



**Formulario de Paciente Nuevo**

**Favor de llenar todo el paquete de informacion. Todo sera confidencial, si tiene preguntas estamos aqui para servirle.**

Quien lo refirio a nosotros:

**Informacion de Paciente (Page 1 of 2)**

Elige uno: <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Tutor		Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	
Fecha de Nacimiento del Padre (mm/dd/yyyy):			Numero de Seguro Social:		
Elige uno: <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Tutor		Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	
Fecha de Nacimiento de la Madre (mm/dd/yyyy):			Numero de Seguro Social:		
Telefono de Casa:	Telefono de la Madre:	Telefono del Padre:	Correo Electronico:		
Direccion Postal:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
Direccion Fisica:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
Estado Civil (elige uno): <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado		Idioma que se habla en casa:	Grupo Etnico *(vea abajo)*: Padre:                      Madre:		
Lugar de trabajo del Padre:			Numero de telefono:		
Direccion:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
Lugar de trabajo de la Madre:			Numero de telefono:		
Direccion:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
Nombre de alguien que no viva con usted en caso de emergencia:					
Nombre:			Telefono:		
Nombre del Paciente:		Segundo Nombre:		Apellido:	
Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer		Dia de Nacimiento (mm/dd/yyyy):		Raza*:	Grupo Etnico**:

\*Raza: (A) Asiatico, (AI) Americano Indio, (AN) Alaska Nativo, (B) Negro/Afroamericano, (C) Blanco, (HW) Hawaiano/Isleño Pacifico o (O) otro;

\*\*Grupo Etnico: (HL) Hispano o Latino, o (N) No Hispano o Latino (Por favor escojer la raza y grupo etnico al que pertenezca.)

## Informacion de Seguro Medico (Page 2 of 2)

No tengo seguro medico

Primer Seguro:		<input type="checkbox"/> Copago no requerido	
Asegurado Titular:	Dia de Nacimiento (mm/dd/yyyy):	Seguro Social del Titular:	
Fecha de Expedicion:	ID de la Poliza:	Numero de Grupo:	
Direccion de Poliza de Seguro:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

Segundo Seguro:		<input type="checkbox"/> Copago no requerido	
Asegurado Titular:	Dia de Nacimiento (mm/dd/yyyy):	Seguro Social del Titular:	
Fecha de Expedicion:	ID de la Poliza:	Numero de Grupo:	
Direccion de Poliza de Seguro:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

Tercer Seguro:		<input type="checkbox"/> Copago no requerido	
Asegurado Titular:	Dia de Nacimiento (mm/dd/yyyy):	Seguro Social del Titular:	
Fecha de Expedicion:	ID de la Poliza:	Numero de Grupo:	
Direccion de Poliza de Seguro:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

Yo autorizo la asignacion de beneficios a Idaho Falls Pediatrics y autorizo a la misma clinica a seder informacion para obtener pagos.

Nombre de personas que quiera autorizar para traer a su hijo/hija a consulta o tratamiento. La persona autorizada tiene que ser mayor de 18 años. Si no hay nadie favor de marcar NADIE.

### Nombres

### Relacion con el Paciente

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Yo autorizo dar informacion a las siguientes personas:

Acepto que recivi una copia de la Politicia Financiera y de Privacidad. (ultimas dos paginas del paquete de informacion)

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Poner su nombre para firmar electronicamente.*

Testigo:

## Liberacion de Expedientes Medicos

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy):
----------------------	-----------------------------------

Autorizo a Idaho Falls Pediatrics a usar o divulgar informacion de salud Protegida (PHI) contenida en mis registros medicos de la siguiente manera:

### Enviar datos a I.F. Pediatrics a 3067 Eagle Drive, Ammon, ID 83406 o fax a: (208) 552-7521):

Nombre del Doctor:	Numero de Telefono:	
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

### From:

Persona/Institucion:	Numero de Telefono:	Numero de Fax:	
Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

Por favor mandar la siguiente informacion:

Todos los expedientes  Notas de Tabla  Rayos X  Laboratorios  Salud Mental Otros:

La liberacion de Informacion Protegida sera para el siguiente proposito:

(Enumere los propósitos específicos de la información de salud protegida se utilizará)

## Fecha de Vencimiento

**Esta autorizacion es valida hasta \_\_\_\_\_ a menos que sea revocada por los padres o tutores.**

- Entiendo que puedo revocar la autorizacion dando aviso por escrito a la direccion 2375 Coronado St. I.F. 83404
- Entiendo que si revoco la autorizacion la clinica no podra dar mi Informacion Protegida (PHI)
- Entiendo que no seran responsables del manejo que se le de a la informacion Medica una vez proporsinada a otro servicio de salud y tal vez no sera protegida por la ley Federal o Estatal.
- La clinica no basara mi tratamiento o pago en la autorizacion de dicha Informacion Protegida (PHI).
- Entiendo que tengo derecho a una copia de dicha informacion.
- Entiendo que tengo derecho a no firmar la autorizacion.
- Si tiene preguntas contractar a la Gerente de la clinica.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Poner su nombre para firmar electronicamente.*

Nombre de hijo(a): \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## Determinantes Sociales

En nuestro esfuerzo por mejorar su experiencia, nuestra práctica le agradecería que se tomara un momento para responder algunas preguntas. Esta información nos ayuda a tener un mejor enfoque en el paciente. Encierre en un círculo su respuesta para cada pregunta.

1. ¿Tiene transporte para llegar a sus citas médicas?
  - Sí
  - No
  
2. ¿Tiene un lugar de residencia permanente?
  - Sí
  - No
  
3. ¿Le preocupa que no tenga suficiente comida para su familia?
  - Sí
  - No
  
4. ¿Tiene dificultades para pagar por sus necesidades médicas lo cual incluye medicamentos recetados?
  - Sí
  - No
  
5. ¿Le gustaría que uno de los miembros de nuestro personal se comunicara con usted para darle más información sobre una de las preguntas en esta encuesta? Si es así, ¿cuál?

---

---

Otros hijos(as) adicionales:

---

---

---

---

---

---



**Idaho Falls Pediatrics**  
3067 Eagle Drive, Ammon, ID 83406  
1645 Pancheri Dr., Idaho Falls, ID 83402  
Ron Porter MD • Scott Smith DO • J. Ty Webb DO • Joseph Moore MD • Mitchael Steorts MD • Travis Christensen PA-C •  
Jackie Romrell FNP-C  
(208) 522-4600 • Fax: (208) 552-7521



Ron Porter MD • Scott Smith DO • J. Ty Webb DO • Joseph Moore MD • Mitchael Steorts MD • Travis Christensen PA-C •  
Jackie Romrell FNP-C  
(208) 522-4600 • Fax: (208) 552-7521

## Politica Financiera

Gracias por escoger a Idaho falls Pediatrics como su proveedor de atención médica. Estamos entregados a la salud y tratamiento de sus hijos. Lo siguiente es la declaración de nuestra Política financiera. Queremos que la lea y firme antes de cualquier tratamiento.

Toda Paciente necesita completar nuestra paquete de información y póliza de seguro antes de poder ser atendido. Si usted falla en proveer la información correcta en el tiempo adecuado, es posible que tenga que pagar por la reclamación de seguro.

Cualquier paciente que no a visitado nuestra clínica en los últimos tres a nos será considerado NUEVO PACIENTE.

## Pacientes Menores

**El tutor o adulto con permiso de los padres tiene que acompañar a cualquier niño menor de 18 años de edad.** Menores sin compañía se les será negado el tratamiento. El tutor o adulto acompañando al menor será responsable por el pago de los servicios.

## Cuentas por Cobrar

Si usted no paga su cuenta o se atrasa pagando. Su cuenta médica estaría en riesgo de ser enviada a la Agencia de Cobros MRS por el monto en su totalidad.

## Con Respecto a el Seguro

Como cortesía con usted, nosotras haremos lo posible por maximizar sus beneficios con su seguro médico. Es su responsabilidad comprender los beneficios de su seguro. (Que es lo que cubre y que es lo que no cubren). Todos los Co-pagos se requieren el día de servicio. Algunas pólizas de seguro tienen diferentes co-pagos o co-seguro cuando el paciente es atendido por un Ayudante de Médico. Cualquier saldo restante es su responsabilidad. Si usted tiene preguntas con respecto a su cobertura por favor llame a su seguro médico. Después de contactar a su seguro si usted tiene preguntas por favor llame a nuestra oficina de finanzas.

Nosotras tenemos contrato con la mayoría de compañías de seguros médicos y tomaremos sus asignaciones habituales, el saldo restante es su responsabilidad. Si no tenemos contrato con algún seguro, usted será responsable por el pago en su totalidad.

Es su responsabilidad actualizar datos de pólizas de seguro o cualquier cambio. Los datos necesarios son: Nombre de la compañía de seguro, número de teléfono, número de grupo y ID, nombre del asegurado titular, fecha de nacimiento y número de seguro social.

## Actualización de Datos

Es su responsabilidad actualizar datos como número de teléfono y dirección.

## Citas Perdidas

Si nuestra clínica es notificada con tiempo en caso de cancelar o cambiar una cita, usted no tendrá ningún cobro. Su primera cita perdida resultará en un aviso escrito. Su segunda cita perdida tendrá un cargo de \$15 dólares de restablecimiento antes de poder agendar otra cita. La tercera perdida de alguna cita tendrá un cargo de \$30 dólares de restablecimiento antes de poder agendar otra cita. Si ocurre una cuarta vez no podrá regresar a consulta con nuestra clínica.

Estas opciones financieras satisfacen la necesidad de la mayoría de nuestras familias en la clínica. Queremos ser flexibles en estos tiempos de cambio y haremos lo mejor que podamos para ayudarle a encontrar una solución a su situación financiera. Esperamos tomen en consideración las limitaciones cuando hacemos arreglos con sus pólizas. Valoramos sus necesidades y estamos aquí para servirle.

Gracias por tomar el tiempo de leer nuestra política financiera.

## Intercambio de datos de salud de Idaho

Idaho Falls Pediatrics ha elegido participar en el Idaho Health Data Exchange también conocido como IHDE. Si no desea que su hijo participe en IHDE y decide no compartir su información médica con otros proveedores médicos involucrados en su cuidado, puede optar por no participar en cualquier momento. Para poder optar por no participar, debe completar y firmar el IHDE. Formulario "Solicitud para Restringir la Divulgación de Información Médica" y envíelo por correo o fax a IHDE. Recibirá una carta de confirmación al completar el formulario. También deberá contactar directamente a cualquier institución con la que desee restringir la información de su hijo. El formulario IHDE también está disponible en nuestra recepción y en línea. Si no completa este formulario, podemos compartir la información de salud protegida de su hijo con otros proveedores de atención médica participantes que participan en su atención a través de la interfaz de IHDE. Este es un intercambio de información de salud basado en Internet, muy seguro a nivel estatal, con el objetivo de mejorar la calidad y la coordinación de la atención médica en el estado de Idaho.

---



## Idaho Falls Pediatrics

3067 Eagle Drive, Ammon, ID 83406  
1645 Pancheri Dr., Idaho Falls, ID 83402



Ron Porter MD • Scott Smith DO • J. Ty Webb DO • Joseph Moore MD • Mitchael Steorts MD • Travis Christensen PA-C •  
Jackie Romrell FNP-C  
(208) 522-4600 • Fax: (208) 552-7521

## HIPAA

### Aviso de Practicas de Privacidad

La practica de privacidad contiene una descripcion detallada de como nuestra clinica protege su informacion y derechos como paciente.

### Uso de Informacion de Salud

Usaremos su informacion medica para tratamiento de sus hijos o para asistir a otro medico en el tratamiento de sus hijos. Tambien usaremos dicha informacion en orden de conseguir pagos de seguro.

Finalmente podemos dar informacion limitada en caso de acreditacion y matricula de estudiantes.

### Uso Basado en Autorizacion

No daremos informacion medica sin su permiso par escrito con excepto coma dice con mas detalle en el aviso de privacidad.

### Casas que no Requieren su Autorizacion

En las siguientes circunstancias no es necesaria su autorizacion escrita:

- En caso de salud publica o seguridad
- A las agendas de gobierno para auditoria o investigacion.
- A las autoridades de gobierno para prevenir violencia domestica o abuso infantil.
- A la FDA para reportar incidentes o defectos
- A cuerpos policiales para proteccion publica o para asistir en detener a algun delincuente criminal.
- Cuando es requerido par alguna orden judicial, ordenes de cateo, citaciones, o cualquier cosa requerida par la ley.

### Derechos del Paciente

Como nuestro paciente usted tiene las siguientes derechos.

- A tener una copia y acceso a datos e informacion medica
- A tener una cuenta con su informacion medica.
- A solicitar restricciones en como se le da uso a su informacion.
- A solicitar que nos comuniquemos con usted en total confidencialidad.
- A solicitar que modifiquemos sus datos.
- A recibir copias de sus derechos de privacidad.