

**SOUTHEASTERN VIRGINIA HEALTH SYSTEM**  
**REGISTRACION PEDIATRICA**

**Información del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)  
Nombre Previo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**Información Demográfica:**

Raza: \_\_\_\_\_ Pertenencia étnica \_\_\_\_\_  
Idioma:  Inglés  Español  Francés  Vietnamita  Otro  
Veterano:  Si  No

**Información Telefónica – Por favor ayúdenos a contactarnos con usted en referencia a citas, medicamentos, y los resultados de exámenes al completar la siguiente información.**

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
No tengo teléfono pero pueden dejar mensaje en este número \_\_\_\_\_

**Persona Responsable** Paciente  Otra Persona  (Complete la siguiente información)

\_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)  
Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social de la persona responsable \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador \_\_\_\_\_  
Estado de Empleo: Tiempo Completo \_\_\_\_\_ Tiempo Parcial \_\_\_\_\_ Desempleado \_\_\_\_\_  
Independiente \_\_\_\_\_ Militar Activo \_\_\_\_\_ Retirado (A) \_\_\_\_\_

**Información del niño(a)**

Doctor Primario \_\_\_\_\_  
Doctor que lo ha referido \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
(Mes) (Día) (Año)  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Estado de Estudiante:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  
Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_  
(Nombre Completo) (Número de Teléfono)

**Información de Seguro**

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número del Suscriptor \_\_\_\_\_ fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Co-Pago \$ \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
Relación del paciente al asegurado(a): \_\_\_\_\_  
Número de Grupo \_\_\_\_\_ Número del empleador (a) grupo: \_\_\_\_\_  
Número de Medicaid: \_\_\_\_\_  
**Seguro Secundario** \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número del suscriptor \_\_\_\_\_ Co-pago: \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado (a): \_\_\_\_\_  
Relación del paciente al asegurado(a): \_\_\_\_\_  
Número de Grupo \_\_\_\_\_ Número del empleador (a) grupo: \_\_\_\_\_

**Farmacia de Preferencia**

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_  
Dirección de la Farmacia: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la Farmacia \_\_\_\_\_

**Preguntas de Estudio:**

¿Tiene usted o necesita asistencia con La Declaración de Voluntades Anticipadas? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se entero de nosotros? Amistades/Familia \_\_\_\_ Periodico \_\_\_\_ Radio \_\_\_\_ Televisión \_\_\_\_ Otro (sea específico) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Regulaciones del gobierno requieren que los Centros de Salud de la Comunidad hagan una encuesta de sus pacientes para obtener la siguiente información. Mientras no está requerido(a) a responder, su participación nos ayudara a seguir sirviendo esta área. Toda esta información es confidencial y no será compartida con otras entidades.

¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_  
¿Cuanto es el ingreso anual en su casa? \_\_\_\_\_

**SOUTHEASTERN VIRGINIA HEALTH SYSTEM**

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE SEGURO SOCIAL** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

**ESCRIBA SUS INICIALES AL LADO DE CADA SECCION**

\_\_\_\_\_ **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Autorizo a los empleados, los agentes, al personal del Southeastern Virginia Health System para realizar y doy consentimiento por este medio a tal tratamiento médico y exámenes, incluyendo procedimientos de diagnósticos o evaluaciones de la salud del comportamiento según lo considere necesario en su opinión el médico del paciente.

\_\_\_\_\_ **NO HAY GARANTIA:** Estoy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y yo reconozco que no se ha hecho ninguna garantía sobre los resultados de procedimientos, tratamientos o exámenes

\_\_\_\_\_ **RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagados por el seguro o no. El Southeastern Virginia Health System no participa en **cada** programa de seguros. Entiendo que es mi responsabilidad el que mi proveedor sea un proveedor participante con mi programa de seguros. El pago se espera al momento del servicio.

\_\_\_\_\_ **DIVULGACION DE INFORMACION:** Autorizo a Southeastern Virginia Health System a divulgar cualquier y toda información médica y de facturación a cualquier medico envuelto en mi tratamiento, a cualquier establecimiento de cuidado médico del cual el paciente haya sido dado de alta, transferido para tratamiento, facturación de cargos, control de calidad, colección, o defensa de litigación o litigación anticipada, y a cualquier compañía de seguro, organización de evaluación de servicios proveídos por el Southeastern Virginia Health System. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica por el Southeastern Virginia Health System.

\_\_\_\_\_ **CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DE SANGRE:** Entiendo que bajo la ley de Virginia, Si un médico, persona empleada, bajo la dirección de, o control de un médico está expuesta directamente a los fluidos corporales de un paciente, que puede transmitir el virus que causa el VIH, Hepatitis B o C, el paciente se considerará que haya dado su consentimiento a las pruebas para el VIH o hepatitis B o C y a la divulgación de los resultados de la prueba a la persona que fue expuesta(Exposición podría ocurrir debido a un pinchazo accidental de la aguja). Al paciente que se pruebe positivo le será dada la oportunidad de enterarse de los resultados de los exámenes cara a cara y un asesoramiento apropiado

\_\_\_\_\_ **ESCALA DE PAGO:** Los requisitos para calificar a nuestra escala de pagos están basados en los ingresos del hogar y el tamaño de su familia puede resultar en pagos más bajos. Se requiere reportar cambios de ingresos del hogar y el tamaño de familia ya que eso puede impactar la cantidad que se espera que usted pague. Revisaremos y pondremos al día su información anualmente. La elegibilidad no podrá ser determinada hasta que recibamos toda la información requerida de usted. Si se determina que usted no es elegible para la escala de pago y usted ha incurrido cargos, se espera que usted pague el balance debido. Nosotros le asistiremos con un plan de pago si es necesario. Se le pide que usted pague un cargo mínimo para su primera visita hasta que el proceso de elegibilidad sea completado. El costo restante de la primera y las visitas subsecuentes serán basados en el resultado de esta determinación. Si usted no paga por servicios al tiempo que sean suministrados, su balance tendrá que ser pagado en su totalidad dentro de sesenta días (60).

\_\_\_\_\_ **MEDICARE LIFE-TIME/MEDICAID FIRMA DE AUTORIZACION Y ASIGNACION:** Se pide que los pagos autorizados para beneficios de Medicare/Medicaid sean hechos para mí o para beneficio del paciente para cualquier servicio proveído por la práctica, incluyendo los servicios del médico. Autorizo a cualquier poseedor de información médica u otra información sobre mí persona a divulgar al Southeastern Virginia Health System, servicios de Medicare y Medicaid, al Department for Medical Assistance Services y sus agentes, cualquier información necesitada para determinar estos beneficios o beneficios por servicios relacionados. Asigno los beneficios pagaderos al médico u otros servicios médicos al médico u organización que esta proveyendo los servicios y autorizo que tal medico u organización someta un reclamo de pago a Medicare y/ o a Medicaid. Se entiende que yo/ el paciente soy/es responsable por los deducibles, co pagos y cualquier porcentaje aplicable de los cargos restantes.

\_\_\_\_\_ **CERTIFICACION Y RECONOCIMIENTO:** Certifico que toda la información anterior y toda la información suministrada por mí, como parte del proceso de registración es correcta. También reconozco el recibo de la Notificación de Prácticas (HIPAA) del Southeastern Virginia Health System.

\_\_\_\_\_  
Paciente o Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo