

755 University Ave, Sacramento, CA 95825
Oficina (916) 924-8754 • Fax (916) 924-1739

Medicina pediátrica y de adolescentes de American River
Dr. Jonathan Thygeson MD
Dr. Marketa Ocio MD
Dr. Philip Traquair MD

6357 Coyle Ave, Carmichael, CA 95608
Oficina (916) 903-7416 • Fax (916) 436-4126

Formulario de registro de pacientes

FECHA _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO/PACIENTE(IMPRIME CLARAMENTE)

NOMBRE COMPLETO _____ GÉNERO: M/F(un círculo)

FECHA DE NACIMIENTO(lunes/día/año)___ / ___ / ___ EDAD _____ HOSPITAL DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO _____

TELÉFONO DE CASA (____) _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

HERMANOS (si aplica)

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ___ / ___ / ___ SEXO: M/F(un círculo)

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ___ / ___ / ___ SEXO: M/F(un círculo)

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ___ / ___ / ___ SEXO: M/F(un círculo)

• **GARANTE:**¿Nombre de los padres para recibir estados de cuenta impresos?-Ambos padres

-Nombre de padre específico _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

NOMBRE COMPLETO _____

SSN _____ - _____ - _____ FECHA DE NACIMIENTO ___ / ___ / ___ SEXO: M / F(un círculo)

-Marque aquí si la dirección es la misma que la del paciente. Si es diferente, complete la dirección a continuación:

DIRECCIÓN _____ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO CELULAR (____) _____

EMAIL _____

EMPLEADOR _____ TELÉFONO DEL TRABAJO (____) _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

NOMBRE COMPLETO _____

SSN _____ - _____ - _____ FECHA DE NACIMIENTO ___ / ___ / ___ SEXO: M / F(un círculo)

-Marque aquí si la dirección es la misma que la del paciente. Si es diferente, complete la dirección a continuación:

DIRECCIÓN _____ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO CELULAR (____) _____

EMAIL _____

EMPLEADOR _____ TELÉFONO DEL TRABAJO (____) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA(cuando los intentos de llegar a los padres no tienen éxito)

NOMBRE _____ RELACIÓN CON EL NIÑO _____

NÚMERO DE TELÉFONO (____) _____

SOLO USO DE OFICINA:
Teléfono de reclamación _____
Dirección de reclamo _____

Fecha efectiva _____

PRIMARIO INFORMACIÓN DEL SEGURO (IMPRIME CLARAMENTE)

COMPAÑÍA DE SEGUROS _____

COPAGO/DEDUCIBLE _____

ID DE SUScriptor _____ ID DE GRUPO _____

INFORMACIÓN PRINCIPAL DEL TITULAR/SUScriptor DE LA PÓLIZA

NOMBRE COMPLETO DEL SUScriptor _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

SSN ____ - ____ - _____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ SEXO: M / F (un círculo)

-Marque aquí si la dirección es la misma que la del paciente. Si es diferente, complete la dirección a continuación:

DIRECCIÓN _____ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO _____

EMPLEADOR _____

<u>SECUNDARIO</u> INFORMACIÓN DEL SEGURO (si es aplicable)
COMPAÑÍA DE SEGURO _____ COPAGO/DEDUCIBLE _____
ID DE SUScriptor _____ ID DE GRUPO _____
INFORMACIÓN PRINCIPAL DEL TITULAR/SUScriptor DE LA PÓLIZA
NOMBRE COMPLETO DEL SUScriptor _____
RELACIÓN CON EL PACIENTE _____
SSN ____ - ____ - _____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ SEXO: M / F (un círculo)
-Marque aquí si la dirección es la misma que la del paciente. Si es diferente, complete la dirección a continuación:
DIRECCIÓN _____ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO _____
EMPLEADOR _____

- Consideramos que ambos padres son 100% responsables de las decisiones médicas y la responsabilidad financiera. Si tiene documentación que indique lo contrario, proporciónenos una copia.
- El copago y los deducibles vencen al momento del servicio.
- Entiendo que es mi responsabilidad conocer las políticas, los beneficios y las limitaciones de los planes de seguro de mi hijo. Si deseo recibir tratamiento médico que no está cubierto por mi plan de seguro, entiendo que soy responsable por el pago.
- Por la presente autorizo el tratamiento médico y la divulgación de cualquier información médica pertinente al tratamiento de mi hijo. También autorizo el pago de beneficios a Jonathan E. Thygeson MD, Inc.

Firma del Paciente o Tutor

FECHA

Nombre impreso del paciente o tutor

Formulario de responsabilidad financiera del paciente

Gracias por elegir a Jonathan E. Thygeson MD, Inc. como su proveedor de atención médica. Nos sentimos honrados por su elección y estamos comprometidos a brindarle atención médica de la más alta calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer su comprensión de nuestras políticas financieras para pacientes.

Responsabilidades financieras del paciente

- El paciente (o el tutor del paciente, si es menor de edad) es el responsable último del pago de su tratamiento y atención.
- Nos complace ayudarlo facturando a nuestras aseguradoras contratadas. Sin embargo, el paciente es responsable de proporcionarnos la información más correcta y actualizada sobre su seguro, y será responsable de los cargos incurridos si la información proporcionada no es correcta o no está actualizada.
- El paciente (o el tutor del paciente, si es menor de edad) es responsable del pago de copagos, coseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por su plan de seguro. El pago vence en el momento del servicio y, para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las principales tarjetas de crédito en nuestra oficina.
- El paciente (o el tutor del paciente, si es menor) puede incurrir y es responsable del pago de cargos adicionales a discreción de Jonathan E. Thygeson MD, Inc. Estos cargos pueden incluir (entre otros):
 - Cargo por cheques devueltos.
 - Cobro por citas perdidas sin previo aviso de 24 horas.
 - Cargo por consultas telefónicas extensas y/o llamadas telefónicas fuera del horario de atención que requieran diagnóstico, tratamiento o recetas.
 - Cargo por la copia y distribución de registros médicos de pacientes. Cargo por
 - cumplimentación extensa de formularios.
 - Cualquier costo asociado con el cobro de saldos de pacientes.

Autorizaciones de pacientes

- Por la presente autorizo a Jonathan E. Thygeson MD, Inc. los médicos, el personal y los hospitales asociados con Jonathan E. Thygeson MD, Inc. a divulgar información médica y de otro tipo adquirida en el curso de mi examen y/o tratamiento (con las excepciones estipuladas a continuación) a las compañías de seguros necesarias, terceros pagadores y/o médicos o entidades de atención médica requeridas para participar en mi atención.
- Con mi firma a continuación, autorizo al personal de Jonathan E. Thygeson MD, Inc. a comunicarse por correo, mensaje de contestador automático y/o correo electrónico de acuerdo con la información que proporcioné en la información de registro del paciente.

Firma del Paciente o Tutor

Fecha

Renuncia a las autorizaciones del paciente

No deseo que se divulgue información y prefiero pagar en el momento del servicio y/o ser totalmente responsable del pago de los cargos y presentar reclamos al seguro a mi discreción.

Firma del Paciente o Tutor

Fecha

Aviso de prácticas de privacidad
Acuse de recibo del paciente

Nuestra práctica reconoce y respeta el hecho de que todos los pacientes de Jonathan E. Thygeson MD, Inc. tienen derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información de salud protegida (PHI).

Con mi consentimiento, Jonathan E. Thygeson MD, Inc. puede usar y divulgar a cualquier proveedor de atención médica o centro de atención médica u operaciones afiliadas y empresas o entidades públicas correspondientes cualquier PHI sobre mí (si estoy emancipado o soy mayor de edad) o mi hijo para poder brindar atención y tratamiento para mi hijo o para mí, y facturar a los seguros los cargos resultantes y cobrar el pago de todas las partes responsables.

Tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento.

Con mi consentimiento, Jonathan E. Thygeson MD, Inc. puede llamar a mi casa u otro lugar designado y dejar un mensaje en mi correo de voz, teléfono celular, intercambio de mensajes o contestador automático o en persona en referencia a cualquier artículo que ayude en la práctica, de realizar tratamientos, pagos y otras operaciones de atención médica, tales como recordatorios de citas, partidas de seguros, partidas de pago y cualquier llamada relacionada con mi (si estoy emancipado o mayor de edad) o la atención clínica de mi hijo, incluidos los resultados de laboratorio e información, entre otros.

Con mi consentimiento, Jonathan E. Thygeson MD, Inc. puede enviar correo a mi casa o a otro lugar designado en cualquier elemento que ayuden al consultorio a llevar a cabo el tratamiento, el pago y otras operaciones de atención médica, como las declaraciones de los pacientes y otra información sobre mi (si es emancipado o mayor de edad) o la atención médica de mi hijo, siempre que estén marcados como "Personal y confidencial".

Con mi consentimiento, Jonathan E. Thygeson MD, Inc. puede enviar por correo electrónico cualquier información sobre mi (si estoy emancipado o soy edad legal) o la atención médica, el tratamiento, el pago y la cita de mi hijo. Tengo derecho a solicitar que Jonathan E. Thygeson MD, Inc. restrinja la forma en que la práctica usa y divulga mi información médica o la de mi hijo para llevar a cabo el tratamiento o el pago. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está sujeta a este acuerdo.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento a Jonathan E. Thygeson MD, Inc. para el uso y divulgación de mi PHI para llevar a cabo tratamientos, pagos y otras operaciones de atención médica. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones en base a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Jonathan E. Thygeson MD, Inc. puede negarse a brindar tratamiento a mi hijo.

Firma del Paciente o Tutor

Fecha

Nombre impreso del paciente o tutor

Nombre del niño/paciente

Fecha de nacimiento



Consent to Receive Text Message Appointment Reminders

By signing below, I authorize Sutter Health and its affiliates to contact me by automated SMS text message for appointment reminders.

I understand that message/data rates may apply to messages sent by Sutter Health or its affiliates under my cell phone plan.

My text/mobile phone number is: () _____ Patient Initials

I know that I am under no obligation to authorize Sutter Health or its affiliates to send me text messages. I may opt-out of receiving these communications at any time by calling the Service Desk @ (877) 607-6484, or by responding STOP to 622622. Please allow 2-3 business days for processing.

I understand that text messaging is not a secure format of communication. There is some risk that individually identifiable health information or other sensitive or confidential information contained in such text may be misdirected, disclosed to or intercepted by unauthorized third parties. Information included in text messages may include your first name, date/time of appointments, name of physician, and physician phone number, or other pertinent information.

By signing below, I indicate I am the primary user for the mobile phone number listed above, I accept the risk explained above and consent to receive text messages via automated technology from Sutter Health and its affiliates to the phone number that I have provided.

Patient Name: _____ DOB: _____

Signature: _____
(Patient/legal representative) (Relationship if other than Patient)

Printed Name: _____ Date: _____
(Legal representative)

Fax: Patient Services Contact Center
Attn: My Health Online, (877) 607-6484

Mail: Patient Services Contact Center
Attn: My Health Online
P.O. Box 255386
Sacramento, CA 95865-5386

Formulario de autorización de divulgación de registros médicos

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

TELÉFONO DE CASA (____) _____ TELÉFONO CELULAR (____) _____

Por la presente autorizo/solicito la divulgación de mis registros médicos:

Recibiendo de:

Nombre del Instituto/Nombre del Doctor

Dirección _____

Número de oficina (____) _____

Número de fax (____) _____

Enviar a:

Nombre del Instituto/Nombre del Doctor

Dirección _____

Número de oficina (____) _____

Número de fax (____) _____

Tipo de información:

Fechas de tratamiento _____

Información a publicar: -Registros de inmunización-Registros médicos completos-

-Correo -Levantar

Comentarios para el médico:

Firma del Paciente o Tutor

Fecha

Nombre impreso del paciente o tutor

Tarifas para registros médicos:

*** Gráficos superiores a 30 páginas, envío vía CD o mail**

- \$50.00 – por cuadro completo (no un paciente actual) \$10.00 – solo por registros de vacunas almacenados \$25.00 – por cuadro completo en el consultorio (10-100 páginas) \$10.00 – cuadros épicos/pacientes actuales

Solo para uso de la oficina.

Pagado \$ _____

Fecha _____

Tipo de pago -Dinero

-Controlar

-Tarjeta de crédito

Referencia # _____

Medicina pediátrica y de adolescentes de American River

Jonathan Thygeson, MD

Marketa Ocio, MD

Philip Traquair, MD

Acuerdo DTaP

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

_____ Nombre(s) de los padres entienden que American River Pediatrics requiere que los pacientes obtengan la **Vacunas DTaP** de acuerdo con el calendario de vacunas pediátricas de los CDC. Acordamos buscar un nuevo pediatra si decidimos cambiar a un calendario de vacunas alternativo que no no incluir la vacuna DTaP durante los intervalos adecuados.

X _____

(Firma de los padres)