

**PEDIATRÍA PARA EL CUIDADO
DE NIÑOS
101 Kellie Drive
Smithfield, Carolina del Norte
27577**

Policías y procedimientos

¡Bienvenido a Pediatría de Kids Care ! Nuestra misión es brindar atención médica pediátrica atenta y de calidad a sus hijos desde el nacimiento hasta los 18 años. Nuestro objetivo es ayudar a los niños y las familias de nuestras comunidades vecinas a vivir vidas más saludables y felices. No podemos lograr este objetivo solos y esperamos que trabaje con nosotros para garantizar que su hijo alcance su máximo potencial. Una gran parte de su función incluye llevar a su hijo a sus exámenes programados periódicamente y a cualquier seguimiento recomendado después de una enfermedad. Otra parte importante de su función es informar al proveedor sobre cualquier cambio importante en su familia que pueda afectar la salud de su hijo. Algunos de estos cambios incluyen problemas matrimoniales, divorcio, pérdida del empleo o la enfermedad de otro miembro de la familia.

Nos reservamos el derecho de rechazar la atención a cualquier paciente. El personal de Kids Care Pediatrics está capacitado para tratar a todos los padres y pacientes con respeto. A su vez, solicitamos lo mismo de usted y su hijo. No se tolerarán comportamientos como lenguaje abusivo y/o vulgar, patadas, escupidas o mordidas. La ropa con palabras, términos o imágenes que puedan ser ofensivas es inaceptable y se le pedirá que la deje o no vuelva a usar dicha ropa en nuestras instalaciones. El cumplimiento de su hijo es importante. En caso de que uno de nuestro personal se sienta en peligro por el comportamiento de un paciente o de sus padres, el plan de tratamiento no continuará. **Vacunas y calendarios alternativos** Promovemos y seguimos las pautas de vacunación de los CDC y la AAP. ***No utilizamos esquemas de vacunas alternativos.***

EQUIPO

Nuestro horario de atención es **sólo con cita previa** . Le pedimos que acuda a todas las citas programadas o que nos avise con 24 horas de antelación para que podamos darle a otro niño la oportunidad de ser atendido. Se le dará un aviso de 48 horas de la cita de su hijo. Si falta a una cita, se puede aplicar un cargo de \$10.00 si no se avisa con 24 horas de antelación. Si llega **10 minutos** o más tarde, es posible que no podamos atenderlo para cumplir con el horario con otros pacientes; por lo tanto, le pedimos al personal que verifique con nosotros si llega tarde para asegurarse de que aún pueda ser atendido o si necesitará reprogramar su cita. Nuestros proveedores hacen todo lo posible para mantener la oficina funcionando a tiempo. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que se retrasen en sus horarios, especialmente durante el invierno, cuando hay muchos niños que necesitan citas. En caso de una emergencia, haremos todo lo posible para comunicarnos con usted para reprogramar la cita de su hijo a un horario conveniente para usted. Agradecemos su paciencia y comprensión en estos momentos. Llame a nuestra oficina para citas por enfermedad el mismo día y una de nuestras enfermeras de clasificación telefónica le devolverá la llamada para programar una cita o darle consejos sobre cómo tratar a su hijo en caso de que no necesite una cita. Después de nuestro horario comercial habitual, incluidos días festivos y fines de semana, las enfermeras de Wakame brindan asesoramiento telefónico a nuestros pacientes.

NOMBRAMIENTOS DE HERMANOS

Apreciamos la oportunidad de servir a todos sus hijos. Sin embargo, es importante que todo paciente que necesite asesoramiento o atención médica tenga una cita programada. La solicitud de una cita adicional para un paciente debe programarse antes de su interacción con una enfermera o un médico.

FORMULARIOS Y RECARGAS DE MEDICAMENTOS

Cualquier formulario de escuela, guardería o medicamentos que desee completar debe enviarse por fax a

919-938-3795 o enviado por correo electrónico a info@kids-care-pediatrics.com. Por favor complete su parte del formulario. Requerimos 48 horas para procesar este tipo de trámites. Si su hijo necesita un resurtido de un medicamento que no sea una sustancia controlada, llame a su farmacia y pídale que nos envíen una solicitud de resurtido. Cualquier receta de sustancias controladas se puede solicitar en línea en info@kids-care-pediatrics.com. Le pedimos que nos dé 48 horas para procesar estas solicitudes.

He leído y entiendo estos términos y los acepto.

Firma_____ Nombre/Relación del Paciente_____ Fecha_____

PEDIATRÍA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

NOMBRE DEL PACIENTE _____

ÚLTIMO PRIMERO MEDIO
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código
Postal _____

Fecha de nacimiento _____ Género (circule) Masculino Femenino

Etnicidad:

(marque uno) indio americano/Nativo de Alaska asiático Negro/Afroamericano
 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco Se niega a responder **Etnicidad:**
(marque uno) Hispano o latino No hispano ni latino Se niega a responder

preferido: _____ **Correo electrónico** _____

Padre o Tutor Legal _____ Relación _____

INFORMACIÓN DE PADRES

De la madre: _____

Fecha de nacimiento _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Teléfono particular _____ Teléfono alternativo _____

Célula de trabajo

de conducir # _____ Lugar de empleo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código
Postal _____

Nombre completo **del padre** _____

Fecha de nacimiento _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Teléfono particular _____ Teléfono alternativo _____

Célula de trabajo

de conducir # _____ Lugar de empleo _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (aparte de los padres)

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Teléfono de casa _____ Número(s) de teléfono _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código
Postal _____

A TODOS LOS PADRES DE RECIÉN NACIDO: Sólo tienes 30 días para agregar a tu recién nacido, ¡¡no esperes su número de seguro social para contactar a tu compañía de seguros!!

Por favor traiga su tarjeta de seguro a cada visita. Los copagos y deducibles se deben pagar en cada visita.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

PRIMARIO

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de la compañía de seguros _____ No. de póliza _____

No. de grupo _____ Por favor presente tarjeta de seguro

Trocare/Humana Patrocinador SSN _____ Champa Paciente SSN _____

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Con mi firma a continuación, autorizo a Kids Care Pediatrics a divulgar la información médica de mi hijo para que el consultorio pueda solicitar el pago de terceros por dicho tratamiento y llevar a cabo las operaciones de atención médica del consultorio. También autorizo a Kids Care Pediatrics a divulgar la información médica de mi hijo a aseguradoras y proveedores fuera del consultorio cuando sea necesario para que estos proveedores puedan tratar a mi hijo, solicitar el pago por ese tratamiento y para el propósito de sus operaciones de atención médica. También autorizo a Kids Care Pediatrics a divulgar la información médica de mi hijo en el contestador automático o correo de voz de mi casa. _ _____ (INICIALES) Entiendo que soy responsable de todos los cargos, independientemente de la cobertura del seguro, para esta fecha de servicio, así como todos los cargos futuros. Fechas de servicio no cubiertas por el seguro. Le ayudaremos a recibir el reembolso tanto como sea posible, pero usted es responsable de su factura. Aceptamos MasterCard, Visa y American Express para su comodidad. Habrá una tarifa de servicio de \$25.00 por cualquier cheque devuelto y solo aceptaremos efectivo en visitas posteriores.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR FECHA

Personas Autorizadas a Solicitar Tratamiento Médico para su Hijo

De acuerdo con las reglas de privacidad establecidas por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) del gobierno federal, Kids Care Pediatría puede divulgar la información de salud protegida de su hijo solo dentro de pautas específicas. El permiso para la evaluación y el tratamiento se otorga ya sea que el niño sea presentado por uno de los padres, otro miembro de la familia, un tercero no relacionado o sin compañía. Indique a continuación los nombres y la relación con su hijo de las personas a quienes Kids Care

Los pediatras pueden discutir la información médica de su hijo. Si alguien que no sea el padre/tutor/representante de las personas enumeradas a continuación trae al niño para recibir cuidado, HIPAA, por ley, nos permite asumir que esta persona está autorizada a recibir información de salud sobre su hijo y solo divulgaremos la información mínima. Cantidad de información necesaria para permitir que esa persona cuide adecuadamente al niño y transmita la información a los padres.

_____ Relación _____

_____ Relación _____

_____ Relación _____

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Acepto ser responsable de todos los cargos incurridos en relación con la atención médica brindada a mi hijo.

Fecha de firma _____

Nombre en letra de imprenta _____

Relación con el niño _____

**SOLICITUD DE EXPEDIENTES MÉDICOS
PEDIATRÍA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS**

101 Kellie Drive Smithfield, Carolina del Norte
27577

Teléfono 919-938-3749 Fax 919-938-3795
info@kids-care-pediatrics.com

Liberar desde: Liberar a:

Teléfono _____ Fax _____ Teléfono _____ Fax _____

Paciente Fecha de nacimiento Número de teléfono

DIRECCIÓN _____

Propósito de la divulgación:

_____ Transferencia a otro proveedor _____ Solicitud de médico/personal
_____ Solicitud del paciente/padre _____ Mudanza/ dirección: _____
Otro _____

Envíe el registro de vacunación por fax al 919-938-3795 lo antes posible. Por favor envíe por correo/divulgue los registros médicos para el tratamiento de la persona mencionada anteriormente.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y RELACIÓN CON EL PACIENTE FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

_____ Copia de registros médicos completos desde la fecha _____ hasta la fecha _____
_____ Copia de los últimos 2 años, incluido el último examen físico

MI FIRMA ARRIBA INDICA QUE ENTIENDO QUÉ INFORMACIÓN SERÁ DIVULGADA Y LA NECESIDAD DE LA INFORMACIÓN. ENTIENDO ADEMÁS LA INFORMACIÓN QUE SE ESTÁ PUBLICADO PUEDE INCLUIR INFORMACIÓN SOBRE EL ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL, SIDA/VIH, ETS O tuberculosis. ADEMÁS, LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL EN MIS EXPEDIENTES ESTÁ PROTEGIDO BAJO REGULACIONES FEDERALES Y NO PUEDE SER LIBERADO SIN MI CONSENTIMIENTO POR ESCRITO A MENOS QUE SE DISPONGA LO CONTRARIO EN EL CÓDIGO 42 DE REGULACIONES FEDERALES
PARTE 2. ESTE CONSENTIMIENTO EXPIRARÁ _____ (FECHA O CONDICIÓN ESPECÍFICA) NO MÁS DE 365 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE FIRMA. ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO, VERBAL O POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO PERO QUE SEGUIRÁ VÁLIDO EN LA MEDIDA EN QUE LA LIBERACIÓN BASADA EN ESTE CONSENTIMIENTO YA HA OCURRIDO. LA INFORMACIÓN CONTENIDA

AQUÍ ESTÁ INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O DE OTRA MANERA ES PRIVILEGIADA Y ESTÁ DESTINADA

SOLO PARA USO DEL INDIVIDUO O EMPRESA INDICADAS. SI EL LECTOR DE ESTE MENSAJE NO ES EL DESTINATARIO DESTINADO NI EL EMPLEADO O AGENTE RESPONSABLE DE ENTREGARLO AL DESTINATARIO DESTINADO POR EL PRESENTE SE LE NOTIFICA QUE CUALQUIER DIFUSIÓN, DISTRIBUCIÓN O COPIA DE ESTA COMUNICACIÓN ESTÁ ESTRICTAMENTE PROHIBIDA. SI HA RECIBIDO ESTA COMUNICACIÓN POR ERROR, POR FAVOR AVISARNOS INMEDIATAMENTE AL **919-938-3749**. SÓLO PARA USO DE LA OFICINA: FECHA DE ENVÍO POR CORREO/FAX _____

Inicial _____

Consentimiento para el uso y divulgación de información médica para el tratamiento, pago de operaciones de atención médica.

Entiendo que, como parte de mi atención médica, Kids Care Pediatrics genera y mantiene registros médicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para atención o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- **Una base para planificar mi atención y tratamiento.**
- **Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi atención.**
- **Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura.**
- **Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados realmente se proporcionaron**
- **Y una herramienta para operaciones sanitarias rutinarias, como evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales sanitarios.**

Se me ha proporcionado un *Aviso de prácticas de información* que proporciona una descripción completa de los usos y divulgaciones de la información. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la práctica se reserva el derecho de cambiar sus avisos y prácticas y se me informará de cualquier cambio en mi próxima visita. Entiendo que tengo derecho a oponerme al uso de mi información médica para fines de directorio. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información médica para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y que la práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la Clínica ya haya tomado medidas basándose en el mismo.

Solicito las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud.

El nombre del niño

Firma del paciente, padre o Representante

fecha legal

Relación con el paciente

CUIDADO INFANTIL PEDIATRÍA Título Fecha

PEDIATRÍA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS
101 Kellie Drive
Smithfield, Carolina del Norte 27577
POLÍTICA DE VACUNAS

En Kids Care Pediatrics nos dedicamos a brindar la mejor atención posible a nuestros pacientes. Creemos que para hacer esto de manera efectiva debemos establecer una asociación basada en la confianza mutua con los padres o tutores de nuestros pacientes para que juntos podamos lograr este objetivo. Recientemente, ha habido una tendencia al miedo injustificado a los efectos secundarios de las vacunas por parte de padres bien intencionados. Creemos que las vacunas son una de las intervenciones de salud más importantes que un padre puede realizar en nombre de sus hijos y queremos que todos nuestros pacientes se beneficien de esta moderna herramienta que salva vidas. Si bien reconocemos y respetamos el papel de los padres como quienes toman las decisiones finales para la atención médica de sus hijos, creemos firmemente que estamos obligados a brindar la mejor y más segura atención médica posible para nuestros pacientes y nuestra comunidad. Nos sentimos incómodos profesionalmente cuidando a niños que no recibirán un conjunto mínimo de vacunas. Estas enfermedades prevenibles pueden causar, y de hecho causan, enfermedades graves, daño cerebral y la muerte. Aunque apoyamos firmemente todas las vacunas recomendadas, hay cuatro series que debemos insistir en que nuestros pacientes reciban de manera oportuna para seguir siendo pacientes en nuestra práctica.

Carolina del Norte requiere: difteria, tétanos y tos ferina acelular (DTaP); Influenza Hemophilus tipo B (Hib); Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR); Vacuna Antineumocócica Conjugada (Preñar); VPI; varicela; Meningococ (Meningitis); Hepatitis B y Tdap. Si bien creemos que las vacunas son muy seguras y claramente más seguras que no vacunarse, reconocemos que existen riesgos asociados con todas las intervenciones y terapias.

Esperamos que se tome el tiempo de leer artículos de calidad y sitios de Internet sobre los beneficios de las vacunas. El mejor sitio de Internet para educación sobre vacunas se puede encontrar en www.vaccine.chop.edu, alojado en uno de los mejores hospitales infantiles del país, el Children's Hospital of Philadelphia. El gobierno federal también mantiene un sitio informativo en el sitio web de los CDC: www.cdc.gov/vaccines, el sitio de Carolina del Norte es Immunizenc.gov.

Esperamos que revise la información precisa sobre las vacunas aquí, así como en sitios de Internet respetados, y considere permitir que su(s) hijo(s) reciba(n) esta importante protección. Estas y todas las demás vacunas infantiles están disponibles a través de nuestra oficina. Como práctica grupal, creemos que debemos implementar una política consistente con respecto al rechazo de las vacunas por parte de los padres. El rechazo de estas vacunas indica una diferencia significativa en la filosofía de la atención y sería mejor que terminemos nuestra relación médico-paciente. Esperamos que ningún paciente sea dado de alta de nuestra práctica debido al rechazo de la vacuna.

Si no puede llegar a la mitad del camino y obtener al menos la serie de vacunas requerida, con gran reticencia le enviaremos una carta dando de alta a su(s) hijo(s) de nuestro cuidado. Si su hijo requiere atención médica dentro de los siguientes 30 días, le brindaremos esa atención. Después de ese plazo termina nuestra obligación. Cuando haya elegido otro pediatra, enviaremos sus registros médicos a este nuevo proveedor.

Algunos de nosotros tenemos edad suficiente para haber ejercido la pediatría sin Hib, Prevnar y el nuevo DTaP. En aquellos días, muchas de nuestras revistas estaban llenas de artículos que describían qué antibióticos funcionan mejor para la meningitis y si podíamos o no usar esteroides para preservar la audición en los pacientes que sobrevivieron. Nos volvimos buenos en el manejo de pacientes con meningitis aguda, así como de las complicaciones que siguieron a la meningitis: convulsiones y derivaciones del LCR. Estos artículos y pacientes son bastante raros ahora porque la meningitis es rara. ¡No queremos volver a practicar pediatría así!

Desafortunadamente, parece haber una frecuencia cada vez mayor de padres que rechazan todas las vacunas a nivel nacional. Esto coloca a los niños en riesgos innecesarios y potencialmente graves, y nos sentimos obligados a hacer todo lo posible para reducir la cantidad de niños innecesariamente expuestos. Es a este grupo al que se dirige esta carta. Esperamos que la mayoría de las familias con temores infundados sobre las vacunas reconsideren y obtengan para sus hijos todas las vacunas recomendadas. Si no es así, y no está dispuesto a recibir al menos las vacunas mínimas que requerimos para seguir siendo paciente con nosotros, le pedimos que busque otro consultorio médico para atender a sus hijos. Si desea quedarse con nosotros, programe una visita la próxima semana para comenzar la serie de vacunación.

Fecha del padre/tutor

