



844 N Thornton Ave
Orlando, Fl 32803
407.398.6470

11325 Lake Underhill Rd.
Orlando, Fl 32825
407.398.6702

13750 W Colonial Dr
Winter Garden, Fl 34787
407.905.4717

3801 W Lake Mary Blvd
Lake Mary, Fl 32746
407.585.0568

1267 W. Osceola Pkwy
Kissimmee, Fl 34741
407.569.0220

1500 Alafaya Trail
Oviedo, Fl 32765
407.385.1790

Bienvenido a Night Lite Pediatrics

Se hará todo lo posible para garantizar que su tiempo de espera se mantenga al mínimo. Sin embargo, ya que somos un centro de atención de urgencias, a veces es necesario atender a los pacientes según el nivel de severidad. Ya que las emergencias pueden tardar más de lo anticipado, su paciencia es muy apreciada.

Fecha: _____ Hora: _____ Teléfono #: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Pediatra : _____

¿Por qué estamos viendo a su hijo hoy? _____

¿Tiene su hijo un historial de convulsiones? si no

¿Es su niño alérgico a algún medicamento? si no Nombre: _____

En caso afirmativo ¿qué sucede cuando se toma este medicamento?: _____

¿Tiene su hijo (ahora) dificultad para respirar? si no

¿Tiene su hijo fiebre? si no Temperatura: _____ °

Encierre en un circulo el último medicamento dado: **Tylenol** / **Motrin** dado @ _____ am/pm

¿Ha vomitado su niño hoy? sí no

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

OFFICE USE ONLY

Follow-Up Call:

Date: _____

Parent's Words _____

Person Calling: _____



Central Florida Pediatric Intensive Care Specialists



**&
Night Lite Pediatrics**

Bienvenido a nuestra Práctica. Night Lite Pediatrics comparte un objetivo común de proporcionarle nuestra mejor atención. Le animamos a hacer preguntas sobre su cuidado, tratamiento y nuestras políticas. Haremos todo lo necesario para que su visita sea lo más agradable posible. En Night Lite Pediatrics, estamos comprometidos a ofrecer atención de calidad en la forma más eficaz los 365 días del año.

PACIENTE NUEVO (INFORMACIÓN)			
<u>Nombre del Paciente</u>		<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Masculino</u> <input type="checkbox"/> <u>Femenino</u> <input type="checkbox"/>
<u>Dirección</u>		<u>Apto #</u>	<u>Número del Seguro Social</u>
<u>Ciudad</u>	<u>Estado</u>	<u>Código Postal</u>	<u>Referido por</u>
PADRES O TUTORES (INFORMACIÓN)			
<u>Nombre de la Madre</u>		<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Número del Seguro Social</u>
<u>Número del celular</u>	<u>Teléfono del trabajo de los padres si es menor</u>		<u>Lugar de Trabajo/ Ocupación</u>
<u>Nombre del Padre</u>		<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Número del Seguro Social</u>
<u>Número del celular</u>	<u>Teléfono del trabajo de los padres si es menor</u>		<u>Lugar de Trabajo/ Ocupacion</u>
EN CASO DE EMERGENCIA			
<u>Nombre</u>	<u>Teléfono de la casa</u>	<u>Número del celular</u>	
INFORMACIÓN DEL SEGURO			
<u>Nombre del Seguro</u>		<u>Número de Teléfono</u>	
<u>Nombre del Asegurado</u>		<u>Relación con el paciente asegurado (Por favor encierre en círculo)</u> Padre / Sí mismo / Otro: _____	
<u>Número de Identificación / Número de póliza</u>		<u>Grupo #</u>	
<u>Dirección</u>		<u>Ciudad/ Estado</u>	
¿Quién, cualquiera que no sean los padres o tutor legal, tiene permiso para acceder los registros médicos de su hijo (PHI) y obtener resultados de laboratorios incluyendo traer a su hijo a Night Lite Pediatrics sin su presencia y tomar decisiones médicas para su tratamiento.		<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí a las siguientes personas:
<u>Nombre</u>	<u>Relación con el Paciente</u>		
<u>Nombre</u>	<u>Relación con el Paciente</u>		
<u>Nombre</u>	<u>Relación con el Paciente</u>		

Yo certifico que la información anotada arriba es correcta a lo mejor de mis conocimientos. Libero CFPICS / NLP, sus empleados y médicos de toda responsabilidad por cualquier resultado adverso causado por mi autoridad para tratar, informar y discutir con la persona(s) arriba, en referencia a la atención de mi hijo y expedientes médicos.

Firma del Paciente o Guardián Legal: _____

Fecha: _____

Firma de la persona responsable de la cuenta : _____

Iniciales Clinica: _____

Fecha: _____

Monday-Friday 4pm-Midnight



Saturday-Sunday Noon-Midnight

<p>Referencias</p> <p>Su médico de atención primaria debe revisar y aprobar referencias basadas en la necesidad médica. Night Lite Pediatrics participa con diferentes planes de seguro y cada plan tiene regulaciones específicas de como manejar la referencia. Por favor, contacte su médico el siguiente día hábil e infórmele de su reciente visita a Night Lite Pediatrics. MUCHAS COMPANIAS DE SEGUROS NO HACEN RETROACTIVA SU REFERENCIA: SI USTED FALLA EN OBTENER UNA REFERENCIA, SERA RESPONSABLE POR TODOS LOS CARGOS ICURRIDOS.</p>	<p><u>Iniciales</u></p> <hr/>
<p>Resultados de laboratorios y Rayos X</p> <p>Usted será notificado por teléfono de resultados anormales. Le pedimos que nos dé tiempo suficiente para recibir su notificación. En la mayoría de los casos, su médico de atención primaria habrá recibido un fax de nuestras instalaciones con los resultados. Normalmente los laboratorios realizados en Night Lite Pediatrics se mandan Florida Pathology Lab. Florida Pathology Lab se ha acomodado a nuestras horas nocturnas de servicio al obtener resultados inmediatos (STAT), por lo tanto nosotros preferimos utilizarlos. Sin embargo, normalmente su compañía de seguros tiene normas estrictas de utilizar "sus laboratorios contratados". Por favor infórmenos si su compañía de seguros tiene esta directriz. No nos hacemos responsables si los laboratorios son enviados a una instalación que no esté en contrato con su compañía de seguro. Usted recibirá una cuenta separada de la empresa de laboratorio. Por favor marque su preferencia abajo: Quest <input type="checkbox"/> Lab Corp <input type="checkbox"/> Florida Pathology <input type="checkbox"/> Cognoscenti Lab <input type="checkbox"/> Cualquier laboratorio <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Iniciales</u></p> <hr/>
<p>Política Financiera</p> <p>Para los pacientes asegurados, si su compañía de seguros requiere un co-pago por su visita o un deducible, este será efectivo al momento del servicio. Tenga en cuenta que usted es responsable de todos los co-pagos, servicios no cubiertos y las cantidades deducibles. Su cobertura con la compañía de seguros es un contrato entre usted, el paciente y su compañía de seguros, el asegurador. Es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro cuando usted está recibiendo servicios en un centro de cuidados de urgencias o laboratorios. Tenga en cuenta que "Centros de Cuidado de Urgencias" tienen mayores co-pagos y deducibles. Nuestros gastos serán superiores a los de su pediatra, pero significativamente mas bajos que los de la sala de emergencias.</p> <p>Para los pacientes no asegurados, el pago se hace al momento del servicio. Un descuento substancial se ofrecerá a los pacientes que pagan de su bolsillo/por su cuenta/por si mismos. Le cobraremos un mínimo de 120 dólares, con un máximo de 360 dólares dependiendo de la gravedad del caso.</p>	<p><u>Iniciales</u></p> <hr/>
<p>Autorización de Seguro de por vida</p> <p>Solicito que el pago del seguro autorizado (Medicaid, Managed Care, comercial) sea hecho hacia mi persona o en mi nombre hacia CFPICS y NLP por a cualquier servicio que haya sido ofrecido a mi por CFPICS y NLP. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a comunicar al Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos a los servicios relacionados.</p> <p>Entiendo que mi firma solicita que el pago se efectue y autoriza la divulgación de información médica necesaria para pagar el reclamo. Si el artículo 9 del formulario de reclamación HCFA-1500 se ha completado, mi firma autoriza dar a conocer la información médica a la compañía de seguros o agencia descrita. En los casos asignados a Medicaid, el médico o el proveedor se compromete a aceptar el cargo que la compañía Medicaid HMO determine, como el cargo completo y el paciente sera responsable sólo por el coseguro y los servicios de co-pago. El coseguro y los deducibles son basados en el cargo que el HMO determine.</p> <p>Yo autorizo que los pagos de los beneficios del seguro sean hagan directamente a CFPICS & NLP, por servicios ofrecidos y tambien a dar cualquiera información médica para procesar los reclamos. Yo soy reponsable de todos los co-pagos, servicios no cubiertos y deducibles</p>	<p><u>Iniciales</u></p> <hr/>

Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha

Iniciales Clinica: _____

Fecha: _____

Monday-Friday 4pm-Midnight



Saturday-Sunday Noon-Midnight

Autorización para dar a conocer o utilizar información para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica

Por la presente autorizo, la divulgación o el uso de mi información médica personal (información protegida de salud o PHI) y la información de los registros médicos por **Central Florida Pediatric Intensive Care Specialist & Night Lite** con el fin de llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted debe revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Práctica para obtener una descripción más completa de la posible emisión y el uso de dicha información; y usted tiene el derecho de revisar estos anuncios antes de firmar este formulario de consentimiento.

Nos reservamos el derecho a modificar los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Si se realizan cambios a los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad, usted puede obtener una copia de la notificación revisada escribiendo a nuestra práctica o solicitando una copia a nuestro personal de recepción.

Usted conserva el derecho de solicitar que nosotros restringamos aún más la forma en que su información protegida de salud sea liberada o sea utilizada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Nuestra Práctica no está obligada a aceptar tal solicitud de restricciones, sin embargo, si estamos de acuerdo con la restricción solicitada (s), dichas restricciones son vinculadas a continuación, a la Práctica.

Estoy de acuerdo en que la Práctica puede revelar también los siguientes tipos de información contenida en mi expediente médico:	Iniciales
Información sobre HIV/AIDS (SIDA)	
Información sobre salud mental	
Información sobre Abuso de Sustancias	
Información de enfermedad de transmisión sexual	
Información sobre embarazo, si el paciente es menor de dieciocho (18)	
No estoy de acuerdo que ninguna de la información arriba sea revelada por la Práctica	

Estoy de acuerdo y doy consentimiento a Night Lite Pediatrics/CFPICS para comunicarme información en las siguientes modalidades:	Iniciales
Via Correo Postal	
Via Teléfono	
Via Fax a mi número de fax que es: _____	

En todo momento, usted conserva el derecho de revocar este consentimiento. La revocación debe presentarse a la Práctica por escrito. La revocación será efectiva, salvo en la medida en que la Práctica ya haya tomado acción basada en el consentimiento previo.

La práctica puede negarse a tratarlo si usted (o un representante autorizado) no firma este consentimiento. Si usted (o representante autorizado) firma este consentimiento y después lo revoca, la Práctica tiene derecho a negarse a brindarle tratamiento adicional a partir del momento de la revocación (salvo en la medida que la ley requiera que la Práctica trate al individuo).

He leído y entiendo la información en éste consentimiento. Al firmar este consentimiento, usted consiente al uso y la liberación de su PHI para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica tal como se describe en nuestro aviso. He recibido una copia de este consentimiento y yo soy el paciente o la persona autorizada para actuar en el nombre del paciente a firmar el documento que acredite el consentimiento a los términos anteriores.

Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha

Gracias por elegir Night Lite Pediatrics para las necesidades urgentes de atención de su hijo.

Clinica Iniciales: _____

Fecha: _____

Padres se negó a firmar