



# Suburban Pediatrics

## Hoja de Información Familiar

Una forma podría servir para la familia entera con tal que la persona responsable sea la misma para cada niño.

La fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombres de los niños:

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_ # Teléfono Casa: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/ Alterne: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # SS: \_\_\_\_\_  
 Dirección (sí es diferente): \_\_\_\_\_ Ciudad/ Estado/ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 # Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ # Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre/ Alterne: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # SS: \_\_\_\_\_  
 Dirección (sí es diferente): \_\_\_\_\_ Ciudad/ Estado/ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 # Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ # Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Si están divorciados o separados liste el padre de custodia o tutor legal: \_\_\_\_\_  
 ¿A quién podemos contactar en caso de emergencia? \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Hay alguien que ha sido ordenado por la corte que no debería tener contacto con su hijo(a)? Si es así por favor provéanos estos documentos legales.

Como padre, entiendo que debo dar permiso para que mi hijo(a) reciba tratamiento médico. Si es posible, iré con mi hijo(a) a todas las citas en "Suburban Pediatrics Clinic".

Si no puedo ir con mi hijo, estoy de acuerdo para que \_\_\_\_\_ y/o \_\_\_\_\_ le dé permiso para cualquier tratamiento. (Los ejemplos de personas a nombrar aquí pueden ser padrastro, abuelo, niñera, etcétera.)  
(Nombre y Relación) (Nombre y Relación)

Si mi niño(a) viene con alguien aparte de mí mismo o las personas mencionadas anteriormente, estoy de acuerdo en enviar con ellos una nota escrita, con mi firma, dando permiso para el tratamiento.

\*\* El niño(a) debe tener 18 años de edad para ser tratado sin la presencia de un padre o para recoger una receta médica. \*\*

Firma del Paciente	Fecha	Firma de Persona Responsable	Fecha	Iniciales
_____	_____	_____	_____	_____

También se requiere la firma en el otro lado



Carolinus Medical Center  
NorthEast

920 Church St., North - Concord, NC 28025

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Numero de cuenta: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO:** La persona quien aquí firma este documento da consentimiento para tratamiento ambulatorio y/o a la admisión al CMC-NorthEast y da su permiso para que el doctor encargado del cuidado del paciente administre tratamiento considerado necesario o recomendable en el diagnóstico y tratamiento de este paciente. Yo estoy consiente de que la practica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, y Yo, reconozco que ninguna garantía ha sido establecida para el resultado del tratamiento o exámenes que se realicen en este hospital. Yo entiendo que estudiantes y residentes en entrenamiento de varios programas en el campo de la salud podrían participar en mi cuidado y observar procedimientos especiales. Ningun individuo deberá ser sujeto a discriminación ni rechazado de beneficios ni de ningun otro servicio, programas o actividades en cualquier instalacion del Carolinus Medical Center-NorthEast en base a raza, color,religión, origen, sexo,edad incapacidad o fuente de pago.

**EMISIÓN DE INFORMACIÓN:** La persona quien aquí firma este documento autoriza al CMC- NorthEast para revelar toda o algunas partes del contenido de la historia clínica a cualquiera de las siguientes entidades: compañías de seguros, agencias del gobierno, a la compañía de trabajo del paciente o a cualquier agencia que este llevando a cabo una investigación concerniente a casos de compensación laboral, agencias reguladoras o acreditadas y cualquier agencia investigadora que conduzca investigación de la "Utilización del hospital" bajo un acuerdo con el supervisor laboral del paciente o cualquier otra fuente de pagos, y cualquier organización al cuidado de salud, proveedor de salud o agencia que necesite información medica para prestar continuidad en el cuidado del paciente. La entrega de los archivos médicos podría incluir información relacionada al tratamiento de condiciones siquiátricas y de abuso de drogas y alcohol, información relacionada al SIDA, o condiciones asociadas con el SIDA o al estado de VIH. El CMC- NorthEast hará todo el esfuerzo necesario para pre-certificar y/ o re-autorizar a un tercer partido encargado de pagar quien realiza los estudios de "Utilización" como un servicio mas para el paciente; sin embargo, CMC-NorthEast no acepta responsabilidad por la falta de pre-certificación y / o pre-autorización y no es responsable por el resultado del pago final o restricciones de tiempo. Además yo estoy de acuerdo en tener mi nombre, fecha de nacimiento y nombre de mi doctor colocado en la puerta de mi habitación y en los boletines de asignación de tareas en la unidad o departamento con el propósito de identificación. Yo también entiendo que yo puedo revocar esta autorización al proporcionar una nota por escrito a esta institución.

**INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON MEDICARE/ TRICARE, MEDICAID:** Yo certifico que la información que he dado en la aplicación para pago bajo los artículos V, XVII, y XIX de la Ley del Seguro Social esta completa y correcta. Yo autorizo a cualquier portador de información medica o de otra información acerca de mí, de revelar a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios cualquier información necesaria para esto o para cualquier reclamo de reembolso relacionado con Medicare o Medicaid. Yo entiendo que los servicios de salud pagados bajo Medicare, Medicaid o programas de maternidad o de salud infantil están sujetos al estudio por parte de la Organización Investigativa Profesional (Professional Review Organization). Yo autorizo al CMC- NorthEast y al Departamento de Servicios Sociales del condado al que corresponda (ejemplo: Cabarrus, Mecklenburg, Rowan, etc.) para comunicar información sobre mi persona en el caso de que Yo aplique para asistencia financiera incluyendo Medicaid. Esta información podría incluir lo siguiente: fecha de la aplicación, estado de la aplicación, la razón por la cual mi aplicación continua pendiente, cualquier verificación requerida para completar mi aplicación, la fecha y la razón si no es aprobada (si es necesario). Yo he recibido el documento titulado "Un mensaje importante de TRICARE" o "Medicare" en el momento de mi admisión. Mi firma solamente reconoce el recibimiento de este mensaje del CMC-NorthEast y no retira ninguno de mis derechos para solicitar una evaluación ni de recibir cargos legales por efectos de cualquier pago.

**ASIGNACION DE LA AGENCIA DE SEGUROS/ RESPONSABILIDAD DE BENEFICIOS:** Por medio de este documento Yo autorizo el pago directo a CMC-NorthEast y a todos los doctores involucrados en mi tratamiento o diagnosis en el CMC-NorthEast por parte del seguro medico grupal, el seguro medico principal, de hospitalización, quirúrgico, medico y cualquier otro seguro pagable a/ o en beneficio del aquí firmante en virtud de una hospitalización o servicios ambulatorios del paciente abajo escrito. Yo, incondicionalmente asigno cualquier beneficio del seguro a CMC-NorthEast y a todos los doctores involucrados en mi tratamiento y además los autorizo a ellos para aplicar por cualquier excedente de beneficios de mi seguro de salud o de cualquier otro pago recibido de cualquier fuente para el pago de las facturas por pagar del paciente abajo nombrado o del firmante o de cualquier persona financieramente responsable por el paciente o del fiador. Yo entiendo que soy financieramente responsable con el hospital y los doctores por los cobros que no sean cancelados por parte de mi seguro. Si una cuenta por pagar es enviada a una agencia de colección, Yo seré responsable por cualquier pago relacionado con asuntos legales, gastos y / o intereses asociados con colección de la deuda.

**DOCTORES Y PROVEEDORES DE SALUD QUE NO SON EMPLEADOS DIRECTOS:** Yo entiendo y reconozco que muchos doctores (y sus asistentes) que prestan su servicio en el CMC- NorthEast son contratistas independientes y no son empleados del CMC- NorthEast. Yo doy consentimiento a la atención medica por parte de este personal no empleado directamente por este hospital.

**CUENTAS POR LOS SERVICIOS MEDICOS:** Yo entiendo que yo recibiré una cuenta separada por todos los servicios realizados por todos estos doctores (y sus asistentes) hacia mí.

**PERTENENCIAS PERSONALES:** Yo, por medio de este documento libero al hospital de toda responsabilidad por la pérdida de objetos de valor, dinero, pertenencias personales y cualquier otra posesión las cuales no se encuentran en un deposito de seguridad del hospital.

Firma del paciente (o representante autorizado legalmente):	Fecha	Firma del Fiador (o persona responsable):	Fecha
Relación con el paciente:		Relación con el paciente:	
Testigo:	El paciente es menor de _____ años o esta inhabilitado para firmar debido a: _____		

**AUTORIZACIÓN TELEFÓNICA PARA EL TRATAMIENTO**

Nombre / Titulo o cargo de la persona quien hace la llamada telefónica:	Fecha	Persona a quien llamo:
	Hora	
	Relación con el paciente:	
Autorización concedida: Si _____ No _____	Notas:	

GEN0103 (Rev. 1/08)

**CONSENT FOR TREATMENT**

**Consents**