

CARTA DE INFORMACION DE BURLINGTON PEDIATRICS

Nombre de los pacientes & Fecha de Nacimiento: _____

Le agradecemos por haber elegido a Burlington Pediatrics para el cuidado médico de su hijo(a). La siguiente declaración es póliza de la oficina.

Co-pagos y deducibles son pagados a la hora de servicio. Necesitaremos ver su tarjeta de seguro médico cada cita que tenga. Si usted no tiene el seguro médico o el pago para su cita le tendremos que reprogramar su cita. Las cuentas que no se mantienen al día se entregan a la agencia de colecciones y esto puede resultar en terminación del cuidado de su hijo(a). Nosotros participamos con varios planes de seguro médico, por lo cual nosotros mandaremos el reclamo a la seguridad por usted. Si usted tiene un seguro médico con el cual nosotros no participamos, usted tendrá que pagar a la hora del servicio y nosotros le proporcionaremos las formas necesarias para mandar su propio reclamo.

CITA PERDIDAS

Requerimos un aviso de 24hrs para reprogramar la cita o cancelar. Si **tres citas** son perdidas sin ningún notificativo de cancelación, esto podría resultar en terminación del cuidado para su hijo(a) y los hermanos. **Si en menos de 24hrs usted no llama para cancelar su cita o reprogramar tendrá un recargo de \$50 por falta, por lo cual el seguro médico no será responsable por la tarifa será responsabilidad del paciente.**

VISITA A LA SALA DE EMERGENCIA

Nosotros le pedimos que no use el departamento de emergencia del hospital al menos que sea una emergencia verdadera. Las necesidades de salud de su hijo(a) son mejor atendidas por el médico de cabecera que tiene el conocimiento de la historia de salud de su hijo(a), por favor llame a nuestras oficinas antes de llevar a su hijo(a) a la sala de emergencia. Des pues de nuestras horas de oficina regulares, usted puede llamar la line de enfermeras a 1-888-267-3675 para un consejo antes de llevar a su hijo al hospital.

ARCHIVOS MEDICOS

Si se está transfiriendo a nuestra clínica de otra clínica, tenemos unas formas que tiene que llenar para que nosotros obtengamos el historial médico de su hijo(a) de la clínica previa. Se requiere de su firma, el nombre completo y dirección de la clínica anterior. Si los archivos médicos no han sido recibidos antes de la cita le tendremos que reprogramar la cita. Los archivos médicos de sus hijos(a) son confidencial en nuestra clínica y no serán rebelados a nadie sin su consentimiento escrito. Nosotros cobramos para hacer copias de su archivo para los abogados, compañías de seguro, para uso personal. Requerimos un aviso 24 a 48hrs. **Ay un pago de \$25 para completar formas de FMAL/DOT. Cualquier otra forma no completada durante la visita tendrá un cobro de \$10.**

CODIGO DE AMABILIDAD

Eh leído y estoy de acuerdo de cumplir con el código de amabilidad de los pacientes, padres, y visitantes. Son prohibidos las grabaciones durante cualquier tipo de visita.

RECARGO DE MEDICINAS

Preferimos que los pacientes llamen a su farmacia para medicinas de rutina. No espere hasta que su hijo(a) no tenga medicina para llamarnos. Necesitamos por lo menos 24 a 48 horas de aviso. Como una regla de la clínica no enviaremos antibióticos a la farmacia sin que su hijo(a) sea examinado primero.

VACUNAS

Burlington Pediatras cree que las vacunas son lo más importante para la salud que un padre puede hacer por sus hijos. Nosotros creemos que las vacunas son muy crítica en el cuidado de los pacientes. El rechazo de las vacunas indica una diferencia significativa en la filosofía del cuidado, y no aceptamos pacientes nuevos que no han sido vacunados o rechazan las vacunas.

CONSENTIMIENTO DE CUIDADO

Siendo un paciente adulto de 18 años o más, padre o guardián legal, eh confiado en los siguientes adultos para que den su consentimiento en cual quier cuidado de salud para mí mismo o mi hijo(a) que es menor de edad, y doy permiso y autorizo a Burlington Pediatra P.A. para realizar cualquier servicio médico que son recomendable por el doctor, incluyendo vacunas, ya sea si estoy o no estoy presente en la cita actual. Las personas que son nombradas abajo tendrán que presentar un tipo de identificación. **La vacuna del coronavirus requiere del consentimiento del padre/madre o guardián legal.**

Nombre:	Relación:	Nombre:	Relación
1. _____	_____	2. _____	_____
3. _____	_____	4. _____	_____

Si No

Yo autorizo que mi hijo(a) menor de edad este presente sin un adulto y autorizo a Burlington Pediatrics que realicé cualquier cuidado médico que sea recomendado por el doctor de cabecera, incluyendo vacunas, ya sea si un adulto está o no está presente en la cita actual. Marque Si o No.

Eh leído y entiendo las pólizas de Burlington Pediatra que están escritas arriba

_____/_____/_____
Firma Relación hacia el paciente Fecha

Eh tenido la oportunidad de leer y repasar el aviso de prácticas de privacidad de Burlington Pediatría P.A

_____/_____/_____
Firma Relación hacia el paciente Fecha