

AMBOY PEDIATRICS

Registración del **Paciente**

Nombre del **Paciente**: _____ Edad: _____ Sexo (M) ___ (F)___
Fecha de Nacimiento: _____ Numero De Seguro Social: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Nombre de la **Madre**: _____ email: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Numero De Seguro Social: _____
Teléfono Celular # _____ Otro#: _____ Correo Electronico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Nombre y Dirección del Trabajo de la **Madre**: _____
Titulo de Trabajo _____ Teléfono de Trabajo# _____

Nombre de la **Padre**: _____ Apellido de la **Padre**: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Numero De Seguro Social: _____
Teléfono Celular # _____ Otro#: _____ Correo Electronico: _____
Correo Electronico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Nombre y Dirección del Trabajo de la **Padre**: _____
Titulo de Trabajo _____ Teléfono de Trabajo# _____

Contacto de Emergencia _____ Relación _____
Dirección _____ Teléfono# _____

****Que Farmacia Utiliza? _____ Donde? _____****

INFORMACION DE REFERIMIENTO

Como se enteró de nosotros? _____ Doctor Anterior _____

INFORMACION DEL SEGURO

Seguro Primario: _____ Grupo # _____
ID# _____ Fecha del Comienzo del Seguro: _____

Está cubierto por Medicaid? Si No Medicaid # _____

Por favor muéstrela a la Secretario la tarjeta del Seguro corriente. Les pedimos a los pacientes que nos muestren el seguro para sacarle una fotocopia.

AUTORIZACION DE PAGO:

Yo _____ autorizo por medio al doctor _____
obtenga información de mi presente enfermedad. Autorizo al seguro para que le pague al doctor todos sus beneficios como resultado de sus servicios. Aunque estoy cubierto/a por mi seguro, se que todavía soy responsable por todos los cargos. Una copia de esta autorización es válida como original.

Firma _____ Fecha _____

AMBOY PEDIATRICS

285 McClellan Street, Perth Amboy, NJ 08861

**We are required BY LAW to ask you the following questions. Thank you.
*Estamos requeridos POR LEY hacerle las preguntas siguientes. Gracias.***

Date/Fecha: _____

Patient Name/Nombre del Paciente: _____

Patient Date of Birth/Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

What is this person's RACE? Please check one of the boxes below:

Cual es la RAZA de esta persona? Por favor marque una de las cajas abajo:

- White (*Blanco*)
- Black or African American (*Negro o Afro Americano*)
- Asian (*Asiatico*)
- Native Hawaiian or Pacific Islander (*Nativo de Hawaii o de otras Islas del Pacifico*)
- Native American (*Indio Americano*)
- Unknown (*No se sabe*)
- Other/Otro: _____
- I decline to answer/*Declino responder.*

What is this person's ETHNICITY? Please check one of the boxes below:

Cual es la ETNICIDAD de esta persona? Por favor marque una de las cajas abajo:

- Hispanic or Latino/ *Hispano o Latino*
- NOT Hispanic or Lation / *NO Hispano o Latino*
- Prefer NOT to say / *Prefiero NO decir*
- Unknown (*No se sabe*)
- Other/Otro: _____

AMBOY PEDIATRICS

285 McClellan Street, Perth Amboy, NJ 08861

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

Yo, _____, siendo el padre y / o tutor legal de
_____ (en adelante, mi hijo (a) por la presente autorizo a las siguientes
personas:

- 1.) _____
- 2.) _____
- 3.) _____
- 4.) _____
- 5.) _____

a buscar y obtener atención médica para mi hijo (a) en virtud de esta autorización.

Mi hijo tiene las siguientes alergias: _____

Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable por el costo de la atención médica

Proporcionada a mi hijo (a) en virtud de esta autorización.

Mi compañía de seguros de salud es _____
y mi número de póliza es _____.

Firma del padre (o tutor legal) _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Date _____

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

AMBOY PEDIATRICS

285 McClellan Street, Perth Amboy, NJ 08861

PHONE # 732-719-4333, FAX # 732-719-4332

NOMBRE DEL DOCTOR ANTERIOR o Hospital: _____

TELEFONO (Del Doctor Anterior o Hospital): _____

FAX (Del Doctor Anterior o Hospital): _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____

DIRECCION DEL PACIENTE: _____

TELEFONO DEL PACIENTE: _____

****FIRMA DEL PADRE****: _____

PLEASE SEND US FOR THE FOLLOWING DATES OF SERVICE: _____

(Por favor mandarnos para las próximas fechas)

_____ ALL VACCINE RECORDS (*VACUNAS*)

_____ ALL PROGRESS NOTES (*FISICOS*)

_____ ALL GROWTH CHARTS (*CRECIMIENTO*)

_____ ALL CONSULTANT NOTES (*CONSULTANTES*)

_____ ALL LAB RESULTS (*LABORATORIOS*)

OTHER:

_____ ALL RADIOLOGY RESULTS (*RADIOLOGIA*)

Comments (*Comentarios*):

*** Confidentiality Notice ***

The documentations accompanying this facsimile transmission contain confidential information belonging to the sender that is legally privileged. This information is intended only for the use of the individual or entity. Any other party is required to destroy the information after its stated need has been fulfilled, unless otherwise required by the state law. If you are not the intended recipient, you are hereby notified that disclosure, copying, distribution, or action taken in reliance on the contents of these documents is strictly prohibited. If you have received this facsimile in error, please notify the sender immediately to arrange for return of these documents.

AMBOY PEDIATRICS

AVISO DE PRIVACIDAD

Nombre Del Paciente: _____ Día: _____

Su Privacidad es Importante

Amboy Pediatrics entiende que su privacidad es importante. Usted ha recibido esta notificación, de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables y porque usted es un paciente actual o potencial. Este aviso le ayudará a entender qué tipo de disposición no pública podemos recopilar cómo la usamos y cómo protegemos su privacidad.

Amboy Pediatrics, Destacados de la Políza de Privacidad

- Recopilamos información personal no pública para procesar y administrar los negocios de nuestros pacientes.
- Tenemos pólizas y procedimientos para proteger la información personal no-pública acerca de nuestros pacientes o sus familias.
- No vendemos la información personal no-pública acerca de nuestros pacientes o sus familiares a terceros, es decir, las empresas o personas que no estén vinculadas, con nosotros.
- Nosotros no revelamos ninguna información personal no pública acerca de nuestros pacientes o sus familiares a cualquier persona, excepto si es permitido por la ley.
- Revelamos su información médica privada de forma rutinaria a las compañías de seguros, otros proveedores, y otros a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Para todos los otros propósitos, o bien obtener su autorización o eliminar toda la información que pudiera identificarlo como un individuo.
- Nuestra políza de privacidad se aplica tanto a los pacientes actuales y anteriores.

Preguntas y Respuestas

Que detalla la Póliza de Privacidad de Amboy Pediatrics.

¿Qué tipo de información no-pública personal recopila Amboy Pediatrics?

Empleados, representantes, agentes de Amboy Pediatrics y de terceros seleccionados pueden recopilar información personal no pública acerca de nuestros pacientes o sus familias, incluyendo:

- Información proporcionada a nosotros, como en la solicitud u otros formularios.
- Información sobre transacciones con afiliados, nuestros terceros o nosotros.

- Información de otros, tales como las agencias de información de crédito, los empleadores y las agencias federales estatales.

Los tipos de información personal no pública Amboy Pediatrics recoge varía en función de los productos o servicios prestados y pueden incluir, por ejemplo: saldos de cuentas, las primas de seguros, el estado civil y antecedentes de salud.

¿Qué hace Amboy Pediatrics para proteger la información personal no-pública?

Nosotros restringimos el acceso a la información personal no-pública a aquellos empleados, agentes, representantes o terceros que necesiten conocer la información para proporcionar productos y servicios a nuestros pacientes o sus familias.

Tenemos pólizas y procedimientos que le dan sentido a nuestros empleados y agentes y representante que actúe en nuestro nombre, en cuanto a la forma de proteger y utilizar su información.

Mantenemos medidas de seguridad física, electrónica y de procedimiento para proteger la información personal no-pública.

¿Con quién Amboy Pediatrics compartir información personal no pública, y por qué?

No compartimos la información personal no-pública sobre nuestros pacientes o sus familias con nadie, incluyendo otras compañías afiliadas o terceros, excepto si es permitido por la ley.

Podemos revelar, según lo permitido por la ley, todos los tipos o la información no pública personal que recopilamos cuando sea necesario, a las empresas afiliadas, agentes, empleados, representantes y terceros que comercializan nuestros productos y servicios y administran y las cuentas de los clientes de servicios en nuestro nombre.

Ejemplos de los tipos de empresas y personas a las que podemos divulgar información personal no pública incluyen abogados, fideicomisarios, administradores de terceros, agentes de seguros, compañías de seguros, organizaciones de apoyo de seguros, agencias de informes de crédito, registradas corredores / agentes, los auditores y los reguladores.

No compartimos información de salud personal identificable a menos que el cliente o la legislación aplicable autorizan un mayor intercambio.

¿Tiene Polízas de privacidad de Amboy Pediatrics que se aplican a sus agentes y representantes?

La póliza de Privacidad de Amboy Pediatrics se aplica, en la medida requerida por la ley, a sus agentes y representantes, cuando éstos actúen en nombre de Amboy Pediatrics.

Nota: Es posible que haya casos en los que estos mismos agentes y representantes no pueden estar actuando en nombre de Amboy Pediatrics en cuyo caso se pueden recopilar información personal no pública en su propio nombre de otro. En estos casos, Amboy Pediatrics Poliza de Privacidad PA no se aplicaría.

¿Cambiará la póliza de Amboy?

Amboy Pediatrics se reserva el derecho a modificar cualquiera de sus políticas de privacidad y los procedimientos relacionados en cualquier momento, de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables. Usted recibirá un aviso apropiado si cambia nuestra Política de privacidad.

Por la presente reconozco que he sido presentado con una copia de la notificación de Amboy Pediatrics de prácticas de privacidad.

X _____

Date: _____

Firma del padre (o tutor legal)

ESTE AVISO DE PRIVACIDAD SE PROPORCIONA PARA FINES INFORMATIVOS. USTED NO TIENE QUE LLAMAR O TOMAR CUALQUIER ACCIÓN EN RESPUESTA A ESTE AVISO. LE RECOMENDAMOS QUE LEA Y CONSERVE ESTE AVISO PARA SUS ARCHIVOS PERSONALES.