

Bienvenido a KidsFirst Pediatrics, Prof. LLP

Por favor, llene completamente

Utilizamos esta información para facturar a su seguro por la visita de su hijo/a a nuestra clínica. Las compañías de seguros tienen reglas estrictas con respecto a las pólizas de facturación y la rapidez con la que se debe enviar una factura después de una visita al consultorio. Si alguna parte de la información está incompleta o es inexacta, su reclamo puede ser negado por su compañía de seguro, lo que hace que se le facture la visita de hoy. Si tiene preguntas, solicite ayuda a nuestro personal de recepción o al personal del departamento de facturación. **PROPORCIONE UNA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PARA QUE PODAMOS INVITARLO A NUESTRO PORTAL DEL PACIENTE.**

Información para el paciente: (Esta sección se refiere a **SOLO PACIENTE**)

1° Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____

Idioma preferido: _____

2° Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____

Idioma preferido: _____

3° Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____

Idioma preferido: _____

4° Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____

Idioma preferido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono principal: _____ Correo electrónico: _____

Responsable: (Persona que debe recibir la factura y/o **tutor legal**).

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

de Seguro Social: _____ Relación con el Paciente: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Referido por: _____

Medios de contacto preferidos (marque uno): Teléfono principal Teléfono secundario Correo electrónico

Información del seguro: {Por favor, complete a fondo. Necesitaremos una copia de su tarjeta de seguro}. Si es el mismo que el responsable, por favor verifique aquí; De lo contrario, complete esta sección a continuación.

Seguro Primario: _____	Asegurado Primario: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono #: _____	Teléfono# _____
ID#/Póliza: _____	Seguro Social#: _____
Grupo#: _____	Asegurado Fecha de nacimiento: _____
Empleador: _____	Relación con el paciente: _____

Notificar en caso de emergencia (no vivir con usted)

Nombre: _____ Teléfono#: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Relación con el paciente: _____

Hasta donde yo se, la información anterior es completa y precisa. Al firmar este formulario, entiendo que doy toda la información necesaria para que KidFirst Pediatrics facture a mi compañía de seguros. Si la información es incorrecta o inexacta, seré responsable de mandar la facturar a mi propio seguro.

Firma: _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL NIÑO/A

Soy el padre/tutor de: _____ Fecha de nacimiento: _____

Soy el padre/tutor de: _____ Fecha de nacimiento: _____

Soy el padre/tutor de: _____ Fecha de nacimiento: _____

Soy el padre/tutor de: _____ Fecha de nacimiento: _____

Soy el padre/tutor de: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente, le doy a KidsFirst Pediatrics autorización específica para tratar a mi hijo/a, incluyendo la autorización para administrar vacunas.

Además, autorizo a la clínica a clasificar o discutir con los cuidadores designados que se enumeran a continuación, ya sea en persona o por teléfono. Los síntomas y/o la condición médica de mi hijo/a pueden ser divulgados para ayudar y asesorar al cuidador sobre las opciones de tratamiento inmediatas para mi hijo/a sintomático en función de la necesidad de saberlo.

Indique el nombre y la relación con el paciente al que está dando autorización.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Firma del padre/tutor

Fecha

Nombre del impresor: _____

KidsFirst Pediatrics, Prof. LLP

FORMA QUE PRUEBA QUE USTED RECIBIO Y
ENTIENDO LAS NOTAS DE LA INSTITUCION.

Yo, _____ , leí la copia de KidsFirst Pediatrics, Prof. LLP's
Imprenta nombre del padre

NOTA DE PREVACIDAD DE LA INSTITUCION.

Nombres de los niños:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Firma del Padre

Fecha



Nombre Padre/Madre: _____

Fecha: _____

Estimado Padre/Madre:

Esta nota es para explicar la política de facturación estándar que seguimos durante las visitas físicas. Después de su visita para una visita física, se le facturará a usted o a su compañía de seguros por este servicio específico utilizando un código de facturación de medicina preventiva. Si durante esta misma visita, el tiempo permite elaborar un problema específico más allá de la visita de cuidado de rutina, también se le facturará a usted o a su compañía de seguros por este servicio adicional con un código de facturación orientado al problema. Por lo tanto, una visita puede generar dos códigos de facturación preventivos y orientados a problemas.

KidsFirst también ofrece citas por teléfono que se facturan a usted o a su seguro.

Toda la facturación que hacemos sigue las pautas estándar profesionales de KidsFirst Pediatrics y estas reglas se acuerdan contractualmente con todas las compañías de seguros.

Sinceramente,

KidsFirst Pediatrics

He recibido y leído la información anterior:

Nombre impreso del Padre/Madre

Firma del Padre/Madre y fecha

Política Financiera De Padres/Tutores

Los médicos de KidsFirst Pediatrics aprecian los desafíos para comprender la cobertura de seguro. Nuestra oficina proporciona servicios médicos de buena fe con las excepciones de que se les pagará por esos servicios. Todos nuestros servicios se facturan bajo el nombre y número de identificación fiscal (TIN) de KidsFirst Pediatrics.

Su seguro médico:

Su póliza de seguro médico es un contrato entre usted y su empleador y / o usted y la compañía de seguros. Kid's First Pediatrics no es parte de ese contrato. Su cobertura, los requisitos para copagos, deducibles y coseguros están definidos en su póliza. Usted es responsable de leer, comprender y seguir los procedimientos descritos en el manual de su póliza de seguro. Estaremos encantados de ayudarle cuando y donde podamos con preguntas e inquietudes específicas. **Su plan de seguro o gobierno federal determina la gama de beneficios disponibles para usted.**

Quién es responsable:

Usted es responsable de todos los cargos, ya sea que se incurran en el hospital o en la oficina. Nos complace ayudarlo procesando todas las reclamaciones por nuestros servicios con su seguro primario, así como su seguro secundario si corresponde. Una vez que su seguro pague su parte, cualquier parte restante de la factura se transferirá a la responsabilidad del paciente. **Proporcionar información de seguro precisa y actualizada a KidsFirst Pediatrics es responsabilidad del paciente.** Esto debe incluir todas las pólizas de seguro por las que el paciente está cubierto actualmente, así como qué seguro se considera primario vs. secundario cuando corresponda. **La información inexacta resultará en la denegación de reclamos de seguros y dificultará o imposibilita el pago inmediato de los servicios que se le proporcionaron.**

Copagos, deducibles y coseguros:

Los contratos de Kid's First Pediatrics con planes de seguro y nuestras tarifas se basan en el plazo de nuestro acuerdo con estas entidades. El paciente a menudo tendrá la responsabilidad financiera de esa parte de estas tarifas.

Los copagos deben pagarse en el momento de la visita al consultorio, por cada niño visto.

No podemos renunciar a ningún copago, deducible o monto de coseguro definido como la responsabilidad del paciente bajo el término de nuestro contrato con su plan de seguro. De hecho, tal exención puede violar las leyes estatales y federales. Si no se puede pagar un copago en el momento de los servicios, se agregará un cargo de \$ 15.00 a la cuenta. Se realizará un cargo de \$ 25.00 por todos los cheques que devuelvan.

Uso de agencias de cobro:

El incumplimiento de un saldo de paciente o de un acuerdo de plan de pago pasados los 120 días puede hacer que su cuenta se entregue inmediatamente a la agencia de cobranza. Una vez que una cuenta de paciente ha sido entregada a una agencia de cobranzas, el paciente puede ser dado de alta de la práctica y no puede programar más citas con la práctica hasta que los pagos se hayan recibido en su totalidad. Cualquier familia que se declare en bancarrota contra KidsFirst Pediatrics será despedida de la práctica y tendrá que encontrar atención en otro centro. **Los pacientes son responsables de todos los honorarios legales asociados con las cobranzas.**

Si tiene alguna pregunta sobre su cuenta o saldo o le gustaría discutir un acuerdo de plan de pago, comuníquese con el representante de facturación de nuestro paciente al 303-239-8327, extensión #105.

Al firmar la póliza de la oficina, usted está aceptando y autorizando la divulgación de la información médica y / o financiera necesaria para determinar los reclamos y beneficios. Esta información se puede divulgar a los servicios y agentes de atención médica relacionados, incluidas las compañías de seguros.

Firma: _____ Fecha: _____

Política de la Oficina de Padres/Tutores

Cumplimiento de padres/tutores:

KidsFirst Pediatrics requiere que todos los formularios sean actualizados, por los padres / tutores, una vez al año para cumplir con las mejores prácticas. Esto garantiza que tengamos el seguro correcto y la información registrada para su hijo / hijos. Todos los formularios deben completarse en su totalidad.

Nuestra Práctica *no se involucrará* en ningún acuerdo legal entre padres divorciados o separados a menos que estemos legalmente obligados a hacerlo. El padre o tutor, que trae al niño / niños, será responsable de la cuenta y el costo asociado con la visita.

Citas:

Los pacientes son atendidos solo con cita previa. Sin embargo, trataremos de acomodar a los pacientes sin citas, pero podría haber un tiempo de espera más largo. Los pacientes que tienen citas tendrán prioridad sobre las franjas horarias. Por favor llame con anticipación para cualquier cita necesaria.

Un padre/tutor debe acompañar a cualquier niño a sus citas. Se requiere que un no sea / tutor esté presente para las visitas de rutina del físico, o se le puede pedir que re programe. Para visitas agudas, se debe proporcionar un permiso por escrito en nuestro formulario de consentimiento de cita de menores para permitir que los miembros de la familia traigan a su hijo para las citas programadas.

Como cortesía, KidsFirst Pediatrics envía numerosos recordatorios de citas, incluida una el día anterior a la cita programada de su hijo. En última instancia, es responsabilidad exclusiva del padre / tutor recordar todos los horarios de las citas.

Cada paciente tiene su propia cita. Si un hermano necesita atención médica, por favor avise a los miembros del personal de frente con anticipación. Cualquier hermano adicional puede resultar en tiempos de espera más largos.

A los pacientes que llegan 15 minutos o más tarde después de su cita programada se les puede pedir que reprogramen para una hora o día posterior.

No presentarse a su cita programada o no llamar con 24 horas de anticipación puede estar sujeto a un cargo. Su seguro no cubrirá este costo. Si faltan a varias citas dentro de un periodo de 12 meses como paciente individual o como familia, es posible que se le solicite transferir su cuidado medico a otro consultorio.

Recargas de medicamentos:

Las recargas de medicamentos pueden tardar hasta 48 horas en volver a llenarse y deben ser llamadas por el padre o tutor. Por favor, asegúrese de que está planeando en consecuencia. Si necesita una recarga de medicamentos y no ha sido visto como se solicitó, se puede administrar una recarga única, dependiendo de las circunstancias, y se requiere una cita en el momento de la recarga.

Liberación de formularios/registros médicos:

Espere hasta 2-7 días hábiles en todas las solicitudes de formularios y 30 días para los registros médicos. Se requiere un formulario de liberación que cumpla con HIPAA y debe completarse para que los registros se transfieran. El registro médico de un paciente se puede transferir de médico a médico sin costo alguno. Cualquier otra solicitud estará sujeta a una tarifa de transferencia de registros bajo el Estatuto de Colorado. La tarifa comienza en \$ 14.00 y puede aumentar de forma allí dependiendo del tamaño del registro y la información proporcionada. Hay un cargo de \$ 50.00 para todas las formas legales, incluidos los formularios FMLA.

Firma: _____ Fecha: _____