

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE: Todos los cargos o copagos, si corresponde, se deben pagar en el momento del servicio. El paciente es responsable de todos los honorarios, independientemente de la cobertura del seguro, a menos que los servicios sean para una indemnización laboral debidamente autorizada o para servicios cubiertos bajo un acuerdo contractual entre esta Práctica Médica y su compañía de seguros. Soy consciente de que soy responsable de los honorarios que no estén cubiertos por mi compañía de seguros. Si está indicada la hospitalización, el paciente es responsable de asegurarse de que GEORGIA UROLOGY, PA esté informada de los requisitos de precertificación necesarios.

Los médicos de Georgia Pediatric Urology tienen participación en Children's Healthcare at Atlanta Surgery Center at Meridian Mark Plaza, LLC, 5445 Meridian Mark Road, Suite 340, Atlanta, Georgia 30342 y Horizon Lithotripsy, LLC, 175 Country Club Drive, Bldg. 300, Suite D, Stockbridge, Georgia 30281. Dependiendo de sus necesidades médicas, es posible que se le remita a los centros arriba indicados. Su atención continuada no está condicionada a la aceptación de esta remisión. Usted tiene derecho a obtener los servicios del centro al que se le remita o de un proveedor sanitario de su elección.

CESIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente, cedo el pago de las Prestaciones médicas, que pudieran corresponderme, a GEORGIA UROLOGY, PA, por cualquier beneficio que se me adeude por atención médica o quirúrgica, en razón de dicho tratamiento prestado a mí o al paciente/asegurado.

AVISO DE CUMPLIMIENTO DE LA LEY HIPAA: Por la presente reconozco que he leído el AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD DE GEORGIA UROLOGY, PA que describe cómo se puede utilizar y divulgar la información sobre mí y cómo puedo obtener acceso a esta información. Además, reconozco que entiendo estas políticas y que he recibido una copia personal de la información para mis archivos. Las copias están disponibles en cualquiera de nuestras oficinas. GEORGIA UROLOGY, PA acatará todas las normas de la HIPAA relativas a la privacidad y confidencialidad, tal como se indica en nuestro AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO Y DE DIAGNÓSTICO: Entiendo que la política de GEORGIA UROLOGY

es notificar a los pacientes los resultados anormales de las pruebas de laboratorio o de diagnóstico. Le notificaremos lo antes posible. He indicado a continuación qué resultados pueden ser divulgados y a quién puede ser divulgada esa información. (Puede elegir más de una opción).

☐ Entregarme los resultados a mí o a mi hijo personalmente. Mi número de teléfono diurno es _____
(Si no está disponible para hablar con nosotros, le dejaremos un mensaje para que llame a nuestra oficina).

☐ Si los resultados de mi hijo o míos son benignos (dentro de los límites normales), puede dejar los resultados en mi contestador automático en (marque todo lo que corresponda):

☐ Número de teléfono de casa: _____

☐ Número de teléfono del trabajo: _____

☐ Número de teléfono móvil: _____

☐ Si no pueden localizarme personalmente, autorizo a GEORGIA UROLOGY, PA a divulgar mis resultados o los de mi hijo a otra persona, específicamente:

Nombre: Relación: _____

Número de teléfono diurno: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Autorizo a GEORGIA UROLOGY, PA a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago, transmitir y procesar las reclamaciones electrónicamente o a través de cualquier otro medio razonable y habitual, incluyendo pero no limitado a, Medicare.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Consiento voluntariamente a mi tratamiento en esta oficina y autorizo tales tratamientos, exámenes, medicaciones, anestesia, operaciones quirúrgicas y procedimientos de diagnóstico (incluyendo, pero no limitado a, el uso del laboratorio y estudios radiográficos) según lo ordenado por el médico que atiende a mi niño. He leído este consentimiento, soy consciente de su contenido y lo comprendo plenamente. Reconozco que no se me ha dado ninguna seguridad ni promesa en cuanto a los resultados que puedan obtenerse con dichos tratamientos y procedimientos, lo cual se afirma con la firma del abajo firmante.

HE LEÍDO Y COMPRENDO LAS POLÍTICAS DEL CONSULTORIO INDICADAS ANTERIORMENTE Y ACEPTO VOLUNTARIAMENTE LA RESPONSABILIDAD DESCRITA.

Nombre del paciente

Firma del padre/madre/tutor

Fecha



Georgia Urology Pediatría

PACIENTE Esta sección se refiere SOLO AL PACIENTE - NO A LOS PADRES

NOMBRE: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apodo: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de contacto: _____ Móvil: _____
Teléfono de casa: _____ Email: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL

Nombre del tutor legal (si es diferente del padre): _____
Nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección (Si es diferente a la del paciente): _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____
Teléfono de trabajo: _____ Móvil: _____
Nombre de la madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____
Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____
Teléfono de trabajo: _____ Móvil: _____

AMIGO o PARIENTE con el que se puede contactar en caso de no poder contactar en los teléfonos anteriores:

Nombre: _____ Relación (amigo/familiar): _____
Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

¿Quién es el médico/pediatra de atención primaria de su hijo? _____
Dirección: _____
Número de Consultorio: _____ Número de Fax: _____
Nombre de la farmacia: _____ Número de Farmacia: _____

SEGURO

Nombre del seguro principal: _____ Nombre del seguro secundario: _____
Tomador: _____ Tomador: _____
Dirección: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____
ID/Número de póliza: _____ ID/Número de póliza: _____
Número/Nombre del grupo: _____ Número/Nombre del grupo: _____
Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de entrada en vigor: _____
Número de teléfono _____ Número de teléfono: _____



Apellidos: _____ MR# o Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Médico habitual: _____

¿Razón de la visita de hoy? _____

Problemas Urológicos (Por favor seleccione la respuesta. Si no aplica o no está seguro, por favor deje en blanco).

¿Ha tenido el niño infecciones de vejiga/riñón/tracto urinario? ☐ No ☐ Sí ¿Con qué frecuencia? _____
¿Hubo fiebre con estas infecciones? ☐ No ☐ Sí Temperatura más alta _____
¿Tiene dolor al orinar? ☐ No ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente
¿Ha habido sangre en la orina? ☐ No ☐ Sí (en el análisis de orina) ☐ Sí (visible)
¿Está el niño entrenado para ir al baño? ☐ No ☐ Sí
¿El niño pierde orina durante el día? ☐ No ☐ Raramente ☐ Ocasionalmente ☐
Frecuentemente ¿Con qué frecuencia se levanta el niño a orinar por la noche? ☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente
Frecuentemente ¿Con qué frecuencia moja el niño la cama? ☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente
Cuando el niño necesita orinar, ¿es **repentino**? ☐ No ☐ Rara vez ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente
¿Con qué frecuencia orina el niño durante el día? _____
Altura _____ Peso _____

Problemas constitucionales:

Fiebres ☐ Sí ☐ No
Escalofríos ☐ Sí ☐ No
Dolores de cabeza ☐ Sí ☐ No
musculares/articulares: Otros _____
espalda _____
Necesita gafas ☐ Sí ☐ No
Otros _____

Problemas neurológicos

Problemas de aprendizaje ☐ Sí ☐ No
Otros _____

Problemas Endocrinos (Glándulas):

Sed excesiva ☐ Sí ☐ No
Demasiado ☐ Sí ☐ No
Otros: _____

GI (Problemas gastrointestinales):

Estreñimiento ☐ Sí ☐ No
Diarrea ☐ Sí ☐ No
Náuseas/Vómitos ☐ Sí ☐ No
Otros _____

Problemas cardíacos (del corazón)

Ponerse azul ☐ Sí ☐ No
Palpitaciones ☐ Sí ☐ No
Otros _____

Problemas de piel:

Erupciones ☐ Sí ☐ No
Otros _____

Problemas

Dolor de _____ ☐ Sí ☐ No
Otros _____

Problemas ORL:

Infecciones de oído ☐ Sí ☐ No
Congestión/Problemas de ☐ Sí ☐ No
sinusitis Otros: _____

Problemas Pulmonares (Respiración)

Sibilancias/Tos ☐ Sí ☐ No

Otros: _____

Problemas hemo/linfáticos:

Transfusiones de ☐ Sí ☐ No
sangre Problemas de ☐ Sí ☐ No
coagulación ☐ Sí ☐ No
Glándulas inflamadas _____
Otros: _____

Problemas

Depresión ☐ Sí ☐ No
Ansiedad ☐ Sí ☐ No
Otros _____

MEDICAMENTOS (tomando ahora): ☐ Ninguno

ALERGIAS (medicamentos/otros): ☐ Ninguna

Historial médico anterior (Marque todo lo que aplique.)

Ojos: ☐ Glaucoma ☐ Otros _____
Neurológicos: ☐ Convulsiones ☐ TDA/H Hiperactividad
Endocrino (glándula): ☐ Diabetes ☐ Enfermedad
Pulmonar (Respiración): ☐ Asma/Calambres ☐ Suprarrenal
Cardíaco (Corazón): ☐ Hipertensión ☐ Neumonía
Gastrointestinal: ☐ Crohn/UC ☐ Cardiopatía congénita
Infecciones: ☐ Hepatitis ☐ Reflujo GE
☐ Tuberculosis Otros (VIH): _____

Síndromes/Cromosómicos/Problemas OTROS: _____

Cirugías: _____

Problemas durante el embarazo: _____

Fármacos o medicamentos tomados durante el embarazo: _____

Bebé nacido a las: _____ Semanas (40 es normal) ¿Peso al nacer? _____

Problemas al nacer _____

El niño vive: ☐ En casa ☐ En un hogar de acogida ☐ En un centro

El niño vive con: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor/Pariente ☐ Hermanos/Otros hijos: _____

¿El niño asiste a la escuela? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿a qué hora llega el niño a casa? _____

Sólo niñas Edad de la primera menstruación: _____ ¿Algún problema menstrual? _____

Problemas médicos familiares: _____