

Middleburg Pediatrics

91 Branscomb Road Suite 3, Green Cove Springs, Florida 32043

Teléfono 904-861-1034

Fax 904-861-1037

Carta de bienvenida paciente nuevo

Gracias por elegir Middleburg pediátrica como su hogar médico, su centro de atención primaria. Nuestro equipo se dedica a darle a su hijo la mejor atención médica posible.

Nos hemos convertido en lo que se conoce como el **Centro Médico Centrado en el Paciente**.

¿Qué es un **hogar Médico Centrado en el Paciente**?

Centrada en el paciente significa que el paciente y la familia son los primeros. Ofrecemos atención médica completa, que se centra en todos los aspectos de salud y bienestar desde las vacunas y el desarrollo académico, a la atención especializada y atención aguda y crónica del niño. Este proceso es paciente/padres-conducida, junto con el proveedor.

Hogar médico comienza con nuestra práctica, donde nuestros profesionales y proveedores pueden dirigir la atención del niño. Con un hogar médico, mejora la calidad de la atención y mejora la experiencia del niño.

Casa médica de paciente centrado es un enfoque de equipo para atención de salud total donde usted es parte de un grupo que incluye el proveedor, nuestro equipo de profesionales, especialistas y los servicios de apoyo necesarios. El equipo de salud coordinará todas sus necesidades de salud. Al final de cada oficina visita le daremos una copia del niño los diagnósticos, plan de hijo de tratamiento, los medicamentos enviaron por Escript y una fecha para la próxima cita del niño. Si tiene alguna pregunta durante el check-out, todo lo que necesitas hacer es preguntar. El personal está comprometido con el cuidado de la salud del paciente.

La paciente centrada en el médico a casa permite que el paciente y padres se involucren en decisiones de atención médica., *Lo que puede el paciente o el padre hacer para ayudar?*

Ser un socio activo en su cuidado

Aprender lo que se necesita para mantener un medio ambiente sano para su hijo

Seguir el plan que el proveedor y el paciente/padre acordó

Si usted tiene alguna pregunta, pregunte a

El portal del paciente es www.dr-connect.com/MEM/. Este portal le permite enviar mensajes al equipo de la infantil, ver citas próximas, solicitar prescripción recargas, ver resultados de la prueba, ver notas sobre las visitas de su hijo y revisar el plan y el tratamiento de su hijo.

Middleburg Pediatrics

www.moraped.com

HOJAS DE INFORMACIÓN PRÁCTICA PARA LOS PACIENTES:

HORAS DE OFICINA:

Nuestra oficina está disponible *De lunes a viernes* 8:00 a 17:00. Nuestra oficina está cerrada de 12:00-1 pm para el almuerzo pero los teléfonos son rodados a los servicios de contestadora y pueden ser alcanzados en *904-861-1034 durante estas horas*. Nuestros médicos están disponibles "*después de hora*" 24 horas al día/365 días del año llamando a nuestro número de teléfono y siguiendo las instrucciones. **Si necesita una cita, llenado de prescripción o resultados de la prueba, por favor llame durante horas de oficina regulares o pueden visitar el portal en cualquier momento.**

ATENCIÓN DE URGENCIA:

Caminar en atención urgente está disponible para todos nuestros pacientes registrados. Este servicio está disponible *De lunes a viernes* 8:00-17:00. Nuestro objetivo es proporcionar *atención médica de urgencia* para enfermedad aguda dentro de los *30 minutos* de su llegada.

CITAS:

Middleburg / Pediatría de Normandía se ha comprometido a proporcionar atención de calidad a nuestros pacientes. Para garantizar la oportuna continuidad de la atención, animamos a los pacientes para programar citas con *antelación* a la hora de salida de pacientes. Cuando llamar para una cita, por favor proporcione su nombre, fecha de nacimiento, número de teléfono, queja principal / motivo de la visita, así como de cualquier actualiza la información de contacto o seguros.

Mientras que nos esforzamos para programar adecuadamente la entrevista, *emergencias y hacen* ocurrir en atención primaria. Nos esforzamos por dar a todos nuestra paciencia el tiempo que necesitan. Por esta razón, rogamos su paciencia y comprensión en caso de un retraso o reprogramación de ser necesario en la fecha de su cita.

Para asegurar la calidad de la atención *Middleburg / Pediatría de Normandía*, no tratar a los pacientes que no hemos visto (es decir, no llamar en prescripciones ni ofrecer consejos médicos para pacientes antes de su inicial).

CANCELACIÓN DE UNA CITA:

Para ser respetuosos de la medicina las necesidades de nuestros pacientes por favor sea Cortés y llame a *Middleburg / Normandía Pediatría* inmediatamente si *no puede* asistir a su cita. Esta vez será reasignada a otro paciente que necesite tratamiento. Se trata de cómo podemos servir mejor las necesidades de **todos** nuestros pacientes.

Si es necesario cancelar su cita necesitamos que llames dentro de *24 horas* de su cita programada. Las citas están en alta demanda en *Middleburg / Normandía Pediatría*, y su cancelación temprana dará otro paciente la posibilidad de tener acceso a la atención médica oportuna.

También invitamos al paciente a utilizar el portal del paciente en www.dr-connect.com/MEM/ que permite al paciente *recuperar resultados de la prueba, Oficina visita Resumen* junto con el del paciente *plan de tratamiento*.

Middleburg Pediatrics

Información para el paciente

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE. ¡TINTA NEGRA!

FECHA:

Nombre del paciente: Apodo: echa de nacimiento: sexo:

Dirección: Ciudad: Estado: código: postal:

Estado civil: De la raza: grupo étnico:

Nacimiento Hospital: Farmacia Ubicación:

Idioma principal: SSN: correo electrónico:

Teléfono principal: Teléfono secundario:

Contacto de emergencia: Teléfono #: relación:

Si el paciente es menor de edad, por favor completa esta sección.

Nombre del padre: número de seguro social: fecha de nacimiento:

Empleador del padre: empleador número de teléfono:

Nombre de la madre: número de seguro social: fecha de nacimiento:

Empleador de la madre: empleador número de teléfono:

¿Este paciente tiene seguro de salud? Sí ___ No ___

Si su respuesta fue afirmativa, por favor una lista de nombres de la compañía de seguros. Por favor tenga disponible para copiar tarjetas de seguros.

Principal compañía de seguros:

Aseguradora secundaria:

Suscriptor nombre: Suscriptor fecha de nacimiento:

Género de suscriptor: SSN: suscriptor ID #:

Suscriptor de relación con el paciente:

Por la presente autorizo la información necesaria para presentar una afirmaciones con mi compañía de seguros y asignar beneficios pagaderos en caso contrario me a centros médicos de familia. Entiendo que soy financieramente responsable por el saldo no cubierto por mi compañía de seguros. Una copia de esta firma será tan válida como la original.

¿Usted da su consentimiento para que consigamos historia de medicación de su hijo de sus anteriores proveedores? Y N

Firma: fecha:

Pediatria de Middleburg/Normandía

Acuerdo del paciente y proveedor PCMH

Nombre:

Fecha:

Una atención médica iniciada es una asociación que confía entre un proveedor de equipo profesional de la salud y un paciente o tutor informado. Incluye un acuerdo entre el proveedor y el paciente o tutor que reconoce el papel de cada uno en el programa de salud total.

Como su proveedor de atención primaria que:

- Aprender sobre el paciente, su familia, situación de la vida y metas de salud y preferencias. Recordaremos la historia de la salud de los pacientes cada vez que busca atención y sugerir tratamiento que tenga sentido para usted.
- Tenga cuidado de la enfermedad a corto plazo, a largo plazo enfermedades crónicas y bienestar general del paciente.
- Mantenga guardián al día en vacunas y pruebas de detección preventiva del paciente.
- Conexión guarda con otros miembros del equipo de cuidado de pacientes (especialistas, salud conductual, etc.) y coordinar el cuidado de pacientes con les.
- Estar disponible para el paciente después de horas para sus necesidades urgentes (por la hoja de información práctica)
- Notificar a la paciente/del resultado de la prueba en tiempo y forma.
- Comunicarse claramente con el paciente o tutor para que entiendan la condición del paciente (s) y su plan de cuidado.
- Escuchar las preguntas de la paciente o tutores y los sentimientos. Middleburg / Normandía Pediatria responderé prontamente de manera que entienda.
- Ayudar a tomar las mejores decisiones para el cuidado de pacientes.
- Dar la información del paciente o tutor acerca de las clases, grupos de apoyo u otros servicios que pueden ayudarle a aprenden más acerca de su condición y mantenerse saludable.

Confiamos en usted, como nuestro paciente o tutor, para:

- Sabe que es un socio pleno en atención de su hijo.
- Entrar a cada visita con todas las actualizaciones sobre medicamentos, suplementos dietéticos, o remedios usas y preguntas que tenga.
- Sepamos cuando su niño ve otros proveedores de salud para que podamos ayudar a coordinar el cuidado mejor para el paciente.
- Mantenga programar citas o llame para reprogramar o cancelar lo antes posible.
- Entender la condición de salud del paciente, preguntas sobre sus cuidados y nos dicen cuando no entienden algo.
- Conocer la condición del paciente (s) y lo que usted puede hacer para mantenerse tan sano como sea posible.
- Seguir el plan que hemos acordado es lo mejor para la salud del paciente.
- Tome los medicamentos según lo prescrito.
- Llame si usted no recibe los resultados de los pacientes dentro de 2 semanas.
- En contacto con nosotros después de horas sólo si el número de pacientes no puede esperar hasta el día siguiente.
- Si es posible, en contacto con nosotros antes de tomar el paciente a la sala de emergencias o urgencias.
- Aprender acerca de la cobertura de seguro de salud y Pediatria Middleburg/Normandía póngase en contacto con si usted tiene preguntas sobre los beneficios del paciente.
- Pagar su cuota de cargos.
- Nos dan retroalimentación para mejorar nuestra atención para su hijo.

Esperamos trabajar con usted como proveedor de cuidado primario de su hijo en su hogar médico centrado en el paciente.

Firma del proveedor:

Fecha:

Firma del paciente o tutor:

Fecha:

Middleburg Pediatrics

Política financiera

Como médico, estoy comprometido a proveerle la mejor atención médica posible. Para lograr este objetivo, necesitamos que usted es su ayuda y su comprensión de nuestra política de empresa.

PAGO DE SERVICIOS ES DEBIDO EN EL TIEMPO DE SERVICIOS PRESTADOS:

Aceptamos *efectivo, personaly* todas las *principales tarjetas de crédito*. Devuelto los cheques están sujetos a un cargo por servicio de \$25,00 y *perderá su privilegio de escribir cheques*.

COBERTURAS DE SEGURO HMO/PPO:

COPAGOS Y DEDUCIBLES DEBERÁN PAGARSE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. Porque estamos bajo contrato con estas compañías de seguros, nos presentará su seguro.

ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS:

No presentar con *terceros pagadores* para vehículo de motor u otros accidentes. No hacemos *arreglos con cualquier abogados* para sostener su facturación hasta que se coloca un caso judicial. *Pago en completo se espera que en el momento de Cada visita*.

PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN DEL LABORATORIO:

He sido informado que todo procedimiento del laboratorio realizado fuera de la oficina (análisis de sangre, cultivos, citologías etc.) no se incluirán los gastos de *Pediatría Middleburg/Normandía*. Todos los exámenes son realizados por un laboratorio exterior de laboratorio son facturados por separado marchitar mi compañía de seguros o yo mismo. Entiendo que todos los gastos no están cubiertos por mi seguro son *mi responsabilidad*. Dirigirán a preguntas respecto a una factura o una declaración de un laboratorio exterior al laboratorio. *Pediatría de Middleburg/Normandía* enviará a mis muestras de laboratorio a un laboratorio que acepta mi seguro.

POLÍTICA DE PRESENTARSE:

Habrá un *cargo de \$35,00* si usted no se presenta para su cita. Es *su responsabilidad* notificar a la oficina *24 horas* por adelantado si usted no puede asistir a su cita.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO:

Soy el paciente, o representante debidamente autorizado del paciente y por este medio voluntariamente consentir y autorizar cuidado *compassing* todos los tratamientos diagnósticos y terapéuticos considerados necesarios a juicio de mi médico o su designado para mí, mi hijo menor de edad u otros. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que *no hay garantías* se han hecho como resultado de tratamientos o exámenes realizados. Este formulario ha sido completamente explicado a mí y declaro que entiendo y acepto su contenido como se indica.

HIJOS DE PADRES DIVORCIADOS:

PAGO ES DEBIDO AL TIEMPO SE PRESTAN LOS SERVICIOS, NO IMPORTA QUIÉN ES EL RESPONSABLE POR EL DIVORCIO.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD:

yo personalmente ha recibido una copia de la política de privacidad de *Pediatría Middleburg/Normandía* y haber tenido la oportunidad de tener mis preguntas, si cualquier, contestó.

ACUERDO FINANCIERO:

Con mucho gusto discutiremos su tratamiento propuesto y hacer nuestro mejor esfuerzo para responder a cualquier pregunta relativa a su seguro. Usted debe darse cuenta, sin embargo,:

- Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos una parte del contrato.
- No todos los servicios son un beneficio cubierto en todos los contratos. Algunas compañías de seguros *arbitrariamente* seleccionar ciertos servicios no cubren (por ejemplo, exámenes físicos anuales y mudanzas mole).

Debemos destacar que como sus proveedores de atención médica, nuestra relación y preocupación está con usted y su salud, *no su compañía de seguros*. TODOS LOS CARGOS SON SU RESPONSABILIDAD DE LOS SERVICIOS DE FECHA SON PRESTADOS.

Se emprenderán acciones de colección para cualquier cargo: los que seguro tiene no pagados, más de 90 días incluidos. Nos damos cuenta de que surgen las situaciones de emergencia que puede afectar a un pago oportuno de su cuenta. Si *circunstancias extremas ocurren*, contacte con nosotros inmediatamente para asistencia en la gestión de su cuenta.

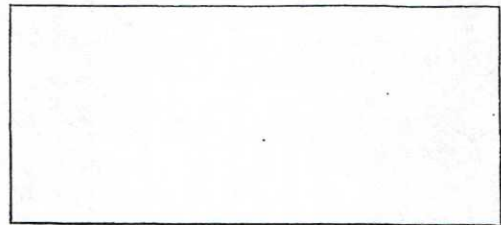
Lo hago por este medio *autorizo* a la información necesaria para presentar un reclamo con mi compañía de seguros y asignar beneficios por pagar si no me a *Pediatría Middleburg/Normandía*.

Firma fecha

Firma fecha

Patient Name/Nombre: _____

Date of Birth: _____ MR#: _____



Practice Information

Risk Factors for Pediatric TB (Tuberculosis)/Factores de Riesgo Para TB (tuberculosis) Pediátrico

- 1. Yes/Si No Are you or the child foreign born? Nacido en el extranjero?
- 2. Yes/Si No Do you have a family history of TB in the past 2 or 3 generations?
Historia familiar de Tuberculosis en las dos generaciones anteriores?
- 3. Yes/Si No Is there an adult with HIV infection in or around the family?
Hay algun adulto con HIV que sea parte de la familia o cercano a ella?
- 4. Yes/Si No Do you have a family member who has been in jail within the past 5 to 10 years?
Tiene un miembro de la familia que haya estado encarcelado en los ultimos 10 años?
- 5. Yes/Si No Do you have or care for foster children who may have risk factors for TB or whose
histories are missing? Cuida niños que no son suyos y puedan tener riesgo de Tuberculosis o cuya
historia sea desconocida?
- 6. Yes/Si No Do you live in a high-risk neighborhood or in one with migrant families or the homeless?
Vive en un vecindario con familias inmigrantes, personas sin casas, o en resindario de alto riesgo?

Lead Risk Assessment/Asseso de Riesgo De Plomo

- 7. Yes/Si No Does your child eat dirt, soil, or paint chips? Su niño come tierra o pedazos de pintura?
- 8. Yes/Si No Was your home or a frequently visited home (daycare, relative, friend): La casa en que viven o
visitan con frecuencia (casa de pacientes o amigos o una escuela guarderia):
 - a. Built before 1978? Fue construida antes de 1978?
 - b. Have recent, on-going, or planned renovations?
Esta hacienda arreglos o renovaciones en la casa ahora o planea hacerlo?
 - c. Have cracked or peeling paint inside or outside?
Tiene pintura que se este pelando o rompiendo?
- 9. Yes/Si No Does the child play near a lead smelter, battery recycling plant, firing range, or other
lead-identified industry? Sus hijos juegan cerca de una fabrica de plomo, o planta de reciclo de
baterias, o en campos de tiro al blanco?
- 10. Yes/Si No Does the child have regular contact with anyone who:
Su niño tiene contacto regular con una persona que:
 - a. Works in lead-related occupations (i.e. smelter, auto battery factory, radiator shop,
house remodeling)? Trabaja con plomo (trabaja en una planta de baterias de automoviles o
en una tienda de radiadores)?
 - b. Has been diagnosed with lead poisoning such as a playmate or sibling? Haya sido
diagnosticado de intoxicacion por plomo, como un amigo o hermano?
 - c. Has hobbies or activities which deal with fishing weights, pottery, ammunition,
stained glass, toy metallic soldiers, refinishing furniture, or burning lead painted wood?
Tiene hobbies o actividades con plomos de pesca, municiones, juguetes de plomo, alfareria,
maderas quemadas con pintura de plomo, vidrio de color?

Parent or Guardian Signature/
Firma de padre o guardian:

Date/Fecha:

Provider Signature:

Middleburg Pediatrics
91 Branscomb Rd, Suite 3
Green Cove Springs, FL. 32043
904-861-1034

Acuse de recibo del aviso de privacidad

Estamos obligados por ley a proveerle una copia de nuestra *política de privacidad de*. Para asegurar que nuestros registros son correctos, firmar este formulario y devolverlo a la recepcionista a reconocer que han sido *siempre* una copia de nuestro *aviso*.

X _____

Firma del paciente (o Representante Legal)

HOJAS DE INFORMACIÓN PRÁCTICA:

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Al firmar abajo, reconozco que he recibido, revisado, entender y cumplirá con las políticas y procedimientos explicados en la *Middleburg / Normandía Pediatría* forma práctica hojas de información para los pacientes.

Nombre impreso

Firma Fecha Nombre

Gracias

Personal de Pediatría de Middleburg

Registros físicos y tiros

Para obtener una **copia certificada** de la forma azul y amarillo (física y registro de tiro) se le cobrará una tarifa de \$3.00 efectivo para ambos o efectivo de \$2.00 por uno. **Esto es sólo en efectivo.**

Al firmar abajo usted entiende esta política de oficina y debe pagar en efectivo antes de que estas formas.

(Formas no deben ser de color azul y amarillo)

Nombre en imprenta

Firma

Fecha

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Yo doy _____

Permiso para llevar a mi niño, _____

a Middleburg pediatría para:

	SÍ	NO
1.) vacunas	_____	_____
2.) recoger medicamentos	_____	_____
3.) recibir instrucciones	_____	_____
4.) Cuidado Médico General	_____	_____
5.) dejar mensaje en la máquina	_____	_____

Firma

Testigo

Portal Web de Middleburg Pediatrícs

¡Ahora usted puede hacer todo excepto ver su proveedor en línea! No más llamada de teléfono, te llamamos. Todo lo que necesitamos es tu dirección de correo electrónico para inscribirse en le hoy mismo!

Usted será capaz de:

- Editar con información personal de su hijo
- Enviar y recibir mensajes de su proveedor de
 - Vista y solicitud de citas
 - Ver carta de su hijo
- ¡Solicitud de recambios y mucho más!

Cómo iniciar sesión en:

1. tipo de dirección web
2. iniciar sesión con tu usuario y contraseña que te dio
3. puede cambiar de contraseña una vez que tu sesión en
4. Compruebe la información de su niño y usted y cambiar si es necesario

Si tienes más de un niño, hay un desplegable de la ventana a la izquierda dicho la pantalla.
Elegir qué niño le gustaría ver.

Por favor imprima claramente tu dirección de correo electrónico aquí

Generará una contraseña para que usted _____

(No dan esta información a nadie. Quien tenga esta información tiene acceso a información personal de su hijo y usted!)

Ir a www.dr-connect.com/MEM/ e inicie sesión.

SI USTED TIENE CUALQUIER PROBLEMA, SIENTA POR FAVOR LIBRE DE DARNOS UNA LLAMADA

EN

904-861-1034

¡GRACIAS!