

# NEW BRAUNFELS PEDIATRIC ASSOCIATES, P.A.

1535 E. Common Street, & Annex Bldg. 1533 E. Common Street, New Braunfels, Texas 78130

& 237 Hunters Village, New Braunfels, Texas 78132

Office # (830)625-9153 Fax # (830)609-0572

Timothy Owens, M.D., Mark Statler, M.D., Jay Weinberg, M.D., Sarah Rieger, M.D., Ramona Peck, M.D.,  
Michelle Bernardy, M.D., Kristen Roeder, M.D., Rachel Hayden, PA-C., Wendi Reagan, RN, CPNP,  
Ismaela Gomez, DNP, RN, CPNP, Kristen Roach, RN, CPNP, Sherry Martinez, RN, CPNP

Gracias por elegir nuestra oficina. A fin de atenderle correctamente, necesitaremos la información siguiente.

## INFORMACIÓN PACIENTE

NOMBRE: Último	Primer	M.I.	Edad	Géneo
Fecha de Nacimien	Telefoee de casa de paciente			
Dirección Paciente	Cludad	Estado	Código postal	
Niño Vive Con	Nombre de Emergencia y Relacion	Teléfono de Emergencia*		
El Nombre de La Madre	A Casa Telefoee *	Teléfono celular *		
La Dirección de la Madre	Cludad	Estado	Código postal	
La Fecha de la Madre de Nacimiento	Seguridad social *	Permiso de conducir *		
El Patrón de la Madre	Telefoee	La Dirección de Correo Electrónico de la Madre		
El Nombre del Padre	A Casa Telefoee *	Teléfono celular *		
La Dirección del Padre	Cludad	Estado	Código postal	
La Fecha del Padre de Nacimiento	Seguridad social *	Permiso de conducir *		
El Patrón del Padre	Telefoee	La Dirección de Correo Electrónico de la Padre		
Los Nombres Llenos del Hermano				
Razón de visita de hoy				
Antiguo Doctor	Mandado por			

## INFORMACIÓN DE SEGUROS

(Por favor presente la tarjeta de seguros en el tiempo de la visits)

Nombre de Compañía de Seguros Primaria	Dirección de Compañía de seguros	Cludad	Estado	Código postal
Nombre de Tenedor de Política	Fecha de Nacimiento	Tenedor de Política Se dirige	Cludad Estado	Código postal
Grupo *	Política *	Cantidd de co-paga		
Nombre de Compañía de Seguros Secundaria	Dirección de Compañía de seguros	Cludad	Estado	Código postal
Nombre de Tenedor de Política	Fecha de Nacimiento	Tenedor de Política Se dirige	Cludad Estado	Código postal
Grupo *	Política *	Cantidd de co-paga		

Por este medio autorizo el pago de beneficios de seguros a Timothy Owens, M.D., Mark Statler, M.D., Jay Weinberg, M.D., Sarah Rieger, M.D., Ramona Peck, M.D., Michelle Bernardy, M.D., Kristen Roeder, M.D., Rachel Hayden, PA-C, Wendi Reagan, RN, CPNP, Ismaela Gomez, DNP, RN, CPNP, Kristen Roach, RN, CPNP y Sherry Martinez, RN, CPNP. También autorizo los susodichos partidos llamados para liberar la información para pagos de beneficios. Una fotocopia será tan válida como el original.

He leído y entiendo la política financier de la práctica y consiento en estar ligado por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo que tales términos pueden ser enmendados de vez en cuando por la práctica. Para cualquier atenuación o circunstancias extrañas, por favor póngase en contacto con el administrador de clinica Mary Owens, RN, CMPE, CMM, CPC, CPEDC en (830) 625-9153.

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

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

**Lengua Preferida**

- Inglés
- Español
- Otro

**La pertenencia étnica (comprueban un único)**

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

**La raza (comprueban todo lo que se aplica)**

- Amerindio o Natural de Alaska
- Asiático
- Americano negro o africano
- Hawaiano Natal u Otro Isleño Pacifico
- Blanco
- Otra Raza

**AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE SALUD  
FORMA DE RECONOCIMIENTO**

**Nuevos Socios Pediátricos Braunfels, P.A.**

*El aviso adjunto describe como la información médica sobre usted puede ser usada y revelada y como usted puede conseguir el acceso a esta información. Por favor firme esta hoja de tapa que acusa el recibo de la política y devuélvalo al recepcionista. Examine la política con cuidado y avisenos si usted tiene alguna pregunta o peticiones.*

*Por mi firma abajo, reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Información de Salud de Nuevos Socios Pediátricos Braunfels, P.A. Entiendo que la organización reserve el derecho de cambiar su aviso y las prácticas y antes de la realización enviarán una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a como mi información de salud puede ser usada o revelada y que no se requiere que la organización esté de acuerdo con las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, except al grado que la organización este de acuerdo con las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, except al grado que la organización ha tomado medidas ya en la confianza sobre eso.*

Guarda paternal o Legal: \_\_\_\_\_

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

La persona (s) puso en una lista abajo tienen mi permiso de buscar la asistencia médica para mi niño Nuevos Socios Pediátricos Braunfels, P.A.

Nombre	Relación a Niño
Nombre	Relación a Niño
Nombre	Relación a Niño

**Por favor, lea atentamente**

Cuando el guarda paternal o legal del niño designó encima, por este medio autorizo a Timothy Owens, M.D., Mark Statler, M.D., Jay Weinberg, M.D., Sarah Rieger, M.D., Ramona Peck, M.D., Michelle Bernardy, M.D., Kristen Roeder, M.D., Rachel Hayden, PA-C, Wendi Reagan, RN, CPNP, Ismaela Gomez, RN, DNP, CPNP, Kristen Roach, RN, CPNP and Sherry Martinez, RN, CPNP. O su representante médico, para realizar el tratamiento médico requerido consideraron aconsejable para el paciente. Por este medio autorizo a mi médico para instruir a su/su enfermera especialista de asistir él/sue n ciertos aspectos de la asistencia medica de mi niño. Entiendo que una enfermera especialista no es un médico autorizado y puede diagnosticar y tratar una enfermedad, herida o condición médica, sólo en la supervisión y dirección de un médico. Adelante entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, y puedo solicitar para ser visto por mi médico. Realizo que ningunas garantías pueden ser hechas en cuanto al resultado eventual del tratamiento médico aconsejado o realizado. Sin embargo, puedo esperar el tratamiento médico aconsejado o realizado para ser el sonido en el estandar médico aceptado.

Guarda paternal o Legal

Fecha

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

## La Orientación paciente & Forma Financiera de Política

### Citas

- Cada visita requiere una cita. Si usted entra sin cita, lo podemos ver a como el tiempo permite, a menos que esto sea una urgencia. Si el paciente es trabajado en a una lista llena hay unos honorarios de 35.00 dólares de interrumpir las horas de cita regulares.
- Today las citas despues de las 5:00 de la tarde y los sabados seran considerados despues de citas de hora e incurriran en unos honorarios de 20.00 dolares ademas de los honroarios de visita de oficina.
- Si uste falta una cita o no la cancela en 24 horas se le incurrirán en unos honorarios de 25.00 dólares ademas de los honorarios de visita de oficina. Una carta se le mandara se el problema segue. Si uste tiene 3 faltas, le resultardía en terminacio de la practica y uste tenderia que encontrar un Nuevo medico para sus ninos.
- No se puede ver a un paciente menor de 18 anos sien sus padres o adulto responsable. Por favor no mande minors solos a la visitas.
- Cuando su nino tenga 18 anos, ellos son considerados a un adulto legal y como tal no podemos liberar ninguna información sin su consentimiento escrito.

### Enfermera Llama/Después de que las Urgencias de la Hora

- Nuestras enermemas le llamarán de nuevo en la orden que las llamadas son recibidas. Si usted siente que su problema es una urgencia, por favor indique este al recepcionista y ellos expedirán el mensaje a una enfermera.
- Si usted llama fuera de horario y su llamada no es una urgencia por favor use "la Llamada de enfermera" en 1-877-647-7440. Si "la Llamada de enfermera" no es capaz de contestar sus preguntas ellos aconsejarán que usted llame el cambio médico (830) 608-3402 para hablar al doctor de guardia. Por favor deje al camio médico saber que usted ya habló "a la Llamada de enfermera".

### Seguro y Facturación/Colecciones

- Nuevos Socios Pediátricos Branfels participa con muchos seguros y proyectos de seguro de enfermedad. La inclusión en el plan de seguros no indica que participamos en todos los grupos proporcionados por estos aseguradores. Por favor verifique con su plan de seguros o patrón/agente que participamos con su plan de grupo especifico. Por favor recuerde que su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es personalmente responsable de cualquier cuenta, o porcion de eso, no pagado por su compania de seguros. El pago es debido en servicios de tiempo dados, incluso co-pagas. En caso de que su plan de salud determine cualquier servicio no para ser "cubierto," será responsable usted del precio completo e que su plan de salud determine cualquier servicio no para ser "cutierto," será responsable usted del precio complete.
- Por favor verifique beneficios de cuidado preventivos con su compañía de seguros incluso limitaciones, exclusions y cobertura de vacuna. Cuando un paciente es sujeto a limitaciones o si la cobertura de inmunización no está en el 100% usted puede sere elegible para la Vacuna para el programa de Niños.
- Durante su visita de salud si otro problema o diagnóstico son descubiertos, habló y trató puede haber un precio adicional.
- Como un defensor para nuestros pacientes jóvenes, los Nuevos Socios Pediátricos Braunfels no intervendrán en ninguna disputa de custodia o disputa de responsabilidad financier entre padres u otros partidos responsables. Los Nuevos Socios Pediátricos Braunfels enviarán la declaración a la proporcionada y no pueden contemplar más de un partido para la responsabilidad financiera.
- Cualquier control devuelto para fondos insuficientes incurrirá en unos honorarios de 30.00 dólares.
- Desde el 19 de mayo de 2014, cualquier cuenta presentada a la agencia de colección será sujeta a un gasto de agencia de colección que puede estar basado en un porcentaje en un máximo del 28% de la deuda, y todos los gastos, y gastos, incluso honorarios de abogado razonables en los cuales incurrimos en tales esfuerzos de colección.
- Solicitando archivos médicos ser enviado a otro doctor para la transferencia del cuiddo, un máximo de 27.00 dólares será debido. Si los archivos van a un especialista, o todo que usted necesita es una copia de la oja sumaria y registro de tiro, ningunos honorarios se aplicarán.

Siblings Name & DOB: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_