

Burke Healthcare Solutions, LLC

8988 Fern Park Drive · Burke, VA 22015 · Phone 703978 -6061 · Fax 703-978-0291

Formulario de Registro de Pacientes

¿Paciente nuevo? Sí / No ¿Cómo fue referido? _____

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA	Sexo H / M

Raza familiar:
Idioma hablado en casa:
Correo electrónico (Solo uno para acceso al Portal del Paciente):

Madre/ Guardiana

Nombre completo (madre)	Social Security Number	Teléfono de casa
Dirección de casa	Fecha de Nacimiento	Número Celular
Ciudad/ Estado	Código Postal (Zip)	Número de teléfono del trabajo
Nombre del Empleador	Dirección del Empleado	

Padre/ Guardián

Nombre completo (padre)	Social Security Number	Teléfono de casa
Dirección de casa	Fecha de Nacimiento	Número Celular
Ciudad/ Estado	Código Postal (Zip)	Número de teléfono del trabajo
Nombre del Empleador	Dirección del Empleado	

Seguro de Salud (Prestar tarjeta del seguro y toda la información para que podamos solicitar los beneficios en su nombre)

Nombre del Suscriptor (Seguro Primario)		Relación (madre/padre/yo)	
Compañía de Seguros Primaria	Número de teléfono del Seguro	N.º de Suscriptor	Importe del Deducible (\$)
Nombre del Suscriptor (Seguro Secundario)		Relación (madre/padre/yo)	
Compañía de Seguros Secundario	Número de teléfono del Seguro	N.º de Suscriptor	Importe del Deducible (\$)

Contacto de emergencia (amigo o familiar) Reconozco que la información de salud protegida puede/será compartida con esta persona.

Nombre	Relación con el/la paciente	Número Celular
--------	-----------------------------	----------------

Farmacia (Enviamos recetas electrónicamente)

Nombre de la Farmacia	Ciudad/ Estado	Número Celular
-----------------------	----------------	----------------

Como parte del registro de mi hijo para el tratamiento con Burke Healthcare Solutions, he revisado y, cuando fue necesario, firmé los siguientes documentos necesarios para el registro y el tratamiento de mi hijo. Acepto todos los términos y condiciones incluidos en el mismo, incluidos: políticas de la oficina, consentimiento para compartir información médica con proveedores de la red de Children IQ y recibo de las prácticas de HIPAA. Además, entiendo que soy financieramente responsable de mi cuenta familiar.

Firma del Responsable

Nombre del Responsable

Fecha

Burke Healthcare Solutions, LLC

8988 Fern Park Drive · Burke, VA 22015 · Phone 703978-6061 · Fax 703-978-0291

Formulario de Consentimiento

Fecha: _____

Nombre del Niño	Apellido del Niño	Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA	Sexo H/ M

Yo, _____ (Padre/ guardián), doy permiso a Burke Healthcare Solutions para tratar al niño mencionado anteriormente para la atención médica que se considere necesaria. Burke Healthcare Solutions tiene mi permiso para derivar a mi hijo a un hospital u otro médico para que los servicios de emergencia brinden la atención adecuada. Entiendo que la información de salud confidencial puede discutirse con la(s) persona(s) autorizada(s) a continuación durante la visita del paciente. Si es necesario, Burke Healthcare Solutions me transmitirá cualquier información importante de manera oportuna.

Consentimiento del menor

- Mi hijo tiene 16 años de edad o más y está autorizado a recibir tratamiento para cualquier servicio necesario en Burke Healthcare Solutions sin la presencia de un adulto.

Vacunas

- Burke Healthcare Solutions tiene permiso para administrar cualquier inmunización/vacuna según lo recomendado por el cronograma de AAP y CDC sin la presencia de los padres/tutores.
- Burke Healthcare Solutions NO TIENE PERMISO para administrar inmunizaciones/vacunas sin la presencia de los padres.

Autorización Para que Otras Personas Acompañen a su Hijo

Todas las personas que acompañen a su hijo a la oficina deben tener 18 años de edad o más.
Todas las personas deben tener una identificación con foto.

Las siguientes personas están autorizadas para acompañar a mi hijo a la oficina de servicios médicos:

Nombre	Relación con el/ la Paciente	Número de Teléfono

Al firmar este formulario, reconozco que el permiso continuará hasta que sera revocado por escrito.

Firma del Padre / Guardián

Nombre del guardian

Fecha

Burke Healthcare Solutions, LLC

8988 Fern Park Dr, Burke, VA 22015 Teléfono 703-978-6061 Fax 703-978-0291

Políticas de la Oficina

Autorización para el Tratamiento

Yo autorizo a Burke Healthcare Solutions, LLC, sus médicos y personal, a proveer y administrar tratamiento dentro del campo de la medicina pediátrica a mi hijo(s) o yo mismo si tengo 18 años or más. Esto incluye cualquier tratamiento médico de rutina o periódico, diagnóstico y/o procedimiento terapéutico, así como exámenes de laboratorio y rayos X que sean indicados.

Autorización de por vida y Asignación de los Beneficios y Responsabilidades financieras de Seguro

Yo autorizo a Burke Healthcare Solutions, LLC a aplicar por los pagos de los servicios rendidos para mi familia/mi hijo(s) en mi nombre bajo las políticas y programas del seguro de salud en el que mi familia esté inscrita. También asigno y autorizo directamente el pago de beneficios de mi compañía aseguradora a Burke Healthcare Solutions, LLC. Esto incluye los beneficios pagaderos bajo el **TÍTULO XVII** del Acta del Seguro Social o de cualquier otra entidad del gobierno. Además, yo autorizo a Burke Healthcare Solutions, LLC a contactar a mi compañía de seguro para verificar la existencia de cobertura o información pertinente al seguro de salud. También yo doy mi permiso a Burke Healthcare Solutions, LLC de liberar cualquier información protegida de mi hijo(s) que sea necesaria para el tratamiento, pago y operaciones de salud.

Entiendo que seré financieramente responsable por los servicios rendido si Burke Healthcare Solutions, LLC no participa con mi plan de seguro, o si mi cobertura se vuelve inactiva en cualquier momento, y/o los servicios son denegados para el pago. Si mi cuenta es remitida a una agencia de cobranza por falta de pago, entiendo que seré responsable de una tarifa de cobranza por el monto del 28% del saldo adeudado en mi cuenta. Entiendo que mi cuenta es una cuenta familiar que incluye a todos mis hijos menores de 18 años. Estoy de acuerdo con la divulgación de mi información a una agencia de cobranza con el propósito de cobrar deudas. Entiendo que si mi cuenta no se mantiene en buen estado financiero con la práctica, me pueden despedir de la práctica.

Pagos Particulares/Co-Pagos/Deducibles/Coseguro

Los pagos se deben hacer al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las tarjetas de crédito. Por favor asegúrese que el padre/representante legal/adulto que acompaña al niño(s) esté preparado para pagar a menos que otros arreglos se hayan hecho anticipadamente.

Referencias

Comprendo que si mi plan de seguro requiere una pre-autorización o referencia para consultar con un especialista/exámenes de laboratorio/procedimientos, que el seguro requiere una autorización de Burke Healthcare Solutions, LLC antes de efectivamente recibir esos servicios de **NO EMERGENTES** y es mi responsabilidad obtener la autorización o referencia necesaria de BurkHealthcare Solutions, LLC o de la compañía de seguro tal como sea apropiado. Entiendo que si fallo en hacer esto, el servicio no será cubierto por mi compañía de seguro y yo seré financieramente responsable. Este rechazo es entre el suscriptor y el plan de seguro y **YO NO HARÉ** responsable a Burke Healthcare Solutions, LLC.

Salud de Adolescentes/Programación de Citas

Yo comprendo que de acuerdo a la Ley de Virginia, un menor puede ser considerado como adulto y ser responsable de consentir por servicios médicos/de salud relativos a **pruebas de ETS/tratamiento**, enfermedades que deben comunicarse, anticoncepción/planificación familiar, salud mentas y asuntos referentes a abuso de sustancias. La comunicación de esta información depende del acuerdo que se haga con el menor. Entiendo que si llego más de 15 minutos tarde a mi cita, mi cita será reprogramada.

Historial de Receta

Autorizo la divulgación del historial de recetas de mi/mi(s) hijo(s).

Prueba

Según la **LEY DE VIRGINIA**, en el evento de que una aguja punzante u otro material potencialmente peligroso exponga a fluidos corporales que involucren a nuestro personal, entiendo que mi hijo tendrá exámenes de sangre para analizar enfermedades transmisibles como el VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, etc. Y autorizo a que estos exámenes y resultados sean comunicados a Burke Healthcare Solutions, LLC y a los empleados afectados.

Administración de Cargos

Yo estoy de acuerdo en pagar los siguientes cargos y comprendo que **no se pueden cobrar** a ninguna compañía de seguro bajo ninguna circunstancia:

Cita Perdida/Cancelada sin notificación de 24 horas	\$25	Cargo por rechazo de cheque	\$45
Consulta Perdida	\$50	Cargo por Formulario	\$25
		Escolar/Deportivo/Campamento	
Cuota por copia de record médico en disk	\$25	Triaje después de horas hábiles	\$30
Resurtido de medicamento sin cita en oficina	\$25	Esmalte de Fluoruro (No lo cubre el seguro)	\$25

Firma

Estoy de acuerdo con todos los términos mencionados anteriormente y acepto completamente todas las condiciones. Una copia de esta firma puede ser utilizada en lugar del original para todos los reclamos de seguro o para liberar información médica.

Firma de la Parte Responsable

Nombre de la Parte Responsable

Fecha

1) _____, 2) _____, 3) _____, 4) _____

Enumere todos los nombres de los pacientes en la familia (nombre, apellido)-Use el espacio a continuación si hay miembros adicionales.

Burke Healthcare Solutions, LLC

8988 Fern Park Drive · Burke, VA 22015 · Phone 703978-6061 · Fax 703-978-0291

Visita de Bienestar (Examen Físico Anual)

Los cambios regulatorios frecuentes y complejos en la industria de la salud es una constante. Muchas veces, el titular de la póliza de salud es el último en ser comunicado de estos ajustes. Por lo tanto, es crucial mantenerse actualizado con respecto a los beneficios de su plan de seguro.

Burke Healthcare Solutions mandará cobro a su compañía de seguros por su visita de bienestar (examen físico anual); sin embargo, si hubiera algún saldo pendiente, se espera que pague el resto. Cualquier evaluación, consejo y/o tratamiento asociado con un diagnóstico abordado durante la visita de bienestar (examen físico anual) está sujeto a copagos/deducibles, según se define en su póliza de seguro/beneficios.

Gracias por entender,
Burke Healthcare Solutions, LCC.

Reconozco y estoy de acuerdo con lo anterior,

Firma de lo responsable

Fecha