

La Rosa Pediatrics, Inc.

Dr. Niurka La Rosa

6900 Park Ave Suite 3

Guttenberg, NJ 07093

Phone: 201-766-0086

Fax: 7 201-766-0094

Informacion Del Paciente

Nombre del Paciente: _____ I: ____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: __/__/____ SSN: ____-____-____ Sexo: M F

Direccion: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo Postal: _____ Correo electronico: _____

Telefono de Casa: _____ Celular: _____

Raza/Etnicidad: _____ Farmacia: _____

Informacion De Los Padres

Nombre de la madre: _____ Fecha de Nacimiento __/__/____

Empleo: _____ Empleo Tel: _____

Nombre del padre: _____ Fecha de Nacimiento __/__/____

Empleo: _____ Empleo Tel: _____

En Caso de Emergencia:

Nombre: _____ Tel: _____

Relacion al paciente: _____

Informacion Del Seguro

Nombre del Seguro: _____ Numero de ID: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento __/__/____

LA ROSA PEDIATRICS, INC.

6900 Park Ave Suite 3
Guttenberg, NJ 07093
Phone: 201-766-0086
Fax: 201-766-0094

Consentimiento del Paciente para usar y compartir Información Personal sobre la Salud

El departamento de Servicios Humanos y de Salud ha establecido una Regla de Privacidad con miras de asegurar que se proteja la privacidad de la información sobre la atención personal de la salud y que se use o se comparta solamente la mínima información que sea necesaria con el fin de proporcionarles una norma a revelaciones de información acerca de la salud de usted para fines de tratamientos, pagos, y operaciones de cuidado de la salud. El negarse a dar su consentimiento al uso o revelación de información personal sobre su salud le prohíbe al médico facturar sus servicios, programar la atención que se le vaya a dar a usted en el hospital, llamar a una farmacia para que le despachen una receta así como satisfacer otras necesidades medicas. En virtud de esta ley, tenemos el derecho de negarnos a dar tratamiento si usted decide negarse a revelar Información Personal sobre la Salud (PHI Personal Health Information por sus siglas en ingles). Si usted decide dar su consentimiento mediante este documento, en algún momento futuro usted también podrá revocar dicho consentimiento por escrito. No se dará a conocer ninguna otra información a partir de la fecha en que usted le presente dicha revocación al doctor.

Si tiene alguna pregunta acerca del presente formulario, pida hablar con nuestro gerente de oficina.

El mal uso de la PHI ha sido identificado como un problema nacional que causa molestias, exasperación y gasto de dinero. Queremos que sepa que todos nuestros empleados, gerentes y doctores continuamente reciben entrenamiento para que sepan comprender y cumplir las reglas y regulaciones gubernamentales con respecto a HIPAA dándole especial énfasis a la Regla de Privacidad. Nos esforzamos por alcanzar las más elevadas normas de ética e integridad en la prestación de servicios a nuestros pacientes. Nuestra política es el determinar adecuadamente los usos apropiados de la Información Personal sobre la Salud en conformidad con las reglas, leyes y regulaciones gubernamentales. Queremos asegurar que nuestra práctica nunca contribuya de manera alguna al creciente problema de la revelación inapropiada de dicha información. Como parte de este plan, hemos implementado un Programa de Cumplimiento que creemos nos ayudara a impedir cualquier uso inapropiado de PHI. También sabemos que no somos perfectos, a causa de ello, nuestra política es escuchar a nuestros empleados y pacientes sin intención alguna de sancionarlos ni penalizarlos si ellos son de la opinión que un evento compromete nuestra política de integridad de algún modo. Más aun, acogemos las ideas que usted tenga acerca de cualquier problema que tenga el servicio para poder resolver esa situación prontamente.

Gracias por ser nuestro valioso paciente.

También confirmo haber recibido la "Noticia De las Practicas de Privacidad"

Nombre del Paciente

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

La Rosa Pediatrics, Inc.

Dr. Niurka La Rosa

6900 Park Ave Suite 3

Guttenberg, NJ 07093

Phone: 201-766-0086

Fax: 201-766-0094

Autorización de Paciente / Padres

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo _____ (Relación al Paciente): _____ autorizo a los empleados de La Rosa Pediatrics, Inc. a realizar procedimientos diagnósticos, terapia, y administración de medicina bajo el cuidado de la Dr. Niurka La Rosa. Estas autorizaciones también incluyen:

- Liberación de información sobre mi salud, resultado de laboratorio, y tratamiento cuando sea solicitada por mi compañía de seguro.
- Mi responsabilidad con los copagos, deducibles, y cualquier servicio no cubierto por la compañía de seguro.
- Pagos a La Rosa Pediatrics, Inc. por servicios prestados por la Dr. Niurka La Rosa y empleados al paciente previamente mencionado.
- Notificación de cualquier cambio de dirección, teléfono, o compañía de seguro.

Firma: _____ Fecha: _____