



Formulario de Registro del Paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Legal: _____ MI: _____ Apellido Legal: _____

Nombre de Uso Preferido: _____ Sexo Asignado al Nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Elige no revelar

Fecha de Nacimiento: _____ Idioma Preferido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono Celular: _____ Número de Teléfono de Casa: _____

Correo Electrónico: _____

Método de Contacto Preferido: ☐ Teléfono Celular ☐ Teléfono de Casa ☐ Correo Electrónico

¿Podemos enviarte un mensaje para confirmar una cita? (circule una) Sí No

¿Podemos enviarte un correo electrónico para confirmar una cita? (circule una) Sí No

¿Cómo te enteraste de nosotros? (Por favor, comparte el nombre de la persona o la organización aplicable aquí abajo.)

☐ Paciente actual ☐ Hospital ☐ Compañía de Seguros ☐ Médico de Atención Primaria ☐ Médico Especialista ☐ Terapeuta ☐ Página Web/Redes Sociales ☐ De Boca en Boca ☐ Otro (por favor especifica abajo)

Nombre de la persona/organización que te habló sobre el Cope Center for Autism: _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Información de la Madre/Tutor Legal:

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono de Contacto: _____ Correo Electrónico: _____

Información del Padre/ Tutor Legal:

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono de Contacto: _____ Correo Electrónico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de Contacto: _____ Relación con el Paciente: _____

Número de Teléfono de Contacto: _____ Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PEDIATRA

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Número de Fax: _____ Dirección: _____

SEGURO MÉDICO DEL PACIENTE

Compañía de Seguro Primario: _____

Número de Miembro: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Relación: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Compañía de Seguro Secundario: _____

Número de Miembro: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Relación: _____

Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

Firma del Paciente o del Guardián: _____ Fecha: _____



Consentimiento General Para el Tratamiento

1. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Yo autorizo a Jennifer Cope Pediatric Neurology, LLC (colectivamente con sus filiales, incluyendo Cope Center for Autism, a NJ Non-Profit Corporation, "Cope Center for Autism") a proporcionar tratamiento a mi hijo.

2. SERVICIOS DE LABORATORIO DE REFERENCIA: Entiendo que el Cope Center for Autism utiliza los servicios de un laboratorio externo para realizar algunas de las pruebas de laboratorio solicitadas por sus médicos y otros proveedores de atención médica. Además, entiendo que el laboratorio de referencia facturará por separado sus servicios. Consiento que el Cope Center for Autism proporcione información demográfica según sea necesario para fines de facturación.

3. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA: Entiendo y acepto que el Cope Center for Autism puede recibir, tener acceso, utilizar y divulgar mi información médica y de facturación como se describe en este Consentimiento y en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Cope Center for Autism. Esto incluye, según corresponda, mi diagnóstico, pronóstico, tratamiento recibido, pruebas diagnósticas, imágenes y procedimientos realizados, historial de medicamentos y otra información sobre mi atención médica (mi "información médica") que puede ser mantenida ahora o en el futuro.

Entiendo que mi información médica, que puede ser compartida bajo este Consentimiento, también puede incluir información sensible relacionada con mi salud mental y conductual pasada, presente y futura, información relacionada con el VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, información genética, incluidos los resultados de pruebas genéticas, enfermedades relacionadas con drogas o alcohol, o atención emancipadora que pueda recibir como menor, a menos que se requiera un consentimiento por escrito separado de este formulario según la ley aplicable. Entiendo y estoy de acuerdo en que esta información puede ser accedida, utilizada y divulgada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, y otros propósitos permitidos o requeridos por la ley, incluida la coordinación de la atención. El Cope Center for Autism puede liberar mi información a o recibir mi información para estos propósitos de mis proveedores de atención médica actuales, pasados o futuros, mis compañías de seguros/pagos, incluidos Medicare o Medicaid, o cualquier otra persona o entidad que pueda ser responsable de coordinar mi atención o pagar por cualquier parte de mi factura por los servicios. Reconozco que este Consentimiento sirve como aviso para mí de los destinatarios que pueden tener acceso, usar y divulgar mi información médica.

4. COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS: Después de mi visita, el Cope Center for Autism, o su proveedor designado, puede contactarme por teléfono, mensaje de texto, correo electrónico, aplicación móvil, o correo postal de EE. UU. para solicitar comentarios sobre mi experiencia y/o para comunicarse conmigo con respecto a mis facturas pendientes personales o de mis dependientes. Confirmando mi comprensión y estoy de acuerdo en ser

contactado de esta manera en relación con la visita de hoy y cualquier visita en el futuro. En el futuro, puedo optar por no recibir mensajes de texto notificando por escrito al Cope Center for Autism. Esto incluye responder mediante mensaje de texto. Pueden aplicarse cargos estándar de teléfono/mensaje de texto si el Cope Center for Autism me contacta. Además, estoy de acuerdo en que, basándose en mis comentarios, el Cope Center for Autism puede utilizar mis declaraciones o comentarios, de forma anónima, en su sitio web para proporcionar reseñas de su atención que puedan ayudar a pacientes potenciales a elegir sus servicios.

5. ACUERDO FINANCIERO: Entiendo y estoy de acuerdo en que soy financieramente responsable de pagar por cualquier servicio que reciba, de acuerdo con las tarifas y términos regulares del Cope Center for Autism. Acepto realizar el pago puntual al Cope Center for Autism por todos y cada uno de los cargos no pagados por mi aseguradora de salud o pagador, en la máxima medida permitida por la ley. Entiendo que mi aseguradora de salud o pagador puede exigir que obtenga precertificación y/o autorización previa para los servicios que se me proporcionan, y que soy responsable de cualquier cargo por servicios de salud que no estén precertificados y/o autorizados previamente. Reconozco que es mi responsabilidad entender los requisitos, beneficios y limitaciones de mi cobertura de seguro.

6. RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Reconozco haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Cope Center for Autism y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y expresar preocupaciones. Por la presente consiento en los usos y divulgaciones establecidos en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Cope Center for Autism. También entiendo que este consentimiento es revocable en cualquier momento por escrito al Cope Center for Autism, tal como se indica en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Cope Center for Autism, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción en virtud de mi consentimiento. Este consentimiento permanecerá en vigor durante un tiempo razonable para cumplir con el propósito para el cual se ha otorgado.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTE CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO Y QUE CUALQUIER PREGUNTA QUE TUVE AL RESPECTO HA SIDO RESPONDIDA A MI SATISFACCIÓN POR EL PERSONAL DE ESTA INSTALACIÓN.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Paciente o del Representante Autorizado: _____

Nombre de la Persona que Firma: _____ **Relación:** _____



Autorización Para Compartir Información de Salud con Otras Personas y/o Dejar Mensajes Telefónicos

El propósito de este documento es informarnos si tenemos su permiso para:

- Transmitir información a otras personas sobre su atención médica y tratamiento.
- Dejar información sobre su atención médica y tratamiento en su contestador automático telefónico.
- Llamarle al trabajo, y/o a su teléfono celular u otro número de teléfono.

Cuando nuestros médicos, profesionales o personal de la oficina necesitan hablar con usted sobre su atención médica, generalmente realizamos una llamada telefónica para hablar primero con usted, nuestro paciente. Algunos ejemplos de cuándo podríamos necesitar llamarle son: para programar, cambiar o cancelar una cita; para saber cómo se siente después de una visita; para darle instrucciones de seguimiento después de una visita; o para proporcionarle resultados de laboratorio, radiología u otras pruebas diagnósticas, etc.

MÉTODO PREFERIDO PARA NUESTRAS COMUNICACIONES DE SEGUIMIENTO CON USTED:

Teléfono: ☐ De casa _____ ☐ Celular _____ ☐ Del trabajo _____

Si no está disponible cuando le llamamos:

¿Podemos dejar un mensaje detallado sobre su atención médica y tratamiento en su contestador automático?

☐ Sí ☐ No

¿Hay una o más personas con las que tenemos permiso para hablar sobre su atención médica?

En caso afirmativo, especifique quién:

Nombre	Relación	Número de Teléfono	Tipo de Información
			☐ Citas médicas ☐ Resultados de exámenes ☐ Facturación ☐ Instrucciones de atención médica
			☐ Citas médicas ☐ Resultados de exámenes ☐ Facturación ☐ Instrucciones de atención médica
			☐ Citas médicas ☐ Resultados de exámenes ☐ Facturación ☐ Instrucciones de atención médica

Jennifer Cope Pediatric Neurology, LLC y sus afiliados, incluyendo el Cope Center for Autism, a NJ Non-Profit Corporation, cumpliremos con las pautas dadas en este documento a menos que nos indique lo contrario.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente o del Representante Autorizado: _____

Nombre de la Persona que Firma: _____ Relación: _____



Seguro Médico del Paciente / Responsabilidades Financieras y Declaración de Entendimiento

En el entorno actual de atención médica, es más difícil que los proveedores médicos reciban el pago por sus servicios. Tratar con las aseguradoras también se está volviendo más confuso para nuestros pacientes. Por ello, queremos aclarar sus responsabilidades como paciente de Jennifer Cope Pediatric Neurology, LLC (en conjunto con sus afiliados, incluyendo Cope Center for Autism, a NJ Non-Profit Corporation, "Cope Center for Autism").

COBERTURA DEL SEGURO

- Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, no con su proveedor.
- Los cambios en su cobertura de seguro deben comunicarse a nuestra oficina en el momento del servicio, al registrarse.
- Si su aseguradora procesa su reclamo incorrectamente, usted le da permiso al Cope Center for Autism para apelar la reclamación en su nombre mediante su firma a continuación.

OBLIGACIONES FINANCIERAS

1. Los copagos se deben pagar en el momento momento del servicio.
2. El Cope Center for Autism facturará a las compañías de seguros participantes después de verificar la cobertura. Si no se pagan las reclamaciones, el Cope Center for Autism le facturará directamente los servicios prestados.
3. El pago de los servicios no cubiertos, los deducibles y los coaseguros debe realizarse dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la factura.
4. Si se le abonan pagos del seguro por error en lugar de al Cope Center for Autism, debe enviar el pago a nosotros. Puede emitir un cheque personal a nombre del Cope Center for Autism. Asegúrese de incluir una copia de la documentación de su compañía de seguros o una explicación de los beneficios.
5. Si usted no tiene un seguro con el que participe el Cope Center for Autism, usted es responsable del pago total de los servicios de hoy.
6. Se podrían aplicar cargos de procesamiento por falta de pago de los gastos de bolsillo mencionados en los puntos 1 y 5 anteriores, y por cheques devueltos por el banco por falta de pago.
7. Si se le solicita, usted es responsable de proporcionar a su compañía de seguros cualquier otra cobertura de seguro, detalles de una lesión, información sobre estudiantes dependientes y otra información no médica. El incumplimiento de una solicitud de información de la compañía de seguros resultará en su responsabilidad de pago.
8. El pago se debe realizar con respecto a un paciente menor de edad, independientemente de quién lo traiga para el servicio. Esto incluye padrastros, abuelos, cuidadores, etc. Es responsabilidad del padre/tutor legal notificar a la oficina sobre cualquier cambio de dirección, teléfono o seguro. Por favor, lleve su tarjeta de seguro con usted en cada visita. Usted es responsable de pagar los servicios y el costo

de cobranza en caso de incumplimiento. Se puede establecer un plan de pago para evitar que su cuenta sea transferida a una agencia de cobranza. Si la cuenta se transfiere a cobranza, se aplicará un cargo adicional al saldo total de la cuenta a cargo del fiador. **Si su cuenta está en cobranza, su hijo no podrá ser atendido hasta que se pague el saldo completo.**

9. En el caso de familias con padres separados o divorciados, el padre que lleve al niño/niña a la oficina autoriza el tratamiento y, por lo tanto, es responsable del pago en la fecha del servicio. Si existe una sentencia de divorcio que exige que el otro padre pague una parte o la totalidad de los costos del tratamiento, es responsabilidad del padre que autoriza cobrarle. Podemos proporcionar una copia de la reclamación o el recibo de los cargos al padre que autoriza en cada visita, si lo solicita, para facilitar el cobro de los honorarios del otro padre. Es responsabilidad del padre que autoriza comunicarle al otro padre lo tratado en la cita. Si tiene alguna pregunta o necesita alguna aclaración, por favor llame a nuestra oficina para hablar con más detalle. Nuestra oficina no puede llamar para informar a un padre en cada visita.
10. Es necesario proporcionar con un seguro médico y que el seguro médico está activo para poder utilizar sus beneficios. Si no hay un seguro médico activo para la visita, se le cobrará al paciente la tarifa con descuento de autopago, que debe pagar antes de salir de su cita. Una vez que el seguro se corrija o se restablezca, procesaremos su reclamación a través del seguro. Una vez que el pago del seguro está recibido, procesaremos un reembolso del pago realizado al momento del servicio.

TARIFAS POR NO PRESENTARSE O CANCELACIÓN: Se aplica un cargo de \$50 a todas las visitas al médico o enfermero/a practicante canceladas con menos de 24 horas de anticipación a la hora de la cita y a las inasistencias a las citas programadas.

HE LEÍDO Y ENTENDIDO LA INFORMACIÓN Y MIS RESPONSABILIDADES INDICADAS ANTERIORMENTE. Por la presente, autorizo la divulgación de mi historial médico a mi compañía de seguros, según sea necesario con fines de reembolso. Entiendo que soy responsable, en última instancia, de todos los servicios que se me presten (a mi hijo/a), independientemente de cualquier decisión del seguro.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Paciente o del Representante Autorizado: _____

Nombre de la Persona que Firma: _____ **Relación:** _____

Testigo de la Firma: _____

Una copia de este formulario está disponible a solicitud.

Seguro Médico del Paciente/
Responsabilidades Financieras y Declaración de Entendimiento - 2



La Prescripción Electrónica /

Formulario de Consentimiento del Historial de Medicación

La prescripción electrónica se define como la capacidad de un médico o profesional autorizado de enviar electrónicamente una receta médica precisa, sin errores y comprensible directamente a una farmacia desde el punto de atención. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar recetas electrónicamente es un elemento importante para mejorar la calidad de la atención al paciente. La prescripción electrónica reduce considerablemente los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. El Medicare Modernization Act (MMA) de 2003 enumera los estándares que deben incluirse en un programa de prescripción electrónica. Estos incluyen:

- Formulario y transacciones de beneficios—proporciona al médico que receta información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.
- Transacciones del historial de medicación—proporciona al médico o al profesional autorizado información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando para minimizar la cantidad de eventos adversos relacionados con medicamentos.
- Notificación del estado de llenado—permite que el médico que receta reciba una notificación electrónica de la farmacia que le informa si la receta del paciente ha sido retirada, no retirada o se ha llenado parcialmente.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que Jennifer Cope Pediatric Neurology, LLC (colectivamente con sus afiliados, incluyendo a Cope Center for Autism, a NJ Non-Profit Corporation, “Cope Center for Autism”) pueda solicitar y utilizar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o pagadores de beneficios farmacéuticos de terceros para fines de tratamiento.

Entendiendo todo lo anterior, por la presente otorgo mi consentimiento informado al Cope Center for Autism para inscribirme en el programa de prescripción electrónica. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Paciente o del Representante Autorizado: _____

Nombre de la Persona que Firma: _____ **Relación:** _____

Testigo de la Firma: _____



Consentimiento Para Servicios de Apoyo a Padres

1. CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS: Yo, (*nombre del padre*) _____ (en adelante “Padre”) autorizo al Cope Center for Autism, a NJ Non-Profit Corporation (colectivamente con sus afiliadas, incluyendo Jennifer Cope Pediatric Neurology, LLC, “Cope Center for Autism”) a proporcionar servicios de apoyo a padres con respecto a mi hijo/hija.

2. SERVICIOS: Este consentimiento tiene como objetivo proporcionar servicios de apoyo a padres para tomar decisiones informadas sobre las necesidades educativas y de apoyo del hijo/hija. El Cope Center for Autism hará todo lo posible por proporcionarles información basada en investigaciones para asesorarlos y apoyarlos, según corresponda, con respecto a proveedores de servicios externos y asuntos educativos, terapéuticos y/o de transición relacionados con el hijo/hija.

3. DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD: Este consentimiento no obliga al Padre a utilizar exclusivamente los servicios de apoyo a padres no legales/no médicos del Cope Center for Autism. Está entendido que estos servicios no deben interpretarse como asesoramiento legal ni médico. Al firmar este consentimiento, el Padre comprende que no existen garantías y exime de responsabilidad al Cope Center for Autism con respecto a los servicios de proveedores no afiliados, los resultados de decisiones financieras gubernamentales y los resultados post secundarios.

4. RESPONSABILIDAD: La responsabilidad total del Cope Center for Autism en virtud de este Consentimiento, si la hubiera, por daños relacionados con este Consentimiento y/o su cumplimiento conforme a este, ya sea por contrato o por negligencia, se limitará a la cantidad pagada al Cope Center for Autism en virtud de este Consentimiento, en relación con el período en que ocurrieron los eventos que fundamentan dichas reclamaciones. En ningún caso, el Cope Center for Autism será responsable de ningún daño emergente derivado de, o relacionado de alguna manera con, este Consentimiento o su cumplimiento conforme a este Consentimiento.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE CONSENTIMIENTO GENERAL PARA SERVICIOS DE APOYO A PADRES.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Paciente o del Representante Autorizado: _____

Nombre de la Persona que Firma: _____ **Relación:** _____