

Jonathan Badilla M.D., P.A.
Normandy Pediatrics
10250 Normandy Boulevard, Suite 201, Jacksonville, FL 32221
(904) 652-0870

Carta de bienvenida paciente nuevo

Gracias por elegir Normandy Pediatrica como su hogar médico, su centro de atención primaria. Nuestro equipo se dedica a darle a su hijo la mejor atención médica posible.

Nos hemos convertido en lo que se conoce como el **Hogar Médico Centrado en el Paciente**.

¿Qué es un **Hogar Médico Centrado en el Paciente**?

Centrado en el paciente significa que el paciente y la familia son lo primeros. Ofrecemos atención médica completa, que se centra en todos los aspectos de la salud y el bienestar desde las vacunas y el desarrollo académico hasta la atención especializada y la atención aguda y crónica del niño. Este proceso es paciente/padre-conducida, junto con el proveedor.

Hogar Médico comienza con nuestra práctica, donde nuestros profesionales y proveedores pueden dirigir la atención del niño. Con un hogar médico, mejora la calidad de la atención y mejora la experiencia del niño.

Casa Médica de Paciente Centrado es un enfoque de equipo para atención médica de salud total donde usted es parte de un grupo que incluye al proveedor, nuestro equipo de profesionales, especialistas y los servicios de apoyo necesarios. El equipo de atención coordinará todas sus necesidades de salud. Al final de cada visita le daremos una copia del niño diagnósticos, plan de hijo de tratamiento, los medicamentos enviaron for eScript y una fecha para la próxima cita del niño. Si tiene alguna pregunta durante el check-out, todo lo que necesita hacer es preguntar. El personal está comprometido con el cuidado de la salud del paciente.

La paciente centrada en el medico a casa permite que el paciente y padres se involucren en decisiones de atención médica., lo que puede el paciente o el padre hacer para ayudar?

Ser un socio activo en su cuidado

Aprender lo que se necesita para mantener un media ambiente sano para su hijo

Seguir el plan que el proveedor y el paciente/padre acordó

Si usted tiene alguna pregunta, pregunte a

El portal del paciente es www.dr-connect.com/badillapeds/. Este portal le permite enviar mensajes al equipo de la infantil, ver citas próximas, solicitar prescripción recargas, ver resultados de la prueba, ver notas sobre las visitas de su hijo y revisar el plan y el tratamiento de su hijo.

Jonathan Badilla M.D., P.A.
Normandy Pediatrics

HOJA DE INFORMACIÓN PRÁCTICA PARA LOS PACIENTES

OFFICE HOURS:

Nuestra oficina esta disponible De Junes a viernes 8:00 a 5:00. Nuestra oficlna esta cerrada de 12:00 a 1:00 para el almuerzo pero los telefonos son rodados a los servlclos de contestadora y pueden ser alcanzados en (904) 652-0870 durante estas horas. Nuestros médicos están disponibles "después de hora" las 24 horas del día/los 365 días del año llamando a nuestro número de teléfono y siguiendo las indicaciones. Si necesita una cita, un resurtido de recetas o los resultados de las pruebas, llame durante el horario comercial regular o puede visitar el portal web en cualquier momento.

ATENCIÓN DE URGENCIA:

La atención de urgencia WALK IN está disponible para todos nuestros pacientes registrados. Este servicio está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Nuestro objetivo es proporcionar atención médica urgente para enfermedades agudas dentro de los 30 minutos de su llegada.

CITAS:

Normandy Pediatrics se compromete a brindar atención de calidad a nuestros pacientes. Para garantizar la continuidad oportuna de la atención, alentamos a los pacientes a programar citas con anticipación en el momento del check-out del paciente. Cuando llame para una cita, proporcione su nombre, fecha de nacimiento, número de teléfono, queja principal / motivo de la visita, así como **cualquier información actualizada de contacto o seguro**.

Si bien nos esforzamos por programar las citas de manera adecuada, las emergencias pueden ocurrir y ocurren en la Atención Primaria. Nos esforzamos por dar a toda nuestra paciencia el tiempo que requieren. Por esta razón, solicitamos amablemente su paciencia y comprensión en caso de que sea necesario un retraso o una reprogramación en la fecha de su cita.

Para garantizar la calidad de la atención, Normandy Pediatrics no trata a pacientes que no hemos visto (es decir, no pediremos recetas ni ofreceremos asesoramiento médico a los pacientes antes de su visita inicial).

CANCELACIÓN DE UNA CITA:

Para ser respetuoso con las necesidades médicas de nuestros pacientes, sea cortés y llame a Middleburg / Normandy Pediatrics de inmediato si no puede asistir a su cita. Este tiempo se reasignará a otro paciente que necesite tratamiento. Así es como podemos atender mejor las necesidades de todos nuestros pacientes.

Si es necesario cancelar su cita programada, requerimos que llame dentro de las 24 horas de la hora programada de su cita. Las citas tienen una gran demanda en Normandy Pediatrics, y su cancelación anticipada le dará a otro paciente la capacidad de tener acceso a atención médica oportuna.

También alentamos al paciente a utilizar el portal del paciente en www.dr-connect.com/badillaped/ que permite al paciente recuperar los resultados de las pruebas, el resumen de la visita al consultorio junto con el plan de tratamiento del paciente.

Jonathan Badilla M.D., P.A.
Normandy Pediatrics

WEB PORTAL

Disponemos de un portal web para que pueda acceder a la información de su hijo desde cualquier computadora.

Usted será capaz de:

- Editar información demográfica para usted y su hijo
- Enviar y recibir mensajes de su proveedor
- Solicitar y ver citas
- Solicitar repeticiones de medicamentos y mas!

Sitio web: www.dr-connect.com/badillapeds/

Nombre de usuario: _____

Contraseña: _____

(Proteja su contraseña, proteja a su hijo)

Cómo iniciar sesión:

1. Escriba la dirección web
2. Inicia sesión con tu nombre de usuario y contraseña que te hemos dado
3. Puede cambiar la contraseña una vez que haya iniciado sesión

Si tiene varios hijos y no recuerda el nombre de usuario o la contraseña, háganoslo saber y también podemos darle su información.

Si tiene algún problema, no dude en llamarnos al 904-652-0870.

**Jonathan Badilla M.D., P.A.
Normandy Pediatrics**

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

POR FAVOR, IMPRIMA CLARAMENTE

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Apodo: _____ Sexo: ____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

SSN: _____ Correo electrónico: _____

Estado civil: _____ Raza: _____ Etnia: _____

Hospital de parto: _____ Idioma principal: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Nombre y dirección de la farmacia: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono de emergencia: Relación: _____

Si el paciente es menor de edad, complete esta sección:

Nombre del padre: _____ Seguro Social #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del padre: _____ Teléfono del empleador: _____

Nombre de la madre: _____ Seguro Social #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador de la madre: _____ Teléfono del empleador: _____

¿El paciente tiene seguro médico? (Por favor, marque uno.) Sí No

Si su respuesta fue afirmativa, indique los nombres de la compañía de seguros. Tenga sus tarjetas de seguro disponibles para copiar.

Compañía de seguros primaria: _____

Compañía(s) de seguros secundaria (s): _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Género del suscriptor M F Suscriptor Seguro Social #: _____ Identificación de suscriptor #: _____

Relación del suscriptor con el paciente (madre, padre, abuela, etc.): _____

Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo (s) con mi compañía de seguros y asignar beneficios pagaderos a Jonathan Badilla M.D., P.A. / Normandía Pediátricas. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguros. Una copia de esta firma será tan válida como el original.

¿Acepta que obtengamos el historial de medicamentos de su hijo de sus proveedores anteriores? Sí No

Firma: _____ Fecha: _____

Jonathan Badilla M.D., P.A.
Normandy Pediatrics
10250 Normandy Boulevard, Suite 201
Jacksonville, FL 32221
(904) 652-0870

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Estamos obligados por ley a proporcionarle una copia de nuestra *Política de privacidad*. Para asegurarse de que nuestros registros sean precisos, firme este formulario y devuélvalo a la recepcionista.

Certifico que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad y he tenido la oportunidad de revisar este documento y hacer preguntas para ayudarme a comprender mis derechos relacionados con la protección de mi información de salud.

Firma: _____ Fecha: _____

HOJAS DE INFORMACIÓN DE PRÁCTICA

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido, revisado, entiendo y cumpliré con las políticas y procedimientos explicados en el formulario PRACTICE INFORMATINO SHEETS FOR PATIENTS de Normandy Pediatrics.

Nombre de impresión: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Gracias
Personal de Normandy Pediatrics

Jonathan Badilla M.D., P.A.
Normandy Pediatrics
10250 Normandy Boulevard, Suite 201
Jacksonville, FL 32221
(904) 652-0870

REGISTROS FÍSICOS Y VACUNAS

Para obtener una **copia certificada** de la forma azul y Amarillo (física y registro de vacuna) se le cobrará una tarifa de \$3.00 en efectivo para ambos o efectivo de \$2.00 par uno. **Esto es solo en efectivo.**

Al firmar abajo usted entiende esta política de oficina y debe pagar en efectivo antes de recibir este documento.

(Formas no deben ser de color azul y Amarillo)

Nombre de impresión: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Jonathan Badilla M.D., P.A.
Normandy Pediatrics
10250 Normandy Boulevard, Suite 201
Jacksonville, FL 32221
(904) 652-0870

DESIGNACIÓN DE OTRA PERSONA PARA DAR SU CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, como padre/tutor legal del paciente, doy _____,

Permiso para llevar a mi hijo, _____

To Normandy Pediatrics por:

	SÍ	NO
vacunas	_____	_____
recoger medicamentos	_____	_____
recibir instrucciones	_____	_____
Cuidado Medico General	_____	_____
dejar mensaje en la maquina	_____	_____

Vencimiento (marque UNO):

- Esta designación permanecerá vigente hasta que la revoque mediante notificación por escrito a Normandy Pediatrics.
- Esta designación es válida solo durante el siguiente período de tiempo:

Efectivo desde: _____ *Efectivo hasta:* _____

Nombre de impresión: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Jonathan Badilla M.D., P.A.
Normandy Pediatrics
10250 Normandy Boulevard, Suite 201
Jacksonville, FL 32221
(904) 652-0870

POLÍTICA FINANCIERA

Como su médico, estoy comprometido a brindarle la mejor atención médica posible. Para lograr este objetivo, necesitamos su ayuda y su comprensión de nuestra política de pago.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que en consideración de los servicios prestados al paciente, soy directa y principalmente responsable de pagar el monto de todos los cargos incurridos por los servicios y procedimientos prestados en Normandía Pediátricas.

EL PAGO DE LOS SERVICIOS VENCE EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS

Aceptamos efectivo, cheques personales y todas las principales tarjetas de crédito. Los cheques devueltos están sujetos a un cargo por servicio de \$25.00 y usted perderá su privilegio de emitir cheques.

COBERTURA DE SEGURO HMO/PPO

EL COPAGO Y EL DEDUCIBLE DEBEN PAGARSE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a Normandía Pediátricas una copia de mi tarjeta de seguro actual y. Si no tengo seguro, seré considerado un paciente que paga por cuenta propia y soy financieramente responsable del monto total de los servicios prestados. Notificaré a Normandía Pediátricas inmediatamente después de cualquier cambio en mi seguro. Presentaremos su seguro si estamos bajo contrato con su compañía de seguros. Entiendo que todos los cargos no cubiertos por mi seguro son mi responsabilidad. Si la compañía de seguros no paga a Normandía Pediátricas de manera oportuna por cualquier motivo, entonces entiendo que seré responsable del pronto pago de todos los montos adeudados a Normandía Pediátricas.

ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS

Presentaremos su reclamo de seguro cuando esté involucrado en un accidente automovilístico; Sin embargo, es su responsabilidad proporcionarnos la información de su seguro para que podamos verificar su cobertura. Usted será responsable del pago de su porción en el momento en que reciba tratamiento médico. No presentamos a terceros pagadores por accidentes automovilísticos u otros. No hacemos arreglos con ningún abogado para retener su facturación hasta que se resuelva un caso judicial. EL PAGO COMPLETO SE ESPERA EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.

PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN DEL LABORATORIO

Me han informado que todos los procedimientos de laboratorio realizados fuera de la oficina (análisis de sangre, cultivos, pruebas de Papanicolaou, exámenes de detección de drogas en orina, etc.) no se incluirán en los cargos de Normandía Pediátricas. Todas las pruebas de laboratorio realizadas por un laboratorio externo se facturan por separado a mi compañía de seguros o a mí mismo. Entiendo que todos los cargos no cubiertos por mi seguro son mi responsabilidad. Dirigiré cualquier pregunta relacionada con una factura o declaración de un laboratorio externo al laboratorio. Normandía Pediátricas enviará mis muestras de laboratorio a un laboratorio que acepte mi seguro.

NO SHOW POLICY (Por favor, inicial)

_____ Habrá un cargo de \$35.00 si no se presenta a su cita programada en el consultorio. Es su responsabilidad notificar a la oficina con 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita en la oficina.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Soy el paciente, o el representante debidamente autorizado del paciente, y por la presente consiento voluntariamente y autorizo la atención que abarca la realización de todos los procedimientos y cursos de tratamiento apropiados, la administración de todos los anestésicos y todos y cada uno de los medicamentos que, a juicio de mi proveedor, puedan considerarse necesarios o aconsejables para mi diagnóstico y / o tratamiento. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han hecho garantías como resultado de los tratamientos o exámenes realizados. Este formulario me ha sido explicado completamente y certifico que entiendo y acepto su contenido como se indica.

HIJOS DE PADRES DIVORCIADOS

EL PAGO VENCE EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS, SIN IMPORTAR QUIÉN SEA RESPONSABLE POR ORDEN DEL DECRETO DE DIVORCIO.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

He recibido una copia de la política de privacidad de Normandy Pediatrics y se me ha dado la oportunidad de que mis preguntas, si las hay, sean respondidas.

ACUERDO FINANCIERO

Con mucho gusto discutiremos su tratamiento propuesto y hacer nuestro mejor esfuerzo para responder a cualquier pregunta relativa a su seguro. Usted debe darse cuenta, sin embargo:

- Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte de ese contrato.
- No todos los servicios son un beneficio cubierto en todos los contratos. Algunas compañías de seguros seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubrirán (por ejemplo, exámenes físicos anuales y eliminación de lunares).

Debemos enfatizar que como sus proveedores de atención médica, nuestra relación y preocupación es con usted y su salud, no con su compañía de seguros.

TODOS LOS CARGOS SON SU RESPONSABILIDAD DESDE LA FECHA EN QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS.

Se tomarán medidas de cobro para cualquier cargo, incluidos aquellos que el seguro no haya pagado, con una antigüedad superior a 90 días. Nos damos cuenta de que surgen emergencias que pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si se producen circunstancias extremas, póngase en contacto con nosotros de inmediato para obtener ayuda en la gestión de su cuenta.

Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo ante mi compañía de seguros y asignar beneficios pagaderos a mí, a Jonathan Badilla M.D., P.A. dba Normandy Pediatrics. En el caso de que reciba el pago directamente de mi compañía de seguros por los servicios prestados por Normandy Pediatrics, acepto endosar cualquier cheque recibido a Normandy Pediatrics.

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, RECONOZCO QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO CUIDADOSAMENTE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ANTERIORES.

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del padre, tutor o representante legal: _____

Nombre impreso del padre, tutor o representante legal: _____

Relación con el paciente: _____