

Estimado cuidador:

Gracias por elegir Siskin Children's Institute como socio en el cuidado de su hijo. Nuestro equipo está comprometido a brindar atención de alta calidad en un entorno centrado en la familia para garantizar que usted y su hijo se sientan cómodos y disfruten de su(s) visita(s).

Para ayudarnos a brindarle un mejor servicio a usted y a su hijo, le solicitamos que llegue al menos 30 minutos antes de su cita programada para tener tiempo para estacionar y realizar el proceso de registro.

Además, le recomendamos encarecidamente que complete los formularios de registro de pacientes nuevos adjuntos y los traiga a su cita, junto con lo siguiente:

- Tarjeta(s) de seguro actual(es)
- La lista actual de medicamentos de su hijo (recetas, medicamentos de venta libre y suplementos)
- Evaluaciones de audición y visión, pruebas educativas/escolares y cualquier otro resultado de prueba relevante
- Una copia del IEP, IFSP u otras notas de terapia, como terapia ocupacional, fisioterapia o logopedia
- Copagos, deducibles u otros gastos de bolsillo

No dude en comunicarse con nuestra oficina al 423-490-7710 si tiene alguna pregunta, necesita información adicional o necesita reprogramar su cita.

¡Gracias por elegir nuestro consultorio! ¡Esperamos poder servirle!

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA CITA

- La cita inicial puede durar hasta 2 horas. Esto le da a nuestro equipo la oportunidad de comprender sus inquietudes, el historial de desarrollo de su hijo y evaluarlo. Considere hacer arreglos alternativos para los hermanos, si es posible.
- Debido a la complejidad de las citas de los pacientes, no podemos atender a los que llegan tarde. Si llega más de 10 minutos tarde, se le solicitará que re programe la cita.

CHATTANOOGA

CALLE CARTER 1101, CHATTANOOGA 37402
TELÉFONO: 423.490.7710 FAX: 423.490.7750
HORARIO: LUNES A JUEVES 8AM – 5PM
VIERNES 8AM – 3PM

siskin | CENTER FOR
children's institute | DEVELOPMENTAL PEDIATRICS

NASHVILLE

2201 MURPHY AVE. SUITE 306, NASHVILLE 37203
TELÉFONO: 615.730.8095
FAX: 615.730.9135
HORARIO: LUNES – JUEVES 8AM-6PM



Política de Asistencia

En el Centro de Pediatría del Desarrollo del Instituto Pediátrico Siskin nos preocupamos por los niños y las familias a las que brindamos servicios en toda nuestra región. Estamos aquí para trabajar juntos de manera eficaz y colaborativa para lograr los mejores resultados de desarrollo para su hijo. Debido al alto volumen de pacientes que necesitan nuestros servicios especializados, tenga en cuenta la siguiente política de asistencia para nuestro centro.

Al firmar este acuerdo, usted reconoce las siguientes prácticas:

- Todos los pacientes deben ser traídos a nuestro centro por sus padres o tutores legales. Debemos contar con documentación legal escrita que respalde el derecho del tutor legal a buscar atención para el paciente. Un adulto debe permanecer en el edificio durante la visita médica o terapéutica.
- Para disminuir la propagación de enfermedades, si su hijo está enfermo con fiebre, vómitos/diarrea, problemas respiratorios, infección u otra afección contagiosa (por ejemplo, piojos, conjuntivitis, tiña, varicela, etc.) dentro de las 24 horas posteriores a la cita, le pedimos que re programe la visita.
- **Cita médica inicial:** Llegue 30 minutos antes de su cita inicial para permitir que el proceso de registro se realice sin problemas y completar la documentación correspondiente.
- **Cita(s) médica(s) de seguimiento o terapia:** Llegue 15 minutos antes de la hora de su cita para permitir que el proceso de registro se realice sin problemas y completar cualquier documentación adicional.
- **Llegada tardía a citas médicas o de terapia:** si llega 10 minutos después de su cita médica o de terapia programada, se le pedirá que re programe su cita para otro día.
- **Cancelaciones de citas médicas o terapéuticas:** notifique a nuestro centro sobre las cancelaciones al menos 48 horas antes de la hora de la cita programada. Esto permite que el consultorio programe una cita para otro paciente que necesite una cita.
- **Citas médicas perdidas:** si el paciente falta a 3 citas médicas en un plazo de 12 meses, se le pedirá que busque otro proveedor de servicios.
- **Citas de terapia perdidas:** Le pedimos que su hijo asista a 10 de las 12 citas. Si hay más de 2 ausencias no planificadas o no relacionadas con una enfermedad dentro período de 12 visitas, nos comunicaremos con usted y es posible que le sugiera que incluya a su hijo en la lista de espera.

Agradecemos su cooperación y esperamos poder server a su familia.

Firma

Fecha

Nombre Impreso

Nombre y fecha de Nacimiento de la paciente



Política de Confidencialidad Familiar

Para garantizar un entorno Seguro y respetuoso para todos los pacientes, cuidadores y personal, se establece esta política con respect a la confidencialidad familiar durante las visitas a la clínica.

Al interactuar con los niños y sus familias en el ámbito clínico, los pacientes y los cuidadores pueden estar expuestos a información confidencial. Esta información se comparte únicamente con el fin de brindar atención y apoyo efectivos. Se espera que todos los participantes (pacientes, cuidadores, personal y cualquier otra persona involucrada) respenten siempre la privacidad y confidencialidad de los demás.

Solicitamos que los pacientes, cuidadores y otras personas que participen u observen las actividades de la clínica centren su atención y sus preguntas únicamente en los pacientes con los que están presents, respetando la privacidad de los demás. Las conversaciones sobre otros niños, familias o miembros del personal deben limitarse y tratarse con la máxima confidencialidad.

Expectativas Políticas:

- **Los participantes deben abstenerse de compartir cualquier información de identificación personal sobre otras personas o familias que puedan observarse o discutirse durante las visitas a la clínica.**
- **Se anima a todos los participantes a mantener la confidencialidad en todos los intercambios.**
- **La grabación de video, la fotografía y cualquier forma de grabación que no sea para los fines explícitos de la clínica están prohibidas en todo momento.**
- **A todos los que participant en las actividades de la clínica se les pide que se comprometan a proteger los derechos y la privacidad de todos los pacientes, familias y personal presente.**

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido la Política de confidencialidad familiar y acepto cumplir con sus pautas. También reconozco que, al firmar a continuación el incumplimiento de estas pautas puede dar lugar a que se me pida que abandone las instalaciones.

Firma

Fecha

Nombre Impreso

Nombre y fecha de Nacimiento de la paciente



AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Aviso de practicas de privacidad:

_____ (Inicial) Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de la clínica, que explica las formas en que la clínica puede recopilar, usar, divulgar y proteger la información médica de mi hijo para el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad.

Consentimiento para el tratamiento:

_____ (Inicial) Soy el padre o tutor legal del paciente nombrado a continuación, y doy mi consentimiento a Siskin Children's Institute, su personal, médicos y otros profesionales para brindar y realizar atención médica, pruebas, evaluaciones y otros servicios que la práctica considere necesarios o beneficiosos para la salud y el bienestar de mi hijo.

Acuerdo financiero:

_____ (Inicial) Acepto que, en consideración a los servicios prestados a mi hijo, soy responsable financieramente de todos los servicios no cubiertos, copagos, deducibles y/o coaseguros. Entiendo que, en la medida permitida por la ley, cuando el Seguro u otros beneficios de terceros sean insuficientes para pagar los servicios prestados, seré responsable de pago de cualquier saldo adeudado. Entiendo que si no he proporcionado a Siskin Children's Institute información precisa y actualizada sobre mi aseguradora en el momento de los servicios prestados, seré responsable de los costos de toda la atención para esa fecha de servicio. Acepto pagar todas las facturas cuando se me presente un estado de cuenta.

Divulgación de infomación:

_____ (Inicial) Entiendo que Siskin Children's Institute divulgará la información de salud, los registros medicos, los planes de tratamiento, las evaluaciones y otra información relevante de mi hijo a los proveedores de atención médica involucrados en el cuidado de mi hijo. Esto incluye, entre otros, médicos de atención primaria, especialistas, terapeutas y otros profesionales medicos. También Podemos compartir la información necesaria, como códigos de diagnóstico, planes de tratamiento y servicios prestadoa, con su(s) proveedor(es) de seguro medico o terceros pagadores con el propósito de facturación, pago y reembolso. Es posible que se nos solicite compartir cierta información con agencias gubernamentales, organismos de acreditación u otras entidades como parte de nuestras obligaciones legales o para cumplir con los requisitos reglamentarios.

Consentimiento para enviar mensajes de texto o correo electrónico:

Las Comunicaciones por mensajes de texto y correo electrónico que se realizan fuera de un registro medico electrónico Seguro, un portal para pacientes o una Fuente cifrada de otro modo pueden ser menos seguras y suponer un mayor riesgo de compartir su información con un Tercero. Por ello, limitaremos la cantidad y el tipo de información que se comparte a través de mensajes de texto y correo electrónico sin cifrar. Doy mi permiso para recibir Comunicaciones por mensajes de texto y correo electrónico para programar información, como hacer, reprogramar y cancelar citas; recordatorios de citas; enlaces a portales para obtener sus comentarios anónimos en forma de encuestas de opinion de los consumidores.

Comunicaciones de texto:

- Acepto
 Me niego

Comunicaciones por correo electrónico:

- Acepto
 Me niego

Consentimiento para el uso de IA durante la visita:

_____ (Inicial) Para brindarle a su hijo el mayor Cuidado y atención, nuestros proveedores utilizarán un servicio llamado Freed que transcribe las conversaciones y ayuda con sus notas. La información de su hijo es privada y Segura mediante tecnología de cifrado y está protegida por la ley HIPAA. Después de la visita, nuestros proveedores revisarán el contenido para verificar su precision.

Reconocimiento de Servicios Médicos y Auxiliares:

_____ (Inicial) Entiendo que mi hijo está aquí para recibir servicios medicos hoy y que el proveedor medico puede derivarlo a servicios adicionales, como terapia ocupacional, terapia del habla o análisis de conducta aplicado (ABA). Reconozco que, si bien Siskin Children's Institute ofrece estos servicios, tengo la opción de buscarlos en otras organizaciones.

Firma

Fecha

Nombre Impreso

Nombre y fecha de Nacimiento de la paciente



Autorización para la divulgación de información médica protegida y consentimiento para llevarla a cabo

Por la presente autorizo a los proveedores y al personal médico de Siskin Children's Institute a analizar y/o divulgar la información médica protegida (PHI) de mi hijo a las siguientes personas o entidades, según lo permita la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). También doy mi consentimiento para permitir que estas personas lleven a mi hijo a todas las citas en Siskin Children's Institute y reciban información médica protegida relacionada con esas citas.

Enumere a todas las personas a quienes autoriza la divulgación o discusión de la PHI de su hijo. **Si el paciente es menor de edad, se debe incluir a cada uno de los padres o tutores.**

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al Siskin Children's Institute. Entiendo que la revocación de esta autorización no se aplicará a ninguna acción realizada antes de recibir la revocación por escrito.

Al firmar a continuación, confirm que he leído y comprendido esta Autorización para la divulgación de información médica protegida y consentimiento para traer, y autorizo lo descrito anteriormente.

Firma

Fecha

Nombre Impreso

Nombre y fecha de Nacimiento de la paciente



INFORMACIÓN DEL PACIENTE (FOR FAVOR RELLENE TODA LA INFORMACIÓN)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ DOB: _____ GENERO: MASCULINO MASCULINA

OTHER: _____
DIRECCIÓN DEL PACIENTE (CORREO POSTAL): _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CREMALLERA: _____

NÚMERO DE TELÉFONO PREFERIDO #: _____ NÚMERO DE TELÉFONO SECUNDARIO: _____
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____
ETNICIDAD: NO HISPAN/LATINO HISPANO/LATINO
CARRERA: BLANCO AFROAMERICANO ASIÁTICA 2 O MÁS CARRERAS OTRO: _____
PAÍS NATAL: _____ PREFIERO NO RESPONDER
LENGUAJE UTILIZADO EN EL HOGAR: _____ ¿SE NECESITA INTÉRPRETE? SÍ NO

INFORMACIÓN DEL GARANTE (ESTA ES LA PERSONA RESPONSIBLE DEL PAGO)

NOMBRE: _____ DOB: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO
(POR FAVOR RELLENE TODA LA INFORMACIÓN)

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS SECUNDARIOS
(POR FAVOR RELLENE TODA LA INFORMACIÓN)

NOMBRE DEL SGURO: _____	NOMBRE DEL SGURO: _____
POLÍTICA #: _____	POLÍTICA #: _____
GRUPO #: _____	GRUPO #: _____
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____
TITULAR DE LA PÓLIZA DOB: _____	TITULAR DE LA PÓLIZA DOB: _____
RELACIÓN: _____	RELACIÓN: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____ TELÉFONO #: _____
RELACIÓN: _____ ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE SÍ NO

Transición de la atención para la gestión del tratamiento en función de la edad

Fecha de entrada en vigor: 1/10/2024

Objetivo:

Establecer un proceso estandarizado para la transición apropiada y oportuna de pacientes de Padiatría Conductual del Desarrollo (DBP) a Proveedores de Atención Primaria (PCP) o Psiquiatría según las necesidades de manejo de medicamentos o tratamiento, al tiempo que se garantiza una atención y seguridad óptimas.

Política:

Elegibilidad del paciente:

- **Protocolos de transición para pacientes de 6 años o más:**
 - Pacientes que toman estimulantes para el TDAH e ISRS:
 - Si el paciente está estable con su régimen de medicación actual, pasará a su proveedor de atención primaria (PCP) para recibir tratamiento continuo.
 - Pacientes con antipsicóticos:
 - Los pacientes que requieran medicación antipsicótica pasarán a psiquiatría para recibir atención especializada y gestión continua de la medicación debido a la complejidad del tratamiento.
- **Protocolos de transición para pacientes de 3 años o más:**
 - Pacientes en tratamiento con Guanfacina y Clonidina:
 - Si el paciente está estable con su régimen de medicación actual, pasará a su proveedor de atención primaria (PCP) para recibir tratamiento continuo.
- **Protocolos de transición para todas las edades:**
 - Pacientes con medicamentos y casos que exceden la experiencia del pediatra conductual del Desarrollo (DBP)
 - Si un paciente tiene necesidades de medicación o manejo de tratamiento que exceden las capacidades de la pediatría conductual del Desarrollo, será transferido a psiquiatría para recibir atención especializada.

Implementación:

- **Evaluación:**
 - Antes de la transición, se realizará una evaluación integral para determinar la estabilidad de la medicación y las necesidades de atención continua.
- **Comunicación:**
 - La transición se comunicará tanto al paciente como a sus cuidadores, asegurándose de que comprendan los motivos de la transición y los próximos pasos.
- **Documentación:**
 - Todas las transiciones se documentarán en el historial médico del paciente incluida la justificación de la transición, la fecha y la información del proveedor receptor.
- **Hacer un seguimiento:**
 - Las citas de seguimiento se coordinarán con el proveedor receptor para garantizar la continuidad de la atención.

Firma

Fecha

Nombre Impreso

Nombre y fecha de Nacimiento de la paciente



Consentimiento y reconocimiento de autorización previa de tarjeta de crédito o débito

El Instituto Pediátrico Siskin se compromete a brindarles a nuestros pacientes atención médica compasiva y de alta Calidad. Nuestro proceso de preautorización de tarjetas de crédito facilita transacciones más fluidas y un procesamiento más rápido.

Si tiene un Seguro contratado con Siskin Children's Institute, presentaremos su reclamo de la manera habitual. En este momento, solicitamos autorización para facturar el saldo a una tarjeta de crédito o débito importante para cubrir los montos que su compañía de seguros determine que son su responsabilidad.

Una vez que reciba una Explicación de beneficios (EOB) de su compañía de seguros, cualquier parte no pagada de su reclamo se facturará a su tarjeta de crédito o débito hasta el límite preestablecido de \$250, pero sin excederlo. Si su seguro paga el reclamo en su totalidad, no se le cobrará nada a su cuenta. Si tiene un saldo pendiente, le enviaremos un correo electrónico para notificarle que se cobrará ese monto a su tarjeta dentro de los 7 días.

Toda la información de tarjetas de crédito o débito se mantendrá confidencial y se almacenará de forma segura en Athena o Central Reach. Siskin Children's Institute no almacenará ningún dato de cuenta bancaria.

Al firmar a continuación, autorizo a Siskin Children's Institute a almacenar de forma segura la información de mi tarjeta de crédito o débito en Athena o Central Reach y a cobrar a mi tarjeta de crédito o débito cualquier saldo pendiente después de que mi compañía de seguros procese el reclamo y emita una Explicación de beneficios (EOB). Entiendo que:

1. Se me notificará de cualquier saldo adeudado por correo electrónico, incluido el monto y los detalles del EOB, antes de que se cargue mi tarjeta.
2. Si el saldo pendiente excede el umbral de \$250, me contactarán para confirmarlo antes de procesar el pago.
3. En caso de que una transacción sea rechazada o con fondos insuficientes, me contactarán para proporcionar un método de pago alternativo o hacer otros arreglos de pago.
4. Tengo derecho a disputar cualquier cargo comunicándome con el departamento de facturación para revisar el EOB y cualquier cargo asociado.
5. Frecuencia de carga:
 - Los servicios médicos se facturan mensualmente.
 - Los servicios de terapia (terapia del habla, terapia ocupacional y/o ABA) se facturan semanalmente.

He leído y comprendido los términos anteriores sobre la preautorización de tarjetas de crédito o débito. Reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que acepto voluntariamente los términos descritos en esta política. Entiendo que esta autorización es válida hasta que la revoque por escrito. Acepto notificar a Siskin Children's Institute sobre cualquier cambio en la información de mi tarjeta de crédito o débito.

Nombre del titular de la tarjeta (en letra de imprenta)

Fecha

Firma del titular de la tarjeta

Nombre y fecha de nacimiento del paciente