

Rosemarie Tweed, D.O. APC/ Jesse Tweed, MD
Pediatrics

Registro de Paciente

Fecha _____

Paciente _____
Apellido Nombre Inicial

M / F Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono de Casa _____

Celular _____

Ciudad Estado Código Postal

Nombre de la madre _____

Nombre del Empleador _____

Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección del Empleador _____

Número de licencia de conducir _____

Número de Teléfono del Empleador _____

Nombre del padre _____

Nombre del Empleador _____

Fecha de Nacimiento _____

Seguro Social _____

Dirección del Empleador _____

Número de licencia de conducir _____

Número de Teléfono del Empleador _____

Nombre en caso de emergencia _____

Número de Teléfono _____

Familiar mas cercano _____

Número de Teléfono _____

Correo Electrónico (Mamá o Papá) _____

Proporcione toda la información referente sobre su cobertura de seguro. Por favor anote todos los números en su tarjeta. Es su responsabilidad informarnos la provisión de cobertura., es decir well-child benefits (beneficios de niño sanos) , deducible, copago, cobertura porcentual, etc. **La reducción o**

Autorización

Por la presente autorizo para el uso o la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo ante mi compañía de seguros indicada anteriormente y para asignar los beneficios que de otro modo serían pagaderos directamente a Rosemarie Tweed, D.O. APC. Entiendo que soy financieramente responsable de esta cuenta, incluido cualquier saldo no pagado por mi compañía de seguros. Una copia de esta autorización es válida como el original.

Fecha

Asegurado or Persona Autorizada

Rosemarie Tweed, D.O. APC/ Jesse Tweed, MD

Pediatrics

rechazo de su reclamación por parte de su compañía de seguros no revive la obligación económica que ha contraído con nosotros.

Compañía de seguros primaria: _____

Nombre y número del asegurado _____

Vinculo con el paciente _____

Grupo o Número de ID: _____

Número de Poliza _____

Fecha Efectiva _____

Autorización

Por la presente autorizo para el uso o la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo ante mi compañía de seguros indicada anteriormente y para asignar los beneficios que de otro modo serían pagaderos directamente a Rosemarie Tweed, D.O. APC. Entiendo que soy financieramente responsable de esta cuenta, incluido cualquier saldo no pagado por mi compañía de seguros. Una copia de esta autorización es válida como el original.

Fecha

Asegurado or Persona Autorizada

Datos Identificativos (nombre impreso)

Nombre de Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Masculino ___ Femenino _____

El paciente vive con _____

Teléfono _____

Nombre de madre _____ Fecha de Nacimiento _____

Ocupación _____

Nombre del padre _____ Fecha de Nacimiento _____

Ocupación _____ H

Numero de hermanos:

Nombre	Fecha de Nacimiento
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medicamentos Actuales/Suplementos:

Alergias a Medicamento: _____

Otras Alergias: _____

Enfermedades del Paciente:

Por favor escriba las enfermedades que el paciente tiene o ha tenido:

Por favor escribe todas las hospitalizaciones / cirugías que haya tenido el paciente:

	<u>Fecha</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Enfermedades Familiares

Alergias _____

Defectos de Nacimiento _____

Enfermedad de sangre _____

Huesos o Trastornos articulares _____

Cancer or malignidades _____

Enfermedad pulmonar crónica _____

Enfermedad glandular _____

Problemas de corazón _____

Enfermedad renal o urinaria _____

Discapacidad intelectual _____

Enfermedad muscular _____

Neuropatía _____

Condición psiquiátrica _____

Fiebre reumática _____

Tuberculosis (TB) _____

VIH positivo _____

Otras: _____

Historia de Nacimiento: (Niños menores de 5)

Historial Embarazo de la Madre :

Infecciones, Medicamentos, Hipertensión , Diabetes, Alcohol, Otras

Historial del bebé :

Peso de Nacimiento _____ Prematuro si no

Longitud de Nacimiento _____

Parto: Vaginal _____ Cesárea _____

Complicaciones? _____

Amamantado _____

Alimentado con fórmula _____

¿Alguien fuma en la casa del paciente? _____

Consentimiento Para Utilizar La Telemedicina

Nombre del Paciente _____

Nombre de mi Medico _____

Consentimiento Para Utilizar La Telemedicina

Estoy físicamente ubicado/a en California. Al comienzo de cada sesión de telemedicina, ayudaré a mi médico a completar un registro para evaluar el uso apropiado de los servicios de telemedicina verificando mi nombre completo, mi ubicación actual, mi disposición para continuar y si estoy en una situación propicia para una comunicación privada, ininterrumpida. Al firmar este consentimiento, entiendo y acepto que:

1. Mi médico está ubicado/a y tiene licencia para ejercer en el estado de California. Es posible que mi médico no pueda recetarme medicamentos y / o que no pueda ayudarme en una situación de emergencia cuando estoy ubicado/a en cualquier otro estado afuera de California o del país. Si necesito medicamentos, puedo contactar a mi medico directamente. Si necesito atención de emergencia, puedo llamar al 911 o acudir a la sala de emergencias del hospital más cercano para obtener ayuda. Si tengo pensamientos suicidas o estoy haciendo planes para hacerme daño, puedo llamar a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio al 1-800-273-TALK (8255) para recibir asistencia gratuita las 24 horas.
2. Me someto a la jurisdicción exclusiva de los tribunales superiores del estado de California y acepto que cualquier reclamo, demanda u otro procedimiento legal que surja o se relacione con los servicios de telemedicina proporcionados por mi médico y el personal de mi médico se presentarán única y exclusivamente en Tribunales superiores del estado de California. También estoy de acuerdo en que la interpretación de este consentimiento se regirá e interpretará exclusivamente de acuerdo con las leyes de California.
3. Mi médico cree que los servicios de telemedicina son apropiados para mi afección médica y que me beneficiaría de su uso a pesar de sus riesgos y limitaciones. Si bien puedo esperar beneficios anticipados del uso de la telemedicina, no se pueden garantizar ni garantizar resultados específicos.
4. Si mi médico cree en cualquier momento que otra forma de servicios (por ejemplo, una consulta tradicional en persona) sería apropiada, mi médico puede suspender los servicios de telemedicina y programar una consulta en persona con mi médico o referirme a un proveedor de atención médica en mi área que puede proporcionar dichos servicios.
5. Tengo derecho a retirar el consentimiento para el uso de servicios de telemedicina en cualquier momento y recibir servicios de atención médica en persona con mi médico.
6. Recibí una explicación de cómo se utilizará la tecnología de comunicaciones electrónicas para los servicios de telemedicina. Me siento cómodo/a con el uso de la tecnología de

Consentimiento Para Utilizar La Telemedicina

comunicaciones electrónicas para comunicarme con mi médico y entiendo que la tecnología tiene limitaciones que pueden requerir una consulta en persona.

7. Acepto tener la computadora, el equipo y el acceso a Internet necesarios para mis comunicaciones de telemedicina. También acepto organizar un lugar con suficiente iluminación y privacidad y que esté libre de distracciones e intrusiones durante mis comunicaciones de telemedicina.
8. Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telemedicina. La información médica que mi médico me transmite electrónicamente será encriptada durante la transmisión y será almacenada solo por mi médico o un proveedor de servicios seleccionado por mi médico. Entiendo que la difusión de cualquier imagen o información de identificación personal de la comunicación de telemedicina a investigadores u otros proveedores de atención médica no ocurrirá, excepto según lo exijan las leyes federales o estatales de California.
9. Entiendo que mis riesgos de una violación de privacidad aumentan sustancialmente cuando ingreso información en una computadora de acceso público, uso una computadora que está en una red compartida, permito que una computadora "recuerde automáticamente" nombres de usuario y contraseñas, o use mi computadora de trabajo para comunicaciones personales. También entiendo que es mi responsabilidad encriptar la información médica que transmito electrónicamente a mi médico y mi falta de uso de garantías técnicas, como el encriptado, aumenta mis riesgos de violación de la privacidad.
10. [Acepto ser grabado/a en video y grabado/a durante los servicios de telemedicina. Entiendo que las imágenes y el audio resultantes se convertirán en parte de mi registro médico.] O [Ninguna parte del encuentro se grabará sin mi consentimiento por escrito.]
11. Tengo derecho a acceder mi información médica y obtener copias de mis registros médicos de acuerdo con las leyes de California.
12. Entiendo que los servicios de telemedicina que se me brinden serán facturados a mi compañía de seguros de salud y que se me facturará por cualquier responsabilidad del paciente según mi seguro.

Leo y entiendo la información proporcionada en este Consentimiento para el uso de la telemedicina. Discutí cualquier pregunta que tenía con mi médico y todas mis preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Fecha

Firma del Paciente

Financial Policy

Rosemarie Tweed, D.O. A.P.C., 14114 Business Center Dr. Suite A, Moreno Valley , CA 92553

Insurance coverage can be confusing, and some people assume that their insurance is responsible for their total bill. It is important that you understand that your insurance contract is between you and your insurance company. The final responsibility for payment of professional services belongs to the patient and not to their insurance company.

We want to help you receive the maximum benefits you are entitled to from your insurance policy. We submit claims at no extra charge to our patient as a courtesy. To submit claims, we must have complete and accurate insurance information about both the insured and the patient. If you do not have this information at the time of service, you will be asked to pay for services in full, or you may reschedule. All co-pays are due at the time of service as required by your insurance company.

At each office visit you will be asked to provide a copy of your insurance card and to verify your coverage, address, and phone number. Incorrect information will cause a delay in processing your claims. All charges are your responsibility; including those billed to your insurance company and not paid within 90 days from the date of service.

If you do not have insurance coverage, we ask for payment in full at time of service. A discount is given for payment in full at time of service.

If your account requires a billing statement, the balance is due and payable upon receipt. Charges that have been billed to your insurance plan will be noted on your statement until payment and/or an explanation of benefits (EOB) is received from the insurance company. Again, we will bill your plan directly as a service to you, but not in substitute of your primary responsibility for payment.

If your account goes unpaid for 120s or more without arrangement of a payment plan, collection procedures will be started. **Cancelled or returned checks will incur a \$20.00 service charge.**

To avoid misunderstandings, our billing officer encourages early discussion of financial problems or questions regarding fees, insurance payments, billing statements, etc.

Assignment and release

Private Insurance: I, the undersigned, have insurance coverage with: _____ and assign directly to Rosemarie Tweed, D.O. A.P.C., all medical benefits if any, otherwise payable to me for services rendered. I hereby authorize the doctors (Rosemarie Tweed and Jesse Tweed) to release all information necessary to secure the payments of benefits. I authorize the use of this signature on all my insurance submissions. This signature also gives consent for treatment to Rosemarie Tweed, D.O. A.P.C. and all of its providers. I have read and understood the financial policy of Rosemarie Tweed D.O. A.P.C., and hereby agree to it.

Signature of Parent or Guardian

Relationship to Patient

Date

Medi-Cal: Medi-Cal payments are accepted by the Rosemarie Tweed, D.O A.P.C., as payment in full, and Medi-Cal patients parent or guardian will not be expected nor required to pay for expenses not covered by Medi-Cal. Your signature assigns Medi-Cal benefits to Rosemarie Tweed, DO APC, and authorizes the release of all information necessary to secure the payment of benefits. It also gives consent for treatment to Rosemarie Tweed, DO A.P.C. and all of its providers.

Signature of Parent or Guardian

Relationship to Patient

Date