

### Informacion Del Paciente

Nombre del Paciente y todos los hermanos	Sex	Fecha de Nacimiento	Patients cell number (if applicable)
1. _____	M/F	___/___/___	_____
2. _____	M/F	___/___/___	_____
3. _____	M/F	___/___/___	_____
4. _____	M/F	___/___/___	_____
5. _____	M/F	___/___/___	_____

### Persona responsable por el Seguro

Nombre de persona responsable \_\_\_\_\_ Numero de Poliza \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente \_\_\_\_\_

Nombre de Mama/Papa \_\_\_\_\_ Telefono Movil ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Domicillio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Zona Postal \_\_\_\_\_ Dirrecion del Correo Electronico \_\_\_\_\_

Telefono Movil ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefono de Casa ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Farmacia preferida \_\_\_\_\_ Nombre de Dentista \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Alguien de Emergencia que no sea Mama O Papa

Nombre/Relacion del paciente \_\_\_\_\_ Phone ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Signatures

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

En cumplimiento con la Ley Federal de Protección al Consumidor, Ricardo Reyna desea notificarle sus políticas con respecto a las responsabilidades financieras asociadas con los servicios prestados a usted o un miembro de su hogar/ familia.

### Seguro

Los copagos son pagaderos al momento de la visita. Como cortesía para usted, le facturaremos a su compañía de seguros siempre que tengamos la información de facturación correcta al momento del servicio. Si se rechaza un reclamo porque no ha proporcionado la información correcta, los cargos se transferirán a su responsabilidad. Usted es financieramente responsable de los cargos que la compañía de seguros considere facturables al paciente. Debe estar familiarizado con su cobertura particular y cualquier requisito de autorización previa, deducibles y limitaciones en visitas de niños sanos, servicios de laboratorio, vacunas y otros procedimientos.

### Cuenta de efectivo

Si no se proporciona un comprobante de seguro, su cuenta se considerará una cuenta de efectivo y se requerirá el pago completo de todos los cargos al momento del servicio. Si posteriormente proporciona información de seguro verificable, y el plazo para la facturación del seguro no ha expirado (generalmente 45 días), facturaremos los cargos a su compañía de seguros por usted. Si luego recibimos el pago del seguro, le reembolsaremos de inmediato cualquier crédito en su cuenta..

### Facturación

El estado de cuenta que reciba mostrará los saldos adeudados de los pacientes, además de los pagos de la compañía de seguros y las cantidades pendientes. Usted debe pagar los saldos de los pacientes al recibir el estado de cuenta. Se aplica un cargo por retraso de \$25.00 por mes en todos los saldos de pacientes morosos.

### Equipo

Recuerde que la hora de su cita está reservada solo para usted. Nuestros horarios están completos cada día y debemos dejar suficiente espacio en nuestro horario para traer niños enfermos el mismo día. Si su cita se pierde o se cancela con menos de 24 horas de anticipación, considere que otro niño podría haber sido visto en ese momento. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de cancelación de \$40 o "no presentarse". Para ver a cada paciente a tiempo, es posible que deba reprogramar su cita si llega 10 minutos tarde o más.

### Citas de atención urgente

Es posible que se cobre una tarifa adicional por citas de atención urgente fuera de nuestro horario de atención habitual de Lunes a Viernes.

### Cheques Devueltos

Hay un cargo por cheques devueltos de \$25.00 en caso de que se nos devuelva el cheque personal de un paciente por cualquier motivo.

El abajo firmante ha leído y acepta las políticas de crédito y pago financiero anteriores de Ricardo Reyna III, MD PLLC

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Padre/ tutor/ parte responsable)



## Autorizacion para divulgar informacion medica del paciente

Por la presente autorizo la divulgacion de registros medicos, excluyendo los registros protegidos de la siguiente manera:

**Limite a los Ultimos 2 anos infomacion solamente:**

- Notas del cuadro Resumen medico
- Registros de vacunacion
- Registros de crecimiento
- Informes de laboratorio y/ rayos X
- Otro

**Registros que se liberaran de:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Registros que se lanzaran para:**

Nombre del Nino \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Nino \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Nino \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Por favor envie registros a:**  
**Ricardo Reyna III, MD PLLC**  
**100 E Schuster Ave**  
**El Paso, Texas 79902**  
**(915) 317-5900**  
**Fax (915) 975-5912**

**Autorizacion para divulgar informacion medica**

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta) del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Numero de Telefono



La inmunizacion infantil fue uno de los mayores avances en salud publica en el siglo XX. Ha salvado a millones de ninos y adultos en todo el mundo de desarrollar meningitis, encefalitis, dano cerebral, problemas respiratorios graves, poliomieltis, paralisis y otras enfermedades graves, que pueden requerir hospitalizacion o causar la muerte. Y hasta el dia de hoy, la inmunizacion infantil sigue siendo la piedra angular de la atencion pediatrica y la salud publica.

Las vacunas son mas efectivas cuando una comunidad entera participa. En los ultimos anos, se han producido brotes localizados de paperas, sarampion, tos ferina y polio en los Estados Unidos en comunidades con bajas tasas de vacunacion. Cuando inmuniza a su hijo, no solo lo protege de enfermedades graves, sino que tambien ayuda a proteger a toda su familia, sus amigos y sus vecinos.

En Ricardo Reyna III, MD PLLC, creemos firmemente en las importancia de las vacunas y apoyamos plenamente el calendario de vacunacion infantil establecido por la Academia Estadounidense de Pediatria. Por lo tanto, **nueasra politica requiere que todos los pacientes de nuestro grupo reciban las vacunas que se enumeran a continuacion:**

**A los 18 meses de edad, su hijo recibira lo siguiente:**

Tipo de inmunizacion	
Hepatitis B:	3 dosis
Hepatitis A:	2 dosis
Difteria, tetanus y tos ferina (DTaP):	4 dosis
Vacuna inactivada contra la poliomyelitis (IPV):	3 dosis
Haemophilus influenza (HIB):	3 dosis
Vacuna neumococica conjugada (Pevnar):	4 dosis
Vacuna contra la varicela (Chicken Pox):	1 dosis
El sarampion, las paperas y la rubeola (MMR):	1 dosis

**A la edad de 5 anos, su hijo recibira estas vacunas adicionales:**

Una quinta dosis de DTaP  
 Una cuarta dosis de IPV  
 Una segunda dosis de MMR  
 Una segunda dosis de Varicela (Chicken Pox)

**Para preadolescentes para comenzar a los 11 anos:**

Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Tdap)	1 dosis (Dado a los 10-11 anos.)
Meningococcal Vaccine	1 dosis (Dado a los 11 anos.)
HPV vaccine (Gardasil)	3 dosis (Primera dosis a los 11 anos debe completarse antes de los 15 anos.)

Somos conscientes de las preocupaciones sobre la seguridad de las vacunas que ha sido expresada por una minoria **muy pequena** pero vocal. Estas afirmaciones no tienen una base cientifica o estadistica. Hasta la fecha, se han demostrado, de manera concluyente, que las vacunas son seguras..

Al firmar, acepto seguir la politica de Ricardo Reyna III, MD PLLC, para inmunizar completamente a mis hijos a los 5 anos de edad. Si decide no vacunar, Ricardo Reyna III, MD, no es responsable de ninguna complicacion relacionada con la vacuna que puede evitarse al no vacunarse.

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Ricardo Reyna MD**  
**Pediatrician**

RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido el Aviso de practicas de privacidad y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo.

Nombre del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre(s) del paciente(s) en la practica:

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_