

Información acerca del Paciente para “MidAtlantic Neonatology Associates (MANA)”.

Paciente: _____
(Bebé) Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____ Teléfono (____)____ - _____

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: ____ - ____ - _____

Compañía de Trabajo: _____

Ocupación: _____ Teléfono del Trabajo (____)____ - _____

Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Seguro Social ____ - ____ - _____

Compañía de Trabajo _____

Ocupación _____ Teléfono del trabajo (____)____ - _____

Por favor suministre la siguiente información acerca de su Seguro Médico:

Primera Compañía de Seguro Medico _____

Numero de Teléfono de la Compañía de Seguro (____)____ - ____ - _____

Suscriptor (Madre ó Padre) _____ Nombre del Plan _____

Número del Grupo _____ Identificación del Suscriptor _____

Dirección de la Compañía. de Seguros: _____

Fué su bebé agregado a esta póliza? Sí _____ No _____

Segunda Compañía de Seguro Medico _____

Numero de Teléfono de la Compañía de Seguro (____)____ - ____ - _____

Suscriptor (Madre o Padre) _____ Nombre del plan _____

Número del Grupo _____ Identificación del suscriptor _____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____

Fué su bebé agregado a esta póliza? Sí _____ No _____

Está su bebé asegurado por el Medicaid? Sí _____ No _____

Si su respuesta es Sí, escriba el número de identificación _____

Ha solicitado al Seguro Social para obtener el “SSI” o seguridad de ingreso suplementario para su bebé? Sí _____ No _____

“MIDATLANTIC NEONATOLOGY ASSOCIATES, P.A.”
BENEFICIOS DE ASIGNACION

Autorizo el pago directo, de los beneficios médicos a que tengo derecho, a “MidAtlantic Neonatology Associates, P.A, (MANA)”, por los servicios prestados a mi dependiente menor de edad.

Autorizo a MANA para difundir cualquier información relacionada con mi dependiente menor de edad necesaria para obtener los pagos respectivos por parte del seguro.

Autorizo a MANA para apelar en mi nombre ante la compañía de seguros.

He leído detenidamente el aviso de privacidad subsiguiente.

Firma del Padre, Madre, Guardián

Fecha

MIDATLANTIC NEONATOLOGY ASSOCIATES, P.A.
AVISO DE PRIVACIDAD

**Esta nota describe como puede ser usada y difundida la información
médica relativa a su bebé. Por favor leala cuidadosamente.**

Proteger la privacidad de su información médica y la de su bebé es de máxima importancia para nosotros. Durante el desarrollo del tratamiento nosotros creamos archivos relacionados con usted y con su bebé y con el tratamiento que él o ella reciben. Estos archivos son de nuestra propiedad, la ley nos obliga a mantenerlos en privado y a informarle a usted acerca de nuestros deberes legales respecto al “PHI” o información protegida sobre la salud. Nosotros podemos usar y difundir esta información sin su autorización para obtener el pago de los servicios prestados y para asuntos relacionados con cuidados de salud (Ejemplos: Administración interna y mejoramiento de los servicios prestados por el hospital).

Nosotros podemos difundir esta clase de información (PHI) por razones diferentes a las ya anotadas sólo cuando usted nos autorice por escrito en un formato que cumpla con las formalidades establecidas en la ley. (Health Ins. Portability and Accountability Act). Usted puede revocar su autorización, excepto en la parte que ya haya sido difundida, solicitándolo por escrito a nuestra oficina. Aunque los archivos médicos de su bebé son propiedad física de MANA, la información le pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- ❖ Inspeccionar y copiar los archivos.
- ❖ Corregir los archivos si usted piensa que son incorrectos o inexactos.
- ❖ Obtener una relación de toda la información difundida con respecto a la salud de su bebé.
- ❖ Solicitar comunicaciones acerca de la salud de su bebé por medios alternativos o en diferentes localidades.
- ❖ **Solicitar la restricción de información acerca de la salud de su bebé a ciertos usos o publicaciones.**