

Cuestionario Inicial

Nombre Del Paciente _____

Fecha De Nacimiento _____

Formulario Completado Por _____

Fecha _____

Edad _____

Genero _____

M F

Ocupante de Casa

Indique miembros de la familia que conviven _____

Enumere los hermanos que no viven con el paciente incluyendo las edades y adonde viven _____

Nombre	Relacion Hacia el paciente	Fecha De Nacimiento	Problemas De Salud

Cual es la situacion de vida del paciente, si no viven con ambos padres?

- Vive con los padres adoptivos Custodia compartida
 Custodia unica Vive con los padres de crianza

Si ambos padres no estan viviendo en casa, que frecuencia el paciente ve a los padres? _____

Historia de nacimiento

No se conoce la Historia Medica de _____

Peso de Nacimiento _____ A cuantas semanas nacio el paciente _____

Se quedo el paciente en la UCIN? Si No Explique _____

Hubo complicaciones durante el parto o embarazo? Si No

Explique _____

Durante el embarazo, la madre

Bebia alcohol Si No Tabaco Si No Vitaminas prenatales Si No

Drogas Si No _____

Medicamentos: Si No _____

El parto fue Vaginal Cesarea Si cesarea, porque _____

La alimentacion inicial Formula Leche de Pecho ,Por cuanto tiempo _____

Se dio de alta al bebe con la mama del hospital? Si No Explique _____

General NS = no se

Considera que el paciente esta en buen estado de salud? Si No NS Explique _____

Ha tenido el paciente cualquier cirugia? Si No NS Explique _____

Ha sido el paciente hospitalizado? Si No NS Explique _____

El paciente tiene alergias a medicamentos? Si No NS **Explique el nombre y la reaccion de medicamento _____

Siente que su familia tiene suficiente para comer? Si No

Historia Biologica NS= no se

Miembros de la familia ha tenido lo siguiente

- | | | | |
|---|---|-------------|------------------|
| Perdida de audicion infantil | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS | Quien _____ | Comentario _____ |
| Alergias nasales | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS | Quien _____ | Comentario _____ |
| Asma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS | Quien _____ | Comentario _____ |
| Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS | Quien _____ | Comentario _____ |
| Enfermedad del corazon (antes de los 55 años) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS | Quien _____ | Comentario _____ |
| Colesterol alto y toma medicamentos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS | Quien _____ | Comentario _____ |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS | Quien _____ | Comentario _____ |
| Desorden de sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS | Quien _____ | Comentario _____ |
| Caries dental | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS | Quien _____ | Comentario _____ |
| Cancer (antes de los 55 años) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS | Quien _____ | Comentario _____ |



La Historia Biológica de la familia

Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedad del Riñón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentarios _____
Diabético (antes de los 55 años)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentarios _____
Enuresis (después de los 10 años)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentarios _____
Obesidad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentarios _____
Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentarios _____
Abuso de Drogas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentarios _____
Abuso de Alcohol	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedad Mental/depresión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentarios _____
Discapacidad del Desarrollo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentarios _____
Problemas Inmunológicos VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentarios _____
Consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentarios _____

Información adicional de la familia _____

Historia Medica del Paciente

El paciente tiene o ha tenido alguna vez,	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Varicela	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Infección de oído (frecuentes)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Problemas con las orejas o la audición	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Alergias Nasales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Problemas con los ojos y la visión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Asma, bronquitis o Neumonía	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Algún problema del corazón o soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Anemia o Desorden de Sangre	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
VIH o SIDAS	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Trasplante de Órgano	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Malignidad/ trasplante de medula ósea	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Dolor Abdominal (frecuente)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Estreñimiento que requiere vistas con el medico	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Infecciones recurrentes o problemas del tracto urinario	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Cataratas congénitas/retinoblastoma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Metabólicos/Desorden Genéticos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Enfermedad del riñón o Malformaciones urológicas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Enuresis (después de los 5 años)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Problemas para dormir; ronquidos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Problemas crónicos o recurrentes de la piel	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Convulsiones o otro problemas Neurológicos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Obesidad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Tiroides o otro problemas Endocrinos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Presión Alta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Lesiones graves, fracturas o conmociones cerebrales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Uso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Consumo de Tabaco	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
TDAH/Ansiedad/ Problemas de ánimo/depresión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Caries Dental	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Hay antecedentes de violencia en la familia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Infecciones de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
Embarazo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____
(Para las Niñas) Problemas con la menstruación	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS	Quien _____

Ha tenido su primer periodo Si No Edad del primer periodo _____

Otros problemas significados _____

El cuestionario inicial de Academia Americana de Pediatría es consistente con un futuro brillante: Directrices para la vigilancia de la salud de los bebés, niños y adolescentes.



Nombre del Paciente: _____ Sexo: M / F
Apellido Primer Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Teléfono #: _____ Celular#: _____
Primario Secundario Primario Secundario

Domicilio: _____ Apto.#: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____

Etnicidad: Hispano Si / No Otro: _____ / Negar Idioma Preferido: _____

Seguro Médico: _____ # _____ Suscriptor: _____
Numero de Póliza

Nombre de la madre: _____ Sexo: M / F
Apellido Primer Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ # de Seguro Social _____ #Teléfono : _____

Celular #: _____ Domicilio: _____
Primario Secundario

Apto.#: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ # del trabajo _____

Nombre del padre: _____ Sexo: M / F
Apellido Primer Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ # de Seguro Social _____ #Teléfono : _____

Celular #: _____ Domicilio: _____
Primario Secundario

Apto.#: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ # del trabajo _____

Contacto de emergencia/ relación : _____ #Teléfono : _____

Como fue referido a Wee Care Pediatrics? _____

Cual medico vio al paciente en el hospital? _____ Hospital: _____

He leído y entendido las siguientes estipulaciones financieras:

Autorizo a Wee Care Pediatrics para proporcionar atención medica para mi hijo/a cuando sea necesario. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por mi plan de seguro incluyendo el co-pago y deducibles. Todos los pagos deben ser pagados al momento del servicio. Autorizo a Wee Care Pediatrics para liberar mi información de seguros con el propósito de evaluar y administrar las solicitudes de reembolso de beneficios. Yo entiendo que es mi responsabilidad de actualizar cualquier cambio con mi seguro y la información de contacto. Falta de actualización de cualquier cambio puede resultar que sea financiera responsablemente. Toda la información proporcionada será protegida de acuerdo con las directrices de HIPPA.

Firma: _____ Fecha: _____
Padre o Guardián legal

Nombre Impreso: _____ Relacion: _____



Póliza de pago y Procedimientos

James Bakerink, M.D

Ian Childs, PA-C

Brittany Woods, PA-C

Gracias por elegir Wee Care Pediatrics para la atención medica de su hijo/a/. La siguiente es una explicación de los procedimientos de pago y pólizas de la oficina. Por favor lea cuidadosamente, imprimir y firmar.

1. El pago es debido en el momento del servicio. Nosotros no facturamos por deducibles o copagos. Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard, Discover, and American Express. **NO aceptamos cheques personales.** Pacientes que utilizan nuestro programa sin aseguanza deben pagar antes de cada visita.
2. El padre o tutor que trae al niño para su visita es responsable del pago en el momento del servicio. No se interviene entre los padres divorciados o separados en materia de reembolso o custodia. Reembolso tendrá que ser entre los padres.
3. Citas deben ser canceladas 4 horas antes de la cita para evitar un cargo de \$25 dólares . Nunca hacemos citas sin su consentimiento. Mandamos un recuerdo de cortesía por texto, correo electrónico y una llamada por teléfono 4 días y un día antes de su cita. Tiene la opción de cancelar estas comunicaciones en cualquier momento. Es su responsabilidad mantener la información de contacto actual y de cancelar todas las citas hechas.
4. Cuentas con balances deben ser pagadas antes de hacer citas en el futuro. Planes de pagos están disponibles para quienes califiquen. Se considerarán casos emergentes.
5. Cuentas que excedan 90 días sin pago serán enviadas a una compañía de recolección. Usted sería responsable de todas las tarifas de cobro y tarifas legales que se producen por la agencia externa de la compañía. Los pagos de colección deben ser pagadas antes de hacer cualquier citas en el futuro.
6. Por cortesía a nuestros pacientes, mandamos la factura a su seguro primario y secundario. Es su responsabilidad mantener su **Coordinación De Beneficios** actuales con sus proveedores de seguros. Falta de mantener su coordinación de beneficios puede resultar en falta de pago por parte de su aseguanza. No somos responsables por la falta de pago y seria su responsabilidad de cualquier balance en la cuenta. ****Falta de comunicación de un Seguro Comercial como primaria cuando se tiene Nevada Medicaid constituye un fraude y abuso de Medicaid.** Medicaid afirma que hay que facturar a su seguro primario primero antes de facturar a Medicaid.
7. Para Mandar la factura a la aseguanza debemos de tener una copia de su tarjeta al día para poder mandar la factura. **Si no somos capaces de verificar su cobertura con su seguro en el día de servicio usted tedría que rendir pago efectivo.**
8. Lo más importante, Wee Care Pediatrics quiere el mejor cuidado posible para su hijo/a y entendemos que puede tener ciertas dificultades financieras. Por favor siéntase libre de hablar de cualquier materia financiera con nuestro departamento de facturación.

He leído la póliza y estoy de acuerdo con los términos de este acuerdo.

Firma: _____ / _____ Fecha: _____
Padre o Guardián legal Firma

Nombre de paciente: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____



Aviso de prácticas de privacidad

James Bakerink, M.D

Ian Childs, PA-C

Brittany Wood PA-C

Este aviso describe cómo la información médica puede ser utilizada o revelada por WCP, sus derechos y la forma de los accesos a esta información de acuerdo con la portabilidad de seguro de salud y la responsabilidad de trabajo de 1996, las regulaciones de HIPPA ómnibus y Ley de HITECH Act.

Usos y Divulgaciones

Tratamiento – Su información puede ser utilizada por los miembros del personal y compartida con otros profesionales de la salud con el propósito de evaluar la salud del paciente, diagnosticar condiciones médicas y proporcionar tratamiento. Por ejemplo es posible que tengamos que revelar su información médica cuando le referimos a un especialista para su posterior tratamiento o diagnóstico de otros profesionales médicos incluyendo enfermeras, Doctores, estudiantes médicos o otros profesionales para que reciba el mejor tratamiento.

Pagos – Su información médica puede ser usada para presentar una reclamación médica a su plan de salud en su nombre para buscar el pago de los servicios médicos de Wee Care Pediatrics. Por ejemplo, su aseguradora puede solicitar información adicional, como los servicios que fueron rendidos, la documentación de apoyo, tal como la historia de salud y la condición médica que se está tratando.

Operaciones de atención médica - Su información puede ser usada como sea necesario para apoyar las actividades de día a día, tal como la verificación de su aseguradora de salud o para ayudar a evaluar la calidad de la asistencia médica y los servicios que ofrecemos. Por ejemplo, los seguros de salud utilizan un equipo de revisión para auditar los servicios y la calidad de la atención presentada por las oficinas médicas.

Las comunicaciones electrónicas – Su salud y sus datos personales pueden ser comunicados o transferidos por intercambio electrónico de datos (EDI). A partir del 1ro de Enero del 2014, La ley de Reinversión y de Recuperación del 2009, hace que sea obligatorio para todos los proveedores de salud públicos y privados a adoptar registros electrónicos de salud (EHR). Por ejemplo, su historia clínica, resultados de laboratorios o otros informes se mantienen ahora electrónicamente para mejorar la precisión y agilizar la asistencia médica. Si a dado su correo electrónico a Wee Care Pediatrics podemos enviar notificaciones para recordatorios de citas o estados de cuenta de los saldos adeudados. Estas notificaciones no incluirán su información protegida de salud. Si ya no desea recibir notificaciones por correo electrónico usted puede presentar una solicitud escrita en cualquier momento para tener su correo electrónico eliminado.

Socios De Negocios - Su salud o su información personal puede ser revelada a terceros o “Socios de Negocios” para llevar a cabo actividades del día a día. Por ejemplo, podemos utilizar una compañía de facturación afuera quien tendrá acceso a su información personal y médica para la presentación de reclamaciones médicas con su aseguradora. Todos los socios de negocios deben seguir las mismas normas de póliza en el lugar para proteger su información personal y de salud.

Otros usos y divulgaciones que requieren su autorización – Divulgación de su información de salud distinto a los indicados anteriormente requieren su autorización por escrito específico. Si cambia de opinión después de autorizar el uso o divulgación de su información, usted puede presentar una revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectara o deshace cualquier uso que se hizo antes de que nos notificó de su decisión de revocar la autorización.



Aviso De Prácticas De Privacidad

Entendiendo sus derechos- Usted tiene ciertos derechos federales de privacidad que incluyen: El derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación de su **información protegida de salud** conocido como “PHI”. Usted tiene el derecho de recibir comunicaciones confidenciales relativas a su condición y tratamiento médico; Tiene el derecho de inspeccionar su PHI o registros médicos- solicitud de inspeccionar su PHI puede hacerse por escrito o enviando un formulario de solicitud de registros a nuestro oficial de privacidad. Su solicitud será revisada dentro de los 10 días siguientes a la recepción y se le proporcionara un cargo a usted de \$0.60/ por página por la ley de Nevada NRS 629.061. El derecho a modificar o presentar correcciones a su PHI; El derecho a recibir contabilidad de cómo y con quien su información de salud ha sido revelada; El derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Solicitudes de registros médicos serán procesadas dentro de los 30 días siguientes del recibo.

Nuestra Responsabilidad- Wee Care Pediatrics es requerido por ley a mantener la privacidad de su “Información protegida de salud (PHI) y proveerle a usted este aviso de privacidad. Estamos obligados a cumplir con las pólizas de privacidad descritas en este aviso. En el caso de que su información sea violada y no sea segura (PHI) es nuestro deber notificarle. Lo que es permitido por la ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar pólizas y prácticas de privacidad. Estos cambios pueden ser requeridos por la ley federal y reglamentos de leyes estatales. En cualquier momento se puede solicitar la notificación revisada más recientemente. Las revisiones se aplicaran a todos los **PHI** que mantenemos.

**** Póliza De Retención de Registros Médicos:** Archivos médicos serán retenidos hasta que el paciente tenga por lo menos 23 años de edad. Para los pacientes que han alcanzado la edad de 23 años en la fecha de la destrucción propuesto y se han mantenido durante al menos de 5 años o un periodo más largo por la ley federal, pueden ser destruidos conforme a la ley de Nevada y federal de acuerdo con NRS .629.051. (www.Leg.state.nv.us/nrs/NRS-629.html)

Quejas – Si desea presentar un comentario o queja sobre nuestras pólizas de privacidad o si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una carta por escrito que describa la causa de su preocupación y detalles de cómo cree que su privacidad ha sido violada. No se penalizara ni discriminara a por presentar una queja. Todas las preocupaciones se deben enviar a nuestro oficial de privacidad/ Gerente de oficina. 4785 S. Durango Dr. Ste 101 Las Vegas, NV 89147 o por fax 702-933-4282. También puede presentar una queja con la secretaria de Salud y Servicios Humanos conocido como (HHS).

Reconozco que he leído el aviso de prácticas de privacidad que Wee Care Pediatrics me ha proporcionado con fecha efectiva del 1ro de Septiembre del 2001. Yo entiendo que si tengo alguna pregunta acerca de este aviso, puedo contactar con el oficial de privacidad en cualquier momento y puedo solicitar una copia impresa de esta notificación al firmar.

Firma: _____ Fecha: _____
(Padre o Guardián Legal)

Nombre Impreso: _____ Relación: _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____



Autorización De Tratamiento

Autorizo a Wee Care Pediatrics para proporcionar atención médica y diagnosticar a mi hijo/a

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

Las siguientes personas están autorizadas a traer a mi hijo/a para agarrar atención médica durante mi ausencia.

_____/_____
Nombre Relación al Paciente

_____/_____
Nombre Relación al Paciente

_____/_____
Nombre Relación al Paciente

Entiendo que las personas que estén en la lista están autorizadas para traer a mi hijo/a para recibir la atención médica que se necesite. Entiendo que las personas permanecerán en la lista para traer a mi hijo/a o dependiente hasta que yo lo actualicé. Voy a tener la oportunidad de actualizar la lista en cualquier momento a petición mía o cambiarlo en la actualización anual que se da todos los años. Entiendo que todos los pagos deben ser pagados al momento del servicio. Estoy de acuerdo en ser directamente responsable de todos los costos y gastos incluyendo copagos, deducibles que son relacionados con el examen, el tratamiento médico y el diagnostico de mi hijo/a o dependiente en mi ausencia.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____ Relación: _____



Póliza De Ausente

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Un cargo de \$25 sera aplicado a las citas que no sean canceladas.

Usted es responsable de cancelar su cita si no puede asistir. Nunca haremos una cita sin su consentimiento. Vamos a enviar un recordatorio de cortesía por voz, texto o correo electrónico 4 días y 1 día antes de su cita. Este servicio le permite responder para confirmar o cancelar su cita. A su cuarta cita sin presentarse, usted puede ser despedido de la práctica y su compañía de seguros será notificada. Yo entiendo que es mi responsabilidad de llegar a tiempo a la cita y si llego tarde puede resultar que el paciente no sea atendido el mismo día.

Fechas que estuvo ausente:

1.) _____ 2.) _____ 3.) _____

Póliza De Abuso

Wee Care Pediatrics **no tolera el maltrato del personal o de propiedad.**

Padres que son agresivos o que verbalmente abusa el personal recibirán una falta. Destrucción de la propiedad de Wee Care será otra falta. Si un padre llega a 3 faltas serán despedidos de Wee Care Pediatrics y su compañía de seguros será notificada. Casos extremos puede resultar en la expulsión inmediata. Le pedimos que sea amable.

Fechas de abuso:

1.) _____ 2.) _____ 3.) _____

Firma: _____ Fecha: _____
(Padre o Guardián legal)

Nombre Impreso: _____ Relacion: _____