

Physicians For Children (PFC)
Patient Information / Información del Paciente

PATIENT NAME: _____ **TODAY'S DATE:** _____
 Nombre De Paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Nickname / Apodo: _____ **Age/Edad:** _____

Date of Birth: _____ **First Visit?** _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Primero Visita? Yes / Si No / No

Social Security Number: Numero de Seguro Social: _____	Patient Address / Dirección de domicilio del paciente:		
	Address: _____		Apt: _____
	City: _____	State: _____	Zip: _____

Who is the responsible party for the patient?
 Quien sera la persona responsable por el paciente? _____

INSURANCE INFORMATION / Información de seguro medico **Phone/Telefono:** _____

Insurance Company Name / Nombre de compania de seguros: _____

Who is the policy holder? _____ **Policy # or ID #** _____
 Dueno de la reclamacion? _____ No. de identificacion o poliza: _____

Do you have other insurance/Tiene otro aseguranza? Yes No **Group Number / No. del grupo:** _____

Address for mailing and statements / Dirección para correos y estados de cuenta:
 Address/Dirección: _____

City/Ciudad: _____ **State/Estado:** _____ **Zip/Codigo Postal:** _____

EMERGENCY CONTACT Emergencias

Who can we contact in case of emergency?:
 Quien deberiamos llamar en caso de emergencia?
Phone Number / Numero de Tel. : _____
Relation / Relacion: _____
* Physicians For Children may call this individual in case of a STAT lab result or appointment change, please ensure accuracy
 * La Clinica Para Ninos puede llamar este individuo en caso de resultados importantes o cambios de citas, favor de asegurar que los datos sean correctos

DAD'S INFORMATION / INFORMACION DEL PAPA (* required if policy holder/*requerida si es dueno de la reclamacion)

Father / Legal Guardian Name: _____ **SS# / # de Seguro Social** _____ **Date of Birth / Fecha de Nacimiento** _____

Nombre del padre o tutor legal: _____

Father's Home Phone: _____ **Father's Work Phone:** _____
 Numero de la casa _____ Numero de Trabajo _____

Father's Cell Phone: _____ **Father/ Legal Guardian Employer:** _____
 Numero celular _____ Empresa donde trabaja: _____

MOM'S INFO / INFORMACION DE LA MAMA (*required if policy holder/*requerida si es dueno de la reclamacion)

Mother / Legal Guardian Name: _____ **SS# / # de Seguro Social** _____ **Date of Birth / fecha de Nacimiento** _____

Nombre del madre o tutor legal: _____

Mother's Home Phone: _____ **Mother's Work Phone:** _____
 Numero de la casa _____ Numero de Trabajo _____

Mother's Cell Phone: _____ **Mother / Legal Guardian Employer:** _____
 Numero celular _____ Empresa donde trabaja: _____

PHARMACY INFO / PHARMACIA PREFERIDA

Name / Nombre: _____ **Address / Dirección** _____ **Phone Number / No de Telefono** _____

Are there other children in the family that are patients with PFC? If so please list:
 Hay otros ninos en la familia que son pacientes de PFC? _____

How did you hear about our office? Quien le refirio a PFC? _____

I certify that the information contained on this form is true and correct. Furthermore I understand that it is my responsibility and duty to inform Physicians For Children should any information contained on this form change at any time in the future.
Certifico que la información contenida en esta forma es cierta y correcto. Además comprendo que soy mi responsabilidad y obligacion informar a la Clinica Para a Niños sobre cualquier cambio que suceda en el futuro.

Signature / Firma: _____ **Date / Fecha:** _____

Physicians For Children (PFC) / Clinica Para Ninos (PFC)

Consent for Treatment/Authorization For The Use And Disclosure of Health Information

- I. I hereby acknowledge that I/my child/my ward need medical care and treatment. I voluntarily consent to the performance of the clinic services and the use of all means of diagnostic and laboratory work of any kind.
- II. I authorize Physicians For Children, its agents, directors and employees, to release medical information to third party payers, (whether private or governmental), schools, camps, daycare facilities, non-profit organizations, and sporting groups. This information may be disclosed from my child's medical records, financial records, and may include laboratory and other reports. This authorization specifically includes information concerning communicable diseases, including Human Immune Deficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Virus (AIDS), genetic information, drug / alcohol abuse and psychiatric care. I also request release of payment information by or to Physicians For Children by or to third party payers, whether required for payment or by coordination of benefits.
- III. Furthermore, I irrevocably assign any benefits available to me to Physicians For Children, and I authorize payment of those benefits directly to this provider. I authorize Physicians For Children to appeal any denial under my appeal rights provision. This authorization and assignment is irrevocable unless in writing by me, from the moment I formalize it herein and that any action/appeal made by Physicians For Children shall have the same weight as if it had been filed by me personally. I also fully understand, despite authorization and/or assignment, that pre-certification, pre-authorization, second opinions and instituting suit shall remain the sole responsibility of the patient, patient family, legal guardian, representative or agent. This Assignment does not relieve me of my liability or responsibility for charges and payment.
- IV. It is agreed and understood that I, as the designated party, am responsible for the total charges for services rendered and for any portion of my bill not paid or covered by insurance within 60 days of date of service except to the extent limited or prohibited by law, PFC policies or contractual agreements with third party payors. The amounts are due upon request and payable to PFC. I agree that if the account results in a credit balance, the credit amount will be applied to any outstanding accounts, either current or bad debt. I also hereby acknowledge that I have been informed of my right to receive an itemized bill within 60 days from the date of service and that I may receive information about charges for which I will be or am responsible by calling 866-631-2606. Physicians For Children does not establish charge accounts for payments.
- V. I certify that the information given by me/my child/my ward in applying for payment under Title XIX (Medicaid) of the Social Security Act is correct. I authorize any holder of medical or other information about me/my child/my ward to release to the Social Security Administration or intermediaries or carriers any information needed for this or a related Medicaid claim. I request that payment of authorized benefit be made on my/my child/my ward's behalf for these parties as well.
- VI. Unless revoked, I understand that this authorization will not expire.
- VII. I have been offered a copy of Physicians For Children Notice of Privacy Practices in accordance with HIPAA as well as a copy of PFC's Release of Information Policy, and I understand that I may direct any questions/concerns to the Privacy Officer at 972-608-3800 x 3004
- VIII. I acknowledge that I have been provided information and instructions regarding Patient Rights and Responsibilities; which include but are not limited to the right to make and participate in medical decisions and choose providers, the right to respectful treatment and a safe and clean environment for medical care including emergency services, the right to privacy, as well as the right to a file complaint if I feel my rights are not upheld.

Consentimiento Para Tratamiento/Autorización Para El Uso Y Publicación De Información De Salud

- I. Yo por la presente reconozco que mi/mi niño necesita cuidado y tratamiento médico. Consiento voluntariamente a que se realicen los servicios de la clínica y al uso de medios de diagnóstico y pruebas de laboratorio de cualquier tipo.
- II. Autorizo a Clínica Para Niños, sus representantes, directores y empleados, a distribuir información a terceros obligados (ya sean privados o gubernamentales), escuelas, campamentos, guarderías, organizaciones sin fines de lucro y grupos deportivos. Esta información puede ser revelada del expediente médico de mi niño, registros financieros y otros informes. Esta autorización incluye específicamente información sobre enfermedades contagiosas, incluyendo el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome Adquirido de Inmunodeficiencia (SIDA), información genética, abuso de alcohol/drogas y cuidado psiquiátrico. También solicito la liberación de información de pago por o para la Clínica Para Niños o para terceros obligados, cuando sea requerida para pagos o para la coordinación de prestaciones.
- III. Además, irrevocablemente asigno las prestaciones a mi disposición a la Clínica Para Niños, y autorizo el pago de aquellas prestaciones directamente a este proveedor. Autorizo a Clínica Para Niños para apelar cualquier negativa bajo mi provisión de derechos de apelación. Esta autorización y asignación son irrevocables a menos que yo lo señale por escrito, a partir del momento yo lo formalice aquí, y que cualquier acción/petición realizada por la Clínica Para Niños tendrá el mismo peso como si hubiese sido hecha por mí personalmente. También entiendo totalmente, a pesar de mi autorización y/o asignación, que la pre certificación, pre autorización, las segundas opiniones y demandas permanecerán responsabilidad única del paciente, familia del paciente, guardian legal, representante o agente. Esta Asignación no me libera de mis obligaciones.
- IV. Es un acuerdo que como agente designado, soy responsable de los gastos totales por servicios recibidos y por cualquier parte de mi cuenta no pagada o cubierta por el seguro 60 días después de la fecha del servicio, dentro de los límites de la ley, políticas de PFC o acuerdos contractuales con la aseguradora. Las cantidades se deben pagar a PFC a petición de tal. Estoy de acuerdo que si la cuenta resulta en un saldo positivo, la cantidad de crédito será aplicada a cualquier cuenta pendiente, ya sea una deuda presente o no pagada. También reconozco que he sido informado sobre mi derecho de recibir una factura detallada dentro de 60 días de la fecha del servicio y que puedo recibir la información sobre gastos por lo que seré o soy responsable llamando al 866-631-2606. La Clínica Para Niños no establece cuentas de crédito para pagos.
- V. Certifico que bajo el Título XIX (Seguro médico) del Acto de la Seguridad que la información presentada por mí / mi niño es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica acerca de mí / niño a liberar a la Administración de la Seguridad social o intermediarios o portadores cualquier información necesaria para este o cualquier reclamo relacionado de seguro médico. También solicito que ese pago de beneficios autorizados sea hecho a mi nombre o de mi niño.
- VI. A menos que revocada, entiendo que esta autorización no se vence.
- VII. Se me ha ofrecido una copia del documento "Aviso sobre las Prácticas de Privacidad" en acuerdo con HIPAA, y una copia de las "Normas para Distribución de Información de PFC, y entiendo que puedo dirigir mis preguntas/preocupaciones al Oficial de Privacidad al 972-245-0007 X421.
- VIII. Reconozco que se me ha proporcionado información e instrucciones sobre Derechos y Responsabilidades del Paciente; que incluyen, pero no se limitan a, el derecho de hacer y participar en decisiones médicas y escoger un proveedor, el derecho a tratamiento respetuoso y un ambiente limpio y seguro para la asistencia médica (incluyendo servicios de emergencia), el derecho a la privacidad, así como el derecho de presentar una queja si siento que mis derechos no son respetados.

PATIENT REPRESENTATIVE / REPRESENTATIVO DEL PACIENTE (<u>PRINT/ESCRIBA</u>)	RELATION TO PATIENT / RELACION AL PACIENTE	DATE / FECHA
PATIENT REPRESENTATIVE <u>SIGNATURE</u> / REPRESENTANTE DEL PACIENTE <u>FIRMA</u>	WITNESS / TESTIGO	DATE / FECHA

Physicians For Children

Release of Information Policy

Physicians For Children (PFC), has a legal and ethical responsibility to preserve the confidentiality of patient information that we retain in our medical records. To comply with the Texas Medical Practice Act of 1981, we are required to have patients sign a written release of information form before providing our patient records to other individuals or agencies.

- Authorization to release medical records is valid for a period of one year and requires a specific request and Medical Release (see following page).
- Requests made are processed in order of receipt. If the situation warrants, priority will preempt order of receipt.
- We do not provide copies of records to persons on a walk-in basis. *PFC requires a formal request for medical records be made in advance and there may be a turn-around time of 48 hours or more, depending on size of the medical record.*
- PFC reserves the right to charge a minimum of \$25 for the duplication of medical records and completion of camp and school forms.
- In order to reduce the potential liability associated with the faxing of medical records and the risk of violating patient confidentiality, PFC is only able to fax patient records to other healthcare facilities and providers.

It is illegal to deny a patient their records or refuse the transfer of their records because their account has not been paid. However, before any release of medical records is made to another physician, the PFC physician of record must review the records and/or be made aware of the request.

Normas generales de Liberacion de Informacion

Physicians For Children (PFC) tiene la obligación legal y ética de conservar la confidencialidad de la información del paciente contenida en nuestros registros médicos. Para dar cumplimiento al Acto de Práctica Médica en Texas de 1981, es requerido que nuestros pacientes firmen una solicitud de liberación de información antes de poder entregar esos registros a otro individuo o agencia.

- La autorización para distribuir registros médicos es valida durante un año y requiere una solicitud específica y una Liberación Médica.
- Las solicitudes son tramitadas en orden de recepción. Sin embargo, si la situación lo amerita, prioridad anticipada en orden de recepción.
- No proporcionamos copias de registros a personas que se presentan directamente. Aviso avanzado es necesario y puede tardar hasta 48 horas o mas dependiendo del volumen.
- PFC se reserva el derecho de cobrar a la parte responsable el costo (\$25.00) de la copia de registros médicos así como el llenado de formularios para campamentos o escuelas.
- Con el propósito de reducir el posible riesgo relacionado con el envío de dichos registros por fax y para proteger la confidencialidad del paciente, PFC sólo enviara registros de pacientes a otras instalaciones médicas y proveedores.

Es ilegal negarse a entregar o transferir los registros de un paciente debido a adeudos. Sin embargo, antes de enviar los registros, un médico de PFC debe estudiar los registros y/o ser informado de la solicitud.

Please sign to say you have read and understand the PFC Release of Information

Por favor firme para decir que usted ha leído y entiende la Poliza de Liberacion de Informacion PFC

Parent or Legal Guardian Signature

Firma del padre o tutor legal: _____

Patient Name:

Nombre del paciente: _____

Date:

Fecha: _____

PATIENT FINANCIAL RESPONSIBILITIES AND BILLING INFORMATION

Thank you for choosing Physicians For Children (PFC) as your provider of health care services. We believe it is important that we communicate our patient financial policies with you. Our office staff will be happy to help you with any questions you may have.

As a Parent / Guardian, it is in your best interest to know and understand your insurance plan benefits and your responsibility for any deductibles, co-insurance or co-payments and other plan provisions that may impact your financial responsibility.	Your Initials: _____
While you may have insurance coverage to pay your medical bills, you are ultimately responsible for all charges. You are responsible to notify our office staff of your insurance and to provide all the necessary information about your insurance plan.	Your Initials: _____
You are responsible for co-payments, co-insurance or deductibles. These payments are due and payable at each appointment when requested. PFC is required to collect your co-payment at the time of service because PFC is contracted and obligated to do so by the insurance company as a part of its agreement to extend service to their members.	Your Initials: _____
If you are utilizing your insurance benefits, you agree to assign payment from your health plan to the provider. It is your duty to notify this office if you have had a change in insurance.	Your Initials: _____
It is also your duty to ensure that the physician you are seeing is on file as your Primary Care Provider with the insurance, if these do not match you will be responsible for charges incurred because insurance will not pay.	Your Initials: _____
If your account has an outstanding balance, you must pay it in full before you will be seen.	Your Initials: _____

Your signature below certifies that you have read and understand the information as stated above.

Parent / Guardian's Name Printed: _____

Signature of Parent / Guardian: _____ Date: _____

BILLING INFORMATION:

- We accept most forms of insurance, including Medicaid and CHIP and will work with you to make sure that insurance paperwork and claims are filed in a timely manner.
- PFC will conduct credit and collections procedures in accordance with the law.
- If you need assistance, please let us know so that we may work with you.

For billing questions; please call 1-800-631-2606

RESPONSABILIDADES FINANCIERAS DEL PACIENTE E INFORMACIÓN ACERCA DE LA FACTURACIÓN

Gracias por escoger a Physicians For Children (PFC) como su proveedor de servicios médicos. Creemos que es importante compartir nuestras pólizas de responsabilidad financiera con nuestros pacientes. Nuestro personal estará a su disposición para atenderlo con cualquier pregunta que pueda tener.

Como padre o tutor, le conviene conocer y comprender los beneficios de su plan de seguro médico, así como sus responsabilidades por el pago de deducibles, co-seguro o co-pagos y otras estipulaciones que puedan afectar su responsabilidad financiera.	Sus Iniciales: _____
Aun cuando pueda tener cobertura del seguro para pagar todos sus gastos médicos, usted es responsable de notificar al personal de nuestras oficinas acerca de su seguro y proveer toda la información necesaria acerca de su plan médico.	Sus Iniciales: _____
Usted es responsable de co-pagos, co-seguros y deducibles. Estos pagos se cobran y se pagan el momento que se presta el servicio; esto es porque así lo estipula el contrato establecido entre PFC y la compañía de seguros como parte del acuerdo para ofrecer sus servicios a los asegurados.	Sus iniciales: _____
Si está utilizando los beneficios de su seguro, usted acepta asignar el pago de su plan de salud al proveedor. Es su obligación notificar a esta oficina en caso de existir cambios en su plan de seguro.	Sus iniciales: _____
También es su obligación asegurarse de que el médico que lo atendió pertenezca a la lista de médicos autorizados por su plan de seguros, en caso de no ser así, usted será responsable del pago de los gastos erogados porque la aseguradora no los cubrirá.	Sus iniciales: _____
Si su cuenta tiene un saldo pendiente, debe cubrirlo totalmente antes de que se le atienda.	Sus iniciales: _____

Su firma al calce certifica que Ud. leyó y comprendió la información anterior.

Nombre del Padre o Tutor: _____

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN:

- Aceptamos la mayoría de los seguros médicos, incluyendo Medicaid y CHIP y trabajaremos con usted para asegurarnos de que todos los reclamos sean archivados de manera oportuna.
- PFC conducirá todos sus procedimientos de crédito y cobro de acuerdo a la ley.
- Si necesita asistencia, por favor háganos saber para que trabajemos con usted.

Para preguntas de facturación, favor de llamar al 1-800-631-2606