Decerina Uy MD, P.C.
649 Route 25A Suite 3 Rocky Point, New York 11778
Tel. No. (631) 509-0671 Fax No. (631) 509-0672

Record Release Authorization Form

Record release from:

_____
Doctor/Clinic/Hospital

Address:

_____
Street City Zip

Telephone No.: _____ Fax No.: _____

Patient Information:

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Address:

_____
Street City Zip

Home Phone: _____ Work Phone: _____

I hereby authorize and request that you release my child(ren)'s **last wellcare, most recent bloodwork and lead test results, immunization record and any consultation letters regarding a chronic health issue** that you have in your possession to:

Decerina Uy M.D., P.C.
649 Route 25A
Suite 3
Rocky Point, NY 11778

Signature of Guardian: _____ Date: _____

******* PLEASE DO NOT SEND THE ENTIRE CHART - THANK YOU *******

DECERINA UY PEDIATRICS - FORMULARIO REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN SOBRE NIÑOS / NIÑOS – Cualquier niño adicional se puede escribir en el reverso

Nombre del niño _____ DOB: _____ [ ] Masculino [ ] Hembra

Nombre del niño _____ DOB: _____ [ ] Masculino [ ] Hembra

Nombre del niño _____ DOB: _____ [ ] Masculino [ ] Hembra

Nombre del niño _____ DOB: _____ [ ] Masculino [ ] Hembra

PADRE / TUTOR LEGAL #1 – Vivir en el mismo hogar que el paciente(s) & Contacto principal

Nombre: _____ DOB: _____ Relación con el paciente _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Teléfono principal # _____ [ ] Cell [ ] Home [ ] Other _____

Teléfono alternativo # _____ [ ] Cell [ ] Home [ ] Other _____

Ocupación; _____ Empleador: _____

Correo electrónico: _____ [ ] Acepto recibir notificaciones por correo electrónico

PADRE / TUTOR LEGAL #2

Nombre: _____ DOB: _____ Relación con el paciente _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Teléfono principal # _____ [ ] Cell [ ] Home [ ] Other _____

Teléfono alternativo # _____ [ ] Cell [ ] Home [ ] Other _____

Ocupación; _____ Empleador: _____

Correo electrónico: _____ [ ] Acepto recibir notificaciones por correo electrónico

PADRE / TUTOR LEGAL (por favor marque uno) **Casados Viviendo Juntos Solteros Viudos Separados Divorciados**

Si está divorciado o separado, ¿quién es el padre con custodia?? _____

Si el tutor legal, ¿cuál es la relación con el paciente? (s)? _____

** **TENGA EN CUENTA: SE REQUERIRÁ DOCUMENTACIÓN LEGAL PARA CUALQUIER ACUERDO DE CUSTODIA** **

INFORMACIÓN DEL SEGURO – **Dirección de facturación & Parte responsable para problemas de facturación**

[ ] Padre #1 [ ] Padre #2

Nombre del plan: _____ ID# _____ Fecha de vigencia: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Farmacia primaria _____ Dirección _____ Teléfono _____

Farmacia Mail Away _____ Dirección _____ Teléfono _____

Decerina Uy Pediatrics presentará reclamos médicos a la compañía de seguros en función de la información que he proporcionado. Entiendo que soy responsable de actualizar el seguro cada vez que se prestan servicios. **Si esta información del seguro no es correcta, entiendo que seré responsable de cualquier cargo denegado.** Entiendo que Decerina Uy Pediatrics tiene políticas de privacidad y políticas de oficina vigentes y me han ofrecido copias.

Firma del padre/tutor _____ Relación:_____ Fecha:_____

HIPAA DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN y AUTORIZACIÓN PARA ACOMPAÑAR AL MENOR

Recién nacido hasta los 17 años

****** Los pacientes mayores de 18 años deben completar su propio formulario HIPAA individual ******

No se puede proporcionar atención médica o vacunas a un menor que no esté acompañado por un padre o tut legal a menos que se otorgue permiso a otro adulto específico (18 años de edad o más). Enumere a los miembros de la familia u otras personas que pueden acompañar a su hijo para que podamos analizar la condición médica general de su hijo y discutir los diagnósticos, el tratamiento, las inquietudes de atención médica y el pago.

Tenga en cuenta que cualquier información de salud personal relacionada con el menor pertinente a la visita puede ser divulgada.

Yo (Nosotros) por la presente autorizo:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación _____

acompañar a mi/nuestro hijo a la oficina de Decernia Uy M.D. PC en mi ausencia. Yo (Nosotros) autorizar a Decerina Uy M.D. y su personal a brindar servicios médicos a mi hijo.

CONTACTO DE EMERGENCIA (Solo en el caso de que no se pueda contactar al padre/tutor en caso de una emergenc grave)

Nombre: _____ Teléfono: _____Relación _____

Padre/Tutor/Firma:_____ Relación:_____ Fecha:_____

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS y CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A MENORES

Autorizo a Decerina Uy MD PC FAAP y su personal a tratar a mi hijo. Siendo el padre / tutor legal de los menores anteriores, doy mi consentimiento para que se realicen dichos procedimientos, ya sea que esté presente o no, y esta, mi firma a continuación, será plena y suficiente autoridad.

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para los procedimientos de diagnóstico, tratamientos médicos e inmunizaciones que el personal profesional de Decerina Uy Pediatría. Reconozco que he leído este formulario de consentimiento y entiendo su contenido.

Además, autorizo la divulgación de la información médica necesaria para completar los formularios del seguro. Autorizo (pago realizado directamente a Decerina Uy MD por todos los beneficios médicos o quirúrgicos que de otro modo se me pagarían según los términos de mi seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los copagos y cualquier cargo no pagado por mi seguro. La fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago.

Padre/Tutor/Firma:_____ Relación:_____ Fecha:_____

Decerina Uy, M.D., FAAP
Pediatrics and Adolescents

CUESTIONARIO DE HISTORIA INICIAL

Nombre del paciente: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Hembra Fecha de nacimiento: ____/____/____

Formulario completado por: _____ Relación: _____ Fecha: _____

Información familiar *Marque todo lo que corresponda.*

¿Son la madre y el padre: ☐ casados ☐ separados/divorciados ☐ otros?
Si está separado / divorciado, ¿cuál es el estado de custodia del paciente?

_____

Si uno o ambos padres no viven en el hogar, ¿con qué frecuencia ve el niño a esos padres? _____

_____

¿Hay hermanos que viven fuera de casa? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, indique el nombre, la edad y el lugar donde vive:

_____

_____

Enumere todos los miembros de la familia que viven en el hogar del paciente.

Nombre	Relación	DOB	Problemas de salud

Antecedentes familiares *: Marque todas las que correspondan. Especifique el miembro de la familia/hogar afectado y *tenga en cuenta si es del lado materno o paterno. (M-Madre, F-Padre, S-Hermano, *GM-Abuela, *GF-Abuelo, *A-Tía, *U-Tio)*

☐ Problemas similares a los del paciente _____
☐ Defectos de nacimiento _____
☐ Alergias / Asma / Eccema _____
☐ Problemas de sordera / otorrinolaringología _____
☐ Problemas oculares _____
☐ Enfermedad mental / Retraso mental _____
☐ Problemas de aprendizaje / ADHD _____
☐ Abuso / Alcohol / Drogas / Fumar _____
☐ Cáncer _____
☐ Accidente cerebrovascular / Ataque cardíaco / Muerte súbita _____
☐ Hipertensión / Colesterol alto _____
☐ Problemas de tiroides / Diabetes / Obesidad _____
☐ Convulsiones / Migrañas _____
☐ Anemia / Trastornos hemorrágicos _____
☐ Estómago / gastrointestinal _____
☐ Enfermedades infecciosas (por ejemplo, TB) _____
☐ Otros: _____

Historial prenatal *Marque todo lo que corresponda.*

Complicaciones: ☐ Diabetes gestacional ☐ Preeclampsia ☐ Accidente ☐ Cirugía
Exposición a: ☐ Drogas / Medicamentos recetados ☐ Alcohol ☐ Tabaco ☐ Enfermedad / Infección

Historial de nacimiento *: Marque todo lo que corresponda.*

Fue trabajo de parto: ☐ Complicado ☐ Difícil ☐ Prolongado *Explicación*: _____
¿Nació el bebé en: ☐ Término ☐ Temprano ☐ Tarde El bebé nació por: ☐ Vaginal ☐ Cesárea ☐ Fórceps
Apgar:_____ Peso al nacer:_____ Peso de descarga: _____
Tipo de sangre de mamá: A / B / O / + / - Tipo de sangre del paciente: A / B / O / + / - Coombs: + / -

Historia postnatal: *marque todo lo que corresponda.*

Alimentación: ☐ Seno ☐ Fórmula *Tipo:* _____
Problemas: ☐ Aumento de peso lento ☐ Heces con sangre ☐ Ictericia ☐ Múltiples cambios de fórmula ☐ Diarrea / vómitos recurrentes
☐ Otro:_____

Historial médico anterior / Revisión de sistemas *Marque todo lo que corresponda.*

Alergias: ☐ Ninguna ☐ Medicamentos _____ ☐ ambiental _____ ☐ alimentarios _____

Inmunizaciones: ☐ Al día ☐ No disponible para revisión ☐ Reacciones adversas ☐ Rechazar las vacunas

Historial médico pasado / Revisión de sistemas (cont.) *Verifique / marque con un círculo todo lo que corresponda y explique.*

¿Su hijo tiene o alguna vez tuvo:

☐ ¿Un problema médico grave? _____

☐ ¿Ha sido hospitalizado o sometido a cirugía? _____

☐ ¿Ha sufrido una lesión grave o accidente? _____

☐ discapacidades? _____

☐ varicela (Fecha: _____) o cualquier otra enfermedad infecciosa? _____

☐ Problemas pulmonares: alergias, asma, bronquitis, infecciones respiratorias _____

☐ Problemas otorrinolaringológicos: infecciones de oído repetidas, tubos, dificultad para oír _____

☐ Problemas oculares: problemas con los ojos o la visión _____

☐ Problemas cardiovasculares: problemas cardíacos o soplo cardíaco _____

☐ Problemas hematológicos: anemia, problemas de sangrado o transfusión de sangre _____

☐ Problemas gastrointestinales: dolor abdominal, estreñimiento, vómitos recurrentes, diarrea, heces con sangre _____

☐ Problemas gastrointestinales: infecciones de vejiga o riñón, enuresis después de 5 años _____

☐ Problemas ginecológicos: _____ (si es mujer, inicio del ciclo menstrual: _____)

☐ Problemas neurológicos: conmociones cerebrales, convulsiones _____

☐ Problemas de la piel: acné, eczema, etc. _____

☐ Problemas endocrinológicos: diabetes, tiroides, etc. _____

☐ Otro: _____

Medicamentos actuales: ☐ Multivitamínicos ☐ Medicamentos recetados _____

Historia del desarrollo *Verifique todo lo que se aplica y explique.*

¿Le preocupa el ...

☐ ¿Desarrollo físico o sexual? _____

☐ ¿Desarrollo mental o emocional? _____

☐ ¿Desarrollo del comportamiento? (dormir / comer / ir al baño / social) _____

☐ ¿Desarrollo cognitivo o de aprendizaje? _____

¿Su hijo: ☐ está en la escuela ☐ educado en casa

Si su hijo está en la escuela:

¿Cómo es su comportamiento en la escuela? _____

¿Ha reprobado o repetido un grado en la escuela? _____

¿Cómo le va en las materias académicas? _____

¿Está en clases especiales o de recursos, o recibe tutoría? _____

Historia social *Revisa/Centra todo lo que aplica y explica.*

☐ Exposición al humo _____ ☐ Exposición a armas de fuego _____ ☐ Mascotas _____

☐ Violencia _____ ☐ Deportes _____ ☐ Exposición a los medios de comunicación (redes sociales, televisión, dispositivos portátiles/videojuegos, ordenadores) _____

Decerina Uy MD, P.C.
649 Route 25A Suite 3 Rocky Point, New York 11778
Tel. No. (631) 509-0671 Fax No. (631) 509-0672

Política de cancelación y no presentación

Decerina Uy Pediatrics entiende que hay momentos en los que debe faltar a una cita debido a una emergencia, una obligación imprevista para el trabajo o la familia o simplemente puede haber olvidado. Sin embargo, el resultado de una cita perdida afecta a otros niños dentro de nuestra práctica que también necesitan citas.

Solicitamos amablemente su ayuda para brindar la atención de la más alta calidad y la más eficiente posible para todos nuestros niños. Por lo tanto, notifique a nuestra oficina lo antes posible si no puede asistir a ninguna cita programada.

Tenga en cuenta que cualquier cita que se cancele o reprograme dentro de las 24 horas anteriores a la hora programada de la cita estará sujeta a una tarifa de $ 25.00 por niño. Esta tarifa no es facturable a su compañía de seguros y debe pagarse en su totalidad antes de programar más exámenes de rutina, citas de vacunación o la publicación de formularios de escuela / campamento.

Por favor, comprenda que para mantener la equidad dentro de nuestra población de pacientes, no se renunciará a esta tarifa .

Llame a nuestra oficina al 631-509-0671 para cancelar o reprogramar su cita.

Agradecemos enormemente su cooperación en este asunto. Gracias.

He leído la política anterior y entiendo que pagaré a Decerina Uy Pediatrics la suma de $ 25.00 por niño por cita perdida en caso de que no cancele o reprograme cualquier cita dentro de las 24 horas anteriores a la hora programada de mi cita.

Fichado: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del padre o representante legal: _____

_____

Nombre del paciente (s): _____

Decerina Uy MD, P.C.
649 Route 25A Suite 3 Rocky Point, New York 11778
Tel. No. (631) 509-0671 Fax No. (631) 509-0672

Aviso de no discriminación

Decerina Uy Pediatrics cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Decerina Uy Pediatrics no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Decerina Uy Pediatría:

Brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, tales como:
- Intérpretes calificados de lenguaje de señas a través de video

Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
- Intérpretes calificados por teléfono
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con los Servicios de interpretación de Cryacom - 1-844-203-2025.

Si cree que Decerina Uy Pediatrics no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en persona, por correo o fax con: Equipo de Cumplimiento en 649 Route 25A Suite 2 Rocky Point, NY 11778; Teléfono: 631-509-0671; Fax: 631-509-0672.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a -complaint / index.html o por correo, correo electrónico o teléfono a:
Operaciones centralizadas de gestión de casos
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Indenpendence Avenue, SW
Sala 509F, Edificio HHH
Washington, D.C.20201
PH: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Correo electrónico: OCRComplaint.gov

649 Route 25A Suite 3 Rocky Point, NY 11778
PH: 631-509-0671 Fax: 631-509-0672

Consentimiento informado para servicios de telemedicina

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Introducción:
La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas; tales conferencias telefónicas y de audio/video bidireccionales en vivo, para permitir que el proveedor de atención médica brinde servicios médicos cuando una persona se encuentra en un sitio diferente al del proveedor de atención médica.

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación e imágenes del paciente e incluirán medidas para salvaguardar la fecha para garantizar su integridad contra la corrupción intencional y no intencional.

Consentimiento del paciente para el uso de la telemedicina

1. Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo se utilizará la tecnología de telesalud/telemedicina para conectarme con un proveedor. Las citas de telesalud / telemedicina se pueden realizar por videoconferencia, imágenes de video, imágenes fijas (fotos de alta calidad) o por conferencia telefónica. Entiendo que esta cita no será lo mismo que la visita directa del paciente/proveedor de atención médica debido al hecho de que no estaré en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. Entiendo que el proveedor de atención médica puede usar dispositivos como estetoscopio, otoscopio u otros dispositivos periféricos para ayudar en el examen.

2. Entiendo que habrá riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos suspender la cita de telesalud si considera que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación. Entiendo que puedo suspender la cita de telesalud en cualquier momento.

3. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina (es decir. HIPAA).

4. Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas con fines de programación y facturación. Es posible que otras personas estén presentes durante la cita además de mi proveedor de atención médica para operar el equipo. Todas las personas mencionadas anteriormente mantendrán la confidencialidad de la información obtenida en todo momento y cumplirán con HIPAA. Además, entiendo que se me informará de su presencia durante la consulta y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historial médico/examen físico o el de mi hijo que sean personalmente sensibles para mí; (2) pedir al personal no médico que abandone la sala de examen de telesalud; y/o (3) cancelar la cita de telesalud en cualquier momento.

649 Route 25A Suite 3 Rocky Point, NY 11778
PH: 631-509-0671 Fax: 631-509-0672

Consentimiento informado para los servicios de telemedicina (continuación)

1. Me han explicado las alternativas a la cita de telesalud / telemedicina, y al elegir participar en una cita de telesalud / telemedicina, entiendo que algunas partes del examen que involucran pruebas físicas pueden ser realizadas por personas en mi ubicación bajo la dirección del proveedor de atención primaria.

2. Entiendo que seré responsable de los copagos, coseguros y deducibles aplicados por mi compañía de seguros para la visita de telemedicina/telemedicina. Entiendo que mi compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos o los de mi hijo para una revisión/auditoría de calidad.

3. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de telesalud/telemedicina en el curso de mi atención o la de mi hijo en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro. Puedo revocar mi consentimiento oralmente o por escrito en cualquier momento poniéndome en contacto con Decerina Uy Pediatrics. Mientras este consentimiento esté vigente (no haya sido revocado), la Dra. Decerina Uy puede brindarme servicios de atención médica a mí o a mi hijo a través de telemedicina sin necesidad de que firme otro formulario de consentimiento.

4. He leído este documento detenidamente y entiendo los riesgos y beneficios de la cita de telesalud/telemedicina y me han explicado mis preguntas sobre la visita y por la presente doy mi consentimiento para participar en una cita de telesalud/telemedicina bajo los términos descritos en este documento.

Por la presente autorizo a la Dra. Decerina Uy a utilizar la telesalud/telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

Firma del paciente/padre/tutor:_____ Fecha:_____

Relación con el paciente:_____

Decerina Uy MD, P.C.
649 Route 25A Suite 3 Rocky Point, New York 11778
Tel. No. (631) 509-0671 Fax No. (631) 509-0672

ACUERDO DE GARANTÍA

I. Responsabilidad del individuo por los servicios no cubiertos

En consideración de los servicios prestados se Decerina Uy MD, P.C. Al abajo firmante, la (s) promesa (s) abajo firmada (s) de pagar a Decerina Uy MD, P.C. Cualquier co-pago, coseguro u otros cargos a pagar por mi cobertura de seguro de salud. Además, prometo pagar por servicios que no están cubiertos por mi plan de seguro de salud, siempre que se me informe de ellos antes de la prestación de dichos servicios.

Entiendo que soy responsable de sus honorarios por los servicios. Entiendo que los términos de su factura se deben al recibo y que un cargo por servicio de $ 10.00 será agregado a mi cuenta por cualquier saldo vencido. Un cheque de cheques devuelto de $ 25.00 será agregado a mi cuenta para cualquier cheque devuelto. Un cargo de servicio de $ 25.00 será añadido a mi cuenta para cualquier cita perdida. Un cargo de servicio de $10.00 será agregado a mi cuenta si no pago mi copago en el momento del servicio

Estoy de acuerdo en reembolsar a Decerina Uy MD, P.C, los honorarios de cualquier agencia de cobranza, que se basa en un porcentaje máximo del 50% de la deuda, y todos los costos y gastos, incluyendo razonablemente honorarios de abogados, incurrimos en dicha recaudación Esfuerzos.

II. Asignación de Beneficios

Por la presente asigno a Decerina Uy MD, P.C. Todos los fondos y / o beneficios a los que tengo derecho de mi asegurador / HMO / terceros pagadores, agencias gubernamentales o aquellos que son financieramente responsables de mi atención médica.

III. Autorización para liberar registros

Por la presente autorizo a Decerina Uy MD, P.C. Para liberar a mi aseguradora / HMO / terceros pagadores, agencias gubernamentales, oa quien sea financieramente responsable de mi atención médica, toda la información necesaria para justificar el pago de dicha atención médica y, si es necesario, para fines de pre-certificación / aprobación previa.

Sin embargo, se entiende expresamente que no habrá ninguna obligación por parte del suscrito de pagar por los servicios que no sean Médicamente Necesarios o facturados indebidamente, distintos de los servicios cubiertos por el Párrafo I anterior.

_____ Fecha: _____

Firma del paciente o representante autorizado

Account # _____

Decerina Uy MD, P.C.
649 Route 25A Suite 3 Rocky Point, New York 11778
Tel. No. (631) 509-0671 Fax No. (631) 509-0672

Aviso de póliza de oficina: Responsabilidad del seguro

Información importante sobre el seguro secundario

Política de seguros de la Oficina

Nuestra práctica no acepta planes de seguro secundarios. Solo se facturará a su seguro principal por los servicios prestados en nuestra oficina.

Responsabilidad del paciente por la información del seguro

Es responsabilidad del paciente proporcionar información precisa y actualizada del seguro antes de recibir cualquier servicio. Si se proporcionan detalles del seguro incorrectos u obsoletos y, como resultado, se rechaza un reclamo, el paciente será financieramente responsable de todos los cargos incurridos.

- Nuestra oficina no facturará ningún seguro secundario.
- Los pacientes deben proporcionar la información correcta del seguro antes del tratamiento.
- Si se envía información incorrecta del seguro, el paciente asume toda la responsabilidad del pago de todos los saldos.

Le recomendamos que verifique los detalles de su seguro y notifique a nuestro personal de inmediato sobre cualquier cambio. Su cooperación nos ayuda a procesar sus reclamos de manera eficiente y evita problemas de facturación innecesarios.
Si tiene preguntas sobre esta póliza o su cobertura, comuníquese con nuestra oficina para obtener ayuda.

Gracias por su comprensión y atención a este importante asunto.

_____ _____

Firma Fecha

Decerina Uy MD, P.C.
649 Route 25A Suite 3 Rocky Point, New York 11778
Tel. No. (631) 509-0671 Fax No. (631) 509-0672

Políticas de oficina

TODOS LOS NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS DEBEN ESTAR ACOMPAÑADOS POR UN PADRE O TUTOR LEGAL PARA LOS EXÁMENES DE BIENESTAR.

TODAS LAS DEMÁS VISITAS REQUIEREN **UNA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO Y UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO** QUE EL NIÑO ENTREGARÁ PARA LA PERSONA QUE NO SEA EL PADRE O TUTOR LEGAL QUE ACOMPAÑARÁ AL NIÑO.

POR FAVOR, ENTIENDA QUE SI SU HIJO NO ESTÁ ADECUADAMENTE ATENDIDO, NO PODEMOS ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO Y LA VISITA DEBERÁ SER REPROGRAMADA.

Reabastecimiento de recetas: espere una semana para procesar su solicitud de reabastecimiento de recetas. Se considerarán excepciones solo para emergencias. **Llame a la oficina directamente, no aceptaremos las solicitudes enviadas por la farmacia.**

Remisiones: Su hijo primero deberá ser evaluado por la Dra. Decerina Uy para el problema en cuestión antes de que nuestra oficina emita una remisión. Tenga en cuenta que obtener una derivación es responsabilidad del paciente. Consulte con su compañía de seguros si necesita una remisión para ver a un especialista. Si es así, primero debe programar su cita con el especialista. Comuníquese con nuestra oficina con la siguiente información para que podamos procesar su solicitud:

Nombre del especialista / Dirección / Teléfono y número de fax
Número de proveedor de la compañía de seguros especializada
Código de diagnóstico (motivo de la visita)
Fecha / hora de la cita

*** Requerimos al menos una semana de notificación a nuestra oficina para poder procesar su solicitud de remisión. Tenga en cuenta que no podemos atender solicitudes que no se entreguen con anticipación a menos que se considere una emergencia.

Solicitudes de formulario:

Solicitudes de confirmación de dirección / IRS: Se requerirá una tarifa de servicio de $ 25.00 por adelantado para cualquier confirmación de dirección con fines impositivos / legales.

Formularios de campamento: Se requerirá una tarifa de servicio de $ 25.00 por adelantado para cualquier solicitud de formulario de campamento / guardería. Por favor espere 10 días hábiles de tiempo de preparación. ** Si desea que su formulario sea acelerado, espere 48 horas. Se espera que pague una tarifa de servicio adicional de $ 25.00 por adelantado para esta solicitud. Se le notificará por teléfono cuando su formulario esté listo para ser recogido. Si desea que se le envíen por correo los formularios de la escuela, por favor envíenos un sobre sellado con su dirección. Tenga en cuenta que no enviamos formularios por fax a Camps / Daycare.

Formularios de la escuela / guardería: Para completar cualquier formulario de la escuela, su hijo deberá tener un examen de visita de rutina durante el año escolar actual. Los formularios de la escuela se pueden traer en el momento del examen de bienestar de su hijo. Como tenemos personal limitado y no cobramos una tarifa por este servicio a menos que se realice una solicitud acelerada, espere 10 días

hábiles para el procesamiento. Se le notificará por teléfono cuando su formulario esté listo para ser recogido. Si desea que se le envíen por correo los formularios de la escuela, por favor envíenos un sobre sellado con su dirección. Tenga en cuenta que no enviamos formularios por fax a las escuelas.

** Si desea que su formulario sea acelerado, espere 48 horas. Se espera que pague una tarifa de servicio de $ 25.00 por adelantado para esta solicitud.

Registros médicos: si desea que se copien los registros médicos completos de su hijo, espere de 1 a 2 semanas para procesarlos. Una tarifa de procesamiento de $ 0.75 por página para cada gráfico solicitado se deberá abonar en el momento de su solicitud. Tenga en cuenta que no podremos comenzar a procesar su solicitud a menos que pague la tarifa en su totalidad. Solo se aceptará efectivo o tarjeta de crédito. Desafortunadamente, no aceptaremos cheques para este servicio. Le proporcionaremos a su nuevo médico la tabla de crecimiento y el registro de vacunación de su hijo sin cargo.

Políticas Financieras

Nos esforzamos por hacer que el aspecto de facturación de sus visitas sea lo menos problemático para usted. Agradecemos su cooperación cuando se trata de asuntos de seguros y le pedimos que utilice los siguientes consejos:

Primero, asegúrese de que nuestra práctica acepte su plan de seguro. Si tiene un plan HMO / Medicaid administrado, debe seleccionar a la Dra. Decerina Uy como el PCP (médico de atención primaria) de su hijo antes de que lo vean para su visita.

Por favor informe a nuestra recepcionista si ha tenido un cambio en su plan de seguro, monto de copago o cualquier otro cambio (como custodia, cambio de dirección, etc.)

Copagos: recuerde que sus copagos son una obligación contractual entre usted y su compañía de seguros y se requieren en el momento del servicio. Se aplicará una tarifa de servicio de $ 10.00 a su cuenta por cualquier copago que no se haya realizado al final del siguiente día hábil. Tenga en cuenta cualquier cambio relacionado con los requisitos de copago de su plan de seguro. Algunas compañías de seguros cobran un copago adicional por ciertos procedimientos en el consultorio, como pruebas de audición, pruebas de estreptococos, timpanogramas, análisis de orina, pruebas de la vista, etc.

Tarifas de formularios: los formularios para escuelas, guarderías y medicamentos son gratuitos para el tiempo de procesamiento estándar de 10 días hábiles. Los formularios del IRS y del campamento requieren que se pague una tarifa de $ 25.00 por formulario por adelantado para el tiempo de procesamiento estándar de 10 días. Solicitudes aceleradas: la tarifa de $ 25.00 por formulario se debe pagar por adelantado durante 48 horas de procesamiento. Este cargo es adicional a cualquier otro cargo por formulario estándar.

Cargos por pago atrasado: Los términos de nuestra factura se vencen al recibirla. Si no está de acuerdo con la declaración que ha recibido, comuníquese con nuestra oficina de inmediato para discutir el problema y evitar cargos por demora. Se aplicará un cargo por mora de $ 10.00 a su cuenta por cualquier monto adeudado.

Citas perdidas: Le pedimos amablemente que notifique a nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita. En caso de que nuestra oficina no reciba notificación, se le cobrará a su cuenta una tarifa de "Cita perdida" por la cantidad de $ 25.00 por niño por cita perdida.

Cheques devueltos: Se aplicará un cargo por servicio de $ 25.00 en su cuenta por cualquier cheque que se devuelva.

Decerina Uy MD, P.C.
649 Route 25A Suite 3 Rocky Point, New York 11778
Tel. No. (631) 509-0671 Fax No. (631) 509-0672

Reconocimiento de las políticas de la oficina

He leído y he recibido una copia de las Políticas de la Oficina de Pediatría Decerina Uy.

Fecha: _____

Nombre(s) del paciente(s): _____

Firma de los padres: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

En vigencia a partir del 1 de enero de 2016

Según lo requerido por las regulaciones de privacidad creadas como resultado del seguro de salud Ley de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED (O UN NIÑO MENOR BAJO SU CUIDADO), Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

A. NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud protegida, también conocida como su "PHI". Al realizar nuestro negocio, crearemos registros sobre usted y el tratamiento y los servicios que le brindamos. La ley nos exige mantener la confidencialidad de la información de salud que lo identifica. También estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica con respecto a su PHI. Por ley federal y estatal, debemos seguir los términos del aviso de prácticas de privacidad que tenemos en vigencia en ese momento.

Sabemos que estas leyes son complicadas, pero debemos proporcionarle la siguiente información importante:
Cómo podemos usar y divulgar su PHI
Sus derechos de privacidad con respecto a su PHI
Nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de su PHI

Los términos de este aviso se aplican a todos los registros que contienen su PHI que nuestra práctica crea o retiene. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar este Aviso de prácticas de privacidad. Cualquier revisión o modificación de este aviso será efectiva para todos sus registros que nuestra práctica ha creado o mantenido en el pasado, y para cualquiera de sus registros que podamos crear o mantener en el futuro. Nuestra práctica publicará una copia de nuestro Aviso actual en nuestra oficina en un lugar visible, y puede solicitar una copia de nuestro Aviso más reciente en cualquier momento.

B. PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU PHI DE LAS SIGUIENTES FORMAS:

1. Tratamiento significa las disposiciones, coordinación o administración de su atención médica, incluidas las consultas entre los proveedores de atención médica relacionadas con su atención y las derivaciones para la atención médica de un proveedor de atención médica a otro.
2. Pago significa las actividades que realizamos para obtener el reembolso de la atención médica que se le brinda, incluida la facturación, cobranzas, gestión de reclamos, determinaciones de elegibilidad y cobertura.

3. Operaciones de atención médica que nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para operar nuestro negocio. Como ejemplos de las formas en que podemos usar y divulgar su información para nuestras operaciones, nuestra práctica puede usar su PHI para evaluar la calidad de la atención que recibió de nosotros o para llevar a cabo actividades de gestión de costos y planificación comercial para nuestra práctica. También podemos divulgar su PHI para fines de revisión y aprendizaje.

C. OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Recordatorios de citas

Opciones de tratamiento. Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI para informarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento.

Divulgación de información a familiares / amigos. Nuestra práctica puede divulgar su PHI a un amigo o familiar que participe en su atención o que lo ayude a cuidarlo. Por ejemplo, un padre o tutor puede solicitar que una niñera lleve a su hijo a nuestra oficina para el tratamiento de un resfriado. En este ejemplo, la niñera puede tener acceso a la información médica de este niño en la medida necesaria.

Permitiremos que su familia y amigos actúen en su nombre para recoger recetas surtidas, suministros médicos y formas similares de PHI, cuando determinemos, a nuestro juicio profesional, que es de su interés hacer dicha divulgación.

Divulgaciones requeridas por la ley. Nuestra práctica utilizará y divulgará su PHI cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

D. USO Y DIVULGACIÓN DE SU PHI EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Las siguientes categorías describen escenarios especiales en los que podemos usar o divulgar su información de salud identificable:

1. Riesgos de salud pública Nuestra práctica puede divulgar su PHI a las autoridades de salud pública que están autorizadas por ley a recopilar información con el propósito de:

mantenimiento de registros vitales, como nacimientos y defunciones
denunciar abuso o negligencia infantil
Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
Notificar a una persona sobre la posible exposición a una enfermedad transmisible
notificar a una persona sobre un riesgo potencial de propagación o contraer una enfermedad o afección
informar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos
notificar a las personas si un producto o dispositivo que pueden estar usando ha sido retirado del mercado
notificar a la (s) agencia (s) y autoridad (es) gubernamental (es) apropiada (s) sobre posibles abusos o negligencia

2. Actividades de supervisión de la salud Podemos divulgar su PHI a agencias federales o estatales que supervisan nuestras actividades.

3. Demandas y disputas Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su PHI sujeto a ciertas limitaciones.

4. Cumplimiento de la ley Podemos divulgar su PHI si así lo solicita un oficial de cumplimiento de la ley.

5. Pacientes fallecidos Nuestra práctica puede liberar IIHI a un médico forense o forense para identificar a una persona fallecida o identificar la causa de la muerte. Si es necesario, también podemos divulgar información para que los directores de funerarias realicen su trabajo.

6. Donación de órganos y tejidos Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su PHI a organizaciones que manejan la obtención o el trasplante de órganos según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

7. Actividades de seguridad nacional e inteligencia Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia, otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley o a funcionarios federales autorizados.

8. Amenazas graves Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público. En estas circunstancias, solo haremos divulgaciones a una persona u organización capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

9. Investigación Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para fines de investigación en ciertas circunstancias limitadas.

10. Compensación del trabajador Podemos divulgar su PHI para programas que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

E. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

1. Tiene derecho a solicitar que reciba comunicaciones sobre su PHI de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en su hogar, en lugar de en el trabajo. Para solicitar un tipo de comunicación confidencial, debe realizar una solicitud por escrito

2. Tiene derecho a solicitar restricciones adicionales a la PHI que podemos usar para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También puede solicitar restricciones adicionales en su divulgación de PHI a ciertas personas involucradas en su atención que de otra manera están permitidas por la Regla de Privacidad. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos su solicitud, estamos obligados a cumplir con nuestro acuerdo, excepto en ciertos casos, incluso cuando la información es necesaria para tratarlo en caso de una emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

3. Tiene derecho a inspeccionar y copiar. Tiene derecho a solicitar la oportunidad de inspeccionar y recibir una copia de su PHI en ciertos registros que mantenemos. Esto incluye sus registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia o información recopilada o preparada para un procedimiento civil, penal o administrativo. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar PHI solo en circunstancias limitadas. Para inspeccionar y copiar la PHI, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad. Si solicita una copia de la PHI sobre usted, podemos cobrarle una tarifa razonable por la copia, el franqueo, la mano de obra y los suministros utilizados para satisfacer su solicitud.

4. Tiene derecho a solicitar que modifiquemos la PHI sobre usted siempre que dicha información sea guardada por o para nuestra oficina. Para realizar este tipo de solicitud, debe enviar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. También debe darnos una razón para su solicitud. Podemos denegar su solicitud en ciertos casos, incluso si no es por escrito o si no nos da una razón para la solicitud.

5. Tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de PHI realizadas por nosotros a personas o entidades distintas de usted durante los seis años anteriores a su solicitud. Un recuento de divulgaciones es una lista de ciertas divulgaciones no rutinarias que nuestra práctica ha realizado sobre su IIHI por razones distintas al tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No es necesario documentar el uso de su IIHI como parte de la atención de rutina del paciente en nuestra práctica. Para solicitar un informe de las divulgaciones de su PHI, debe enviar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. Su solicitud debe indicar un período de tiempo específico para la contabilidad. La primera contabilidad que solicite dentro de un período de doce meses será gratuita. Para cuentas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista.

6. Tiene derecho a recibir una notificación en caso de que se produzca una violación de su PHI no segura, lo que requiere una notificación conforme a la Regla de privacidad.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante nuestro consultorio, comuníquese con el Oficial de privacidad de Decerina Uy Pediatrics. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

CONTACTO

Puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad a la siguiente dirección y número de teléfono:

Oficial de privacidad
Keith Uy
Decerina Uy Pediatrics
649 Ruta 25A Suite 3
Rocky Point, NY 11778
(631) 509-0671

Decerina Uy MD, P.C.
649 Route 25A Suite 3 Rocky Point, New York 11778
Tel. No. (631) 509-0671 Fax No. (631) 509-0672

AVISO DE PRIVACIDAD

Yo, _____ reconocer que se me ha proporcionado una copia del aviso de privacidad de Decerina Uy Pediatrics, P.C..

FIRMA: _____

FECHA: _____, 20__

Decerina Uy MD, P.C.
649 Route 25A Suite 3 Rocky Point, New York 11778
Tel. No. (631) 509-0671 Fax No. (631) 509-0672

Política de vacunas para TODOS los pacientes

En Decerina Uy Pediatría, creemos firmemente en la eficacia de las vacunas para prevenir enfermedades graves y salvar vidas. Dado que el Dr. Uy es un médico único, la oficina se adhiere a un calendario de vacunas según lo dispuesto por la Academia Estadounidense de Pediatría. Debido a que estamos comprometidos a proteger la salud de sus hijos a través de las vacunas, **requerimos que todos nuestros pacientes estén vacunados**.

Si se niega rotundamente a vacunar a su hijo a pesar de todos nuestros esfuerzos, le pediremos que busque otro proveedor de atención médica que comparta sus puntos de vista.

Como profesionales médicos, creemos firmemente que vacunar a su hijo a tiempo con las vacunas disponibles actualmente es absolutamente lo correcto para proteger a todos los niños y adultos jóvenes. No dude en discutir cualquier pregunta o inquietud que pueda tener sobre las vacunas con cualquiera de nosotros.

Gracias por tomarse el tiempo de leer esta política.

Nombre del paciente	Firma de los padres	Fecha