios, por favor realice su visita durante nuestras horas regulares de oficina Lunes a Viernes de 9 am a 5 pm, chequeando disponibilidad.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, (Padres/Guardián) he leído y entendido la póliza de Park Pediatrics en los cobros de horas extendidas. Autorizo a Park Pediatrics para atender a mi hijo/a para cuidados durante sus horas extendidas. Entiendo y reconozco que seré cobrado \$15.00 por esos servicios en el caso que mi seguro niegue o no cubra esos servicios. También entiendo que esos cargos son separados y extras a cualquier co –pago, co-seguro, o deducibles de los cuales yo pueda ser responsable.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Guardián

\*Gracias por escoger Park Pediatrics como el Proveedor Primario de Salud para su hijo\*



Takoma Park  
7610 Carroll Av  
Suite #400  
Takoma Park, MD, 20912  
Phone: (301) 891-6141  
Fax: (301) 891-6841

Gaithersburg  
501 North Frederick Av  
Suite #320  
Gaithersburg, MD, 20877  
Phone: (240) 801-4903  
Fax: (240) 801-4905

Greenbelt  
7500 Hanover Parkway  
Suite #204  
Greenbelt, MD 20770  
Phone: (301) 232-3638  
Fax: (240) 241-4837

## PROGRAMA DE VACUNAS (VFC) PARA NIÑOS EN MARYLAND.

### REPORTE DE TAMIZAJE DE ELEGIBILIDAD.

No es requerido que el proveedor verifique las respuestas de padres, guardianes, o el individuo del record.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre/Guardián o individuo del record: \_\_\_\_\_

Proveedor de Salud: \_\_\_\_\_

La oficina del proveedor debe tener esta forma por cada niño (desde el nacimiento hasta los 18 años de edad) que recibe inmunizaciones a través del Programa de Vacuna para Niños (VFC) de Maryland en el record medico permanente del paciente por 6 años. El proveedor de salud o el padre, guardián, o individuo del record puede completar esta forma, y debe completar una nueva forma si el estatus del niño cambia. El proveedor puede utilizar este record para todas las visitas subsecuentes siempre y cuando no haya cambios en el estado de elegibilidad del niño.

Este niño califica para vacunación a través del Programa VFC de Maryland porque él/ella (por favor chequee una caja):

- (a) Está cubierto o inscrito in Asistencia Medica
- (b) No tiene seguro medico
- (c) Es nativo Americano (Indio Americano) o Nativo de Alaska
- (d) Tiene seguro médico que no cubre ( o paga) por vacunas





Takoma Park  
7610 Carroll Av  
Suite #400  
Takoma Park, MD, 20912  
Phone: (301) 891-6141  
Fax: (301) 891-6841

Gaithersburg  
501 North Frederick Av  
Suite #320  
Gaithersburg, MD, 20877  
Phone: (240) 801-4903  
Fax: (240) 801-4905

Greenbelt  
7500 Hanover Parkway  
Suite #204  
Greenbelt, MD 20770  
Phone: (301) 232-3638  
Fax: (240) 241-4837

### **Póliza Financiera para Recién Nacidos.**

Yo entiendo que es MI responsabilidad de agregar a mi recién nacido a mi plan de seguro, o de aplicar por un nuevo plan de seguro para mi bebe en los primeros 30 días después del nacimiento. Park Pediatrics pospondrá pagos en las visitas de oficina del recién nacido hasta un mes de nacido para pacientes que se encuentran en el proceso de obtener seguro. Pacientes sin planes para obtener seguro deben pagar en cada visita.

Yo entiendo que a mi conveniencia, Park Pediatrics puede retener pagos pendientes hasta que él bebe sea agregado a mi plan. Pagos pendientes serán sometidos una vez el seguro ha sido verificado bajo el nombre del recién nacido en el primer mes de vida.

Si yo no agrego al bebe a mi plan de seguro, Yo seré responsable de pagar la cantidad total por todos los servicios prestados.

Yo estoy de acuerdo que cuando Park Pediatrics reciba notificación que él bebe fue agregado a mi plan de seguro en 30 días, Yo seré completamente responsable por el saldo total emitido por Park Pediatrics.

Si su plan de seguro retro-activa la efectividad de la póliza desde la fecha de nacimiento de su bebe, por favor notifica a nuestro equipo de cuentas @ 301-891-6141 Ext 5, para que podamos someter todos los estados de cuenta al plan de seguro que usted nos proporcionó. Una vez estos estados de cuenta son pagados por completo por la compañía de seguro, incluyendo cualquier cantidad bajo la responsabilidad del paciente como co- pagos /deducibles, nosotros someteremos un reembolso para cualquier pago que el padre del paciente haya realizado por esas visitas.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_