

**SHALOM PEDIATRICS
VICTOR & BOSEDE OGUNLANA MD FAAP
2116 W. Griffin Pkwy
Mission, Texas 78572
PH(956)519-2800 FX(956)519-9424**

.INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ SS# _____ Fecha de nacimiento: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____Codigo Postal: _____
Telefono#: _____ Edad: _____ Raza: _____ Origen: _____

INFORMACION DE PADRES

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
SSN#: _____ Empleador _____ Numero de Trabajo#: _____
Aseguro. _____ Poliza#: _____
Nombre de Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
SSN#: _____ Empleador _____ Numero de Trabajo#: _____
Aseguro. _____ Poliza#: _____

INFORMACION DE ASEGURO

Persona responsable de aseguranza: Padre, Madre,Guardian **ASEGURO** MEDICAID,OTHER

Nombre De Persona En Caso de Emergencia

Nombre: _____ Relacion _____
Telefono: _____ Referido por: _____

Asignacion De beneficios del Aseguro

Yo autorizo el pago de parte de mi compania de aseguro para Shalom Pediatrics por los servicios recibidos.Yo entiendo que soy responsable por el deducible que no es pagado por la compania de aseguro medico.Tambien entiendo que mi consulta puede ser afectada por Shalom Pediatrics.

Fecha _____ Firma _____

Autorizo a Shalom Pediatrics para solicitar beneficios a mi favor por los servicios cubiertos por los médicos o la orden médica. Solicito que el pago de mi compañía de seguros directamente a Shalom Pediatrics.

Fecha _____ Firma _____

Reconozco que el pago es debido en el momento si tratamiento, a menos que otros arreglos se hacen. Estoy de acuerdo que los padres o tutores son responsables de todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un niño menor de edad. Acepto la responsabilidad financiera total para todos los cargos no cubiertos por mi seguro. Me ha proporcionado el aviso de privacidad y han tenido la oportunidad de objetar la divulgación de cualquier seguro de salud.

Fecha _____ Firma _____

**SHALOM PEDIATRICS
VICTOR & BOSEDE OGUNLANA MD FAAP
2116 W. Griffin Pkwy
Mission, Texas 78572
PH(956)519-2800 FX(956)519-9424**

RX HUB FORMULARIO BENEFICIOS DATOS FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Datos de beneficios de formulario se mantienen para los proveedores de seguro de salud por organizaciones conocidas como los administradores de beneficios de farmacia (PBM). PBM es terceros administradores de programas de prescripción de drogas cuyas responsabilidades primarias son procesar y pagar reclamos de drogas de prescripción. También desarrollar y mantener los formularios, que son listas de prescindibles medicamentos cubiertos por un plan de beneficios de medicamento en particular.

Puede que necesitemos acceder a sus datos, mantenido por el PBM saber qué medicamentos han prescrito a usted en el pasado y saber qué medicamentos están cubiertos por su plan de seguro.

Al firmar abajo yo doy permiso para **Shalom Pediatrics** acceder a mis datos de beneficios de farmacia electrónicamente a través de RxHub. Esta autorización permitirá a **Shalom Pediatrics** para:

- determinar los beneficios de farmacia y drogas copagos para plan de salud del paciente.
- Comprobar si un medicamento está cubierto (en formulario) bajo plan del paciente.
- Mostrar alternativas terapéuticas con rango de preferencia (si está disponible) dentro de una clase de medicamentos para medicamentos fuera del formulario.
- Determinar si el plan de salud del paciente permite prescribir a las farmacias de pedido por correo electrónico y si es así, e-prescribir a estas farmacias
- Descargar un listado histórico de todos los medicamentos recetados para un paciente por cualquier proveedor.

En Resumen, pedimos su permiso para obtener información de formulario e información sobre otros medicamentos prescritos por otros proveedores de servicios utilizando RxHub.

Nombre del (Paciente)

Fecha De Nacimiento

Firma del Padre/Guardian

Fecha

**SHALOM PEDIATRICS
VICTOR & BOSEDE OGUNLANA MD FAAP
2116 W. Griffin Pkwy
Mission, Texas 78572
PH(956)519-2800 FX(956)519-9424**

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNA Y TRATAMIENTO

Al firmar abajo, yo doy consentimiento (paciente) que cualquier tratamiento o vacunas necesarias, que ha sido prescrito por mi médico. Reconozco que puede ocurrir una reacción adversa. Aunque cualquier reacción es rara, la reacción más común podría ser un área de hinchazón local y enrojecimiento en el sitio de administración de la vacuna. Las reacciones más severas raramente ocurren.

Al firmar abajo usted da su consentimiento y reconoce que ha leído la información anterior proporcionada a usted y que usted entiende completamente la posibilidad de una reacción adversa puede ocurrir.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma del Padre/Guardian

Fecha

**SHALOM PEDIATRICS
 VICTOR & BOSEDE OGUNLANA MD FAAP
 2116 W. Griffin Pkwy
 Mission, Texas 78572
 PH(956)519-2800 FX(956)519-9424**

Aviso De Actas De Privacidad de Practicas

Firmar por debajo de los medios que han recibido y comprendido este aviso. También puede solicitar una copia.

Firma de Paciente/Padre/Guardian

Fecha

Política de solicitud de registros medicos

Nuestra oficina está feliz de completar los registros médicos y solicitud de formularios de nuestros pacientes. Sin embargo, debido al volumen de documentos solicitados por nuestros pacientes o representantes y de conformidad con las tarifas aplicables regidas la Junta de examinadores del estado de Texas, hemos tomado la decisión de cobrar por estos servicios.

A continuacion, figuran los cargos por los formularios solicitados

Tipo de Formulario	Paginas1-20	Despues de la pagina 20
Forma De Descapacidad	\$25.00	N/A
Declaracion Fracturada Detallada	\$25.00	\$.50
Rayos X	\$25.00	\$.50
Expediente Medico	\$25.00	\$.50
Tarjetas de vacunacion, o copia	\$5.00	N/a
Citacion/Declaracion Jurada	\$25.00	\$.50
Registros de Facturacion Citacion/ Declaracion Jurada	\$25.00	\$.50
Gastos de envio y entrega	\$8.00	N/A
Notaria	\$15.00	N/A

Nota: Aunque una forma puede no ser mencionada, no significa necesariamente que no es un artículo costo.

El paciente es responsable por el costo, y pedimos ser recibido el pago antes de la liberación o por fax cualquier formulario o registro.

* Se hará todo lo posible para llenar su solicitud de registro o formulario tan pronto como sea posible pero requieren un mínimo de 5 días hábiles antes de la terminación. Firma abajo sólo reconoce que ha leído y entendido la política de registros/formularios.

Firma Del Paciente/Padre/Guardian

Fecha

**SHALOM PEDIATRICS
VICTOR & BOSEDE OGUNLANA MD FAAP
2116 W. Griffin Pkwy
Mission, Texas 78572
PH(956)519-2800 FX(956)519-9424**

Acta de Reconocimiento De Practicas Privadas

Por la presente reconozco que he recibido una copia de un aviso de prácticas de privacidad de: Shalom Pediatrics y que entiendo estas políticas. Considero que estas políticas a ser justos y darse cuenta de que debo necesito una excepción especial a estas políticas; Esta práctica hará su mejor capacidad para acomodar estas necesidades.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma Del Padre: _____

Fecha de recibido: _____

Firma del testigo: _____

Nombre Del Paciente

Fecha

Dr. Ogunlana, poseen un interés de propiedad o inversión en Doctor Hospital en Renaissance, LTD. Los referimos al Hospital del Doctor en el Renaissance para el tratamiento o pruebas. Si se oponen a la consulta o tiene alguna pregunta sobre el aviso, por favor hágamelo saber. Este aviso es dado a usted como lo requiere la ley federal y regla y reglamentos del hospital.

Firma del Padre/Guardian

Fecha