

# Rainbow Pediatrics

## Información del Paciente:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Vive con: Madre ( ) Padre ( ) Ambos ( ) Guardián Legal ( ) Otro ( ) \_\_\_\_\_  
 Farmacia: \_\_\_\_\_ Escuela/Guardería: \_\_\_\_\_

## Información de los Padres/Tutor Legal:

**Nombre de la Madre:** \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: (M) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Dirección: *(Si es diferente que la de arriba)* \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Responsable de Facturas: Si o No

**Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: (P) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Dirección: *(Si es diferente que la de arriba)* \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Responsable de Facturas: Si o No

## Información de Seguro de Salud:

Seguro Medico: \_\_\_\_\_ Nombre en la tarjeta: \_\_\_\_\_  
 Numero de Póliza/S.S.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Copay: \$ \_\_\_\_\_

Seguro Medico: \_\_\_\_\_ Nombre en la tarjeta: \_\_\_\_\_  
 Numero de Póliza/S.S.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Copay: \$ \_\_\_\_\_

Relación al paciente: Mismo ( ) Padre ( ) Hijo (a) ( ) Otro ( ) \_\_\_\_\_

## En Caso de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Rainbow Pediatrics, LLC

**Pankaj Sanwal, M.D.,F.A.A.P. & Vibha Sanwal, M.D.,F.A.A.P.**

21141 Sterling Avenue, Unit #1, Georgetown, DE 19947  
TEL: (302) 856- 6967 FAX: (302) 855- 0744

1212 Savannah RD, Lewes, DE 19958  
TEL: (302) 645-2241 FAX: (302) 645-5079

## Contact Consent for billing purposes

You agree, in order for us to service your account or to collect any amounts you may owe, our organization’s representatives, ancillary providers, HIPAA business associates, vendors, and the representatives or our debt collection agency, may contact you by telephone at any telephone number associated with your account, including wireless telephone numbers, which could result in charges to you. Our organization’s representatives, ancillary providers, HIPAA business associates, vendors, and the representatives of our debt collection agency may also contact you by sending text messages or emails, using any e-mail address you provide to us. Methods of contact may include using prerecorded/artificial voice messages and/or use of an automatic dialing device, as applicable. I/We have read this disclosure and agree that the Lender/Creditor, its ancillary providers, HIPAA business associates, vendors, and its debt collection agents may contact me/us as described above.

## Consentimiento para contactarle sobre sus cuentas

Usted está de acuerdo que para darle servicio a su cuenta o para cobrar las cantidades que usted pueda deber, representantes de nuestra organización, proveedores auxiliares, asociados de negocios de HIPAA, vendedores y representantes o nuestra agencia de cobro/colecciones, pueden contactarle por teléfono en cualquier número de teléfono asociado a la cuenta, incluyendo los números de teléfonos móviles, lo cual podría resultar en cargos a usted. Representantes de nuestra organización, proveedores auxiliares, asociados de negocios de HIPAA, vendedores y representantes de nuestra agencia de cobro/colecciones, pueden ponerse en contacto con usted mediante el envío de mensajes de texto o mensajes de correo electrónico, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que usted nos proporciona. Métodos de contacto pueden ser mensajes de voz pregrabados / mensajes artificiales de voz y uso de un dispositivo de marcación automática, según sea aplicable. Yo / Nosotros hemos leído esta descripción y estoy/estamos de acuerdo en que el Prestamista / Acreedor, sus proveedores auxiliares, asociados de negocios de HIPAA, vendedores y la agencia de cobro/colecciones puedan ponerse en contacto conmigo / nosotros como se describe anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Patient Name (Nombre del paciente)

\_\_\_\_\_  
DOB (Fecha de Nacimiento)

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature (Firma de padre/tutor legal)

\_\_\_\_\_  
Date (Fecha)



## Rainbow Pediatrics, LLC

**Pankaj Sanwal, M.D., F.A.A.P. & Vibha Sanwal, M.D., F.A.A.P.**

21141 Sterling Avenue, Unit #1, Georgetown, DE 19947  
TEL: (302) 856- 6967 FAX: (302) 855-0744

1212 Savannah RD, Lewes, DE 19958  
TEL: (302) 645-2241 FAX: (302) 645-5079

### Formulario de Consentimiento del Portal del Paciente

#### ***El Proposito de esta Forma:***

Rainbow Pediatrics ofrece visualización segura y comunicación a través de los servidores seguros de su proveedor de EMR (eClinicalWorks) como un servicio para los pacientes que desean ver partes de sus registros y comunicarse con nuestro personal y médicos. La mensajería segura puede ser una herramienta de comunicación valiosa, pero tiene ciertos riesgos. Para gestionar estos riesgos, debemos imponer algunas condiciones de participación. Este formulario está destinado a mostrar que ha sido informado de estos riesgos y las condiciones de participación, y que acepta los riesgos y acepta las condiciones de participación. Al firmar, a continuación, confirma que ha leído, comprendido y aceptado cumplir con nuestros procedimientos para usar el Portal del paciente. También acepta no responsabilizar a Rainbow Pediatrics ni a su personal por infracciones de la red que estén fuera de su control.

#### ***¿Cómo funciona el Portal Seguro para Pacientes?***

Un portal web seguro es un tipo de página web que usa el cifrado para evitar que personas no autorizadas lean comunicaciones, información o archivos adjuntos. Los mensajes e información seguros solo pueden ser leídos por alguien que conoce la contraseña correcta o la contraseña para iniciar sesión en el portal. Debido a que el canal de conexión entre su computadora y el sitio web usa tecnología de capa de conexión segura, puede leer o ver información en su computadora, pero está encriptada en la transmisión entre el sitio web y su computadora.

#### ***Proteger su información de salud privada y riesgos***

Este método de comunicación y visualización evita que personas no autorizadas puedan acceder o leer mensajes mientras están en transmisión. Ningún sistema de transmisión es perfecto y haremos nuestro mejor esfuerzo para mantener la seguridad electrónica. Sin embargo, mantener los mensajes seguros depende de dos factores adicionales: el mensaje seguro debe llegar a la dirección de correo electrónico correcta, y solo la persona correcta (o alguien autorizado por esa persona) debe poder acceder a él.

Solo tú puedes asegurarte de que estos dos factores estén presentes. Necesitamos que se asegure de que tengamos su dirección de correo electrónico correcta y que nos informe si cambia. También necesita mantenerse informado de quién tiene acceso a su cuenta de correo electrónico para que solo usted o alguien a quien autorice pueda ver los mensajes que recibe de nosotros.

Si recibe mensajes seguros de un sitio web, debe evitar que personas no autorizadas aprendan su contraseña. Si crees que alguien ha aprendido tu contraseña, deberías ir al sitio web y cambiarla.

#### **Reconocimiento y acuerdo del paciente**

Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento y las Políticas y procedimientos relacionados con el Portal del paciente. Entiendo el riesgo asociado con las comunicaciones en línea entre mi médico y yo, y doy consentimiento a las condiciones que se detallan en este documento. Además, acepto seguir las instrucciones establecidas en este documento incluyendo las políticas y procedimientos, así como cualquier otra instrucción que mi médico pueda imponer para comunicarse con los pacientes a través de comunicaciones en línea. Todas mis preguntas han sido respondidas y entiendo y estoy de acuerdo con la información provista en las respuestas.

Correo electrónico confidencial, por favor escriba claramente: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma de padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Rainbow Pediatrics, LLC

**Pankaj Sanwal, M.D., F.A.A.P. & Vibha Sanwal, M.D., F.A.A.P.**

21141 Sterling Avenue, Unit #1, Georgetown, DE 19947  
TEL: (302) 856- 6967 FAX: (302) 855-0744

1212 Savannah RD, Lewes, DE 19958  
TEL: (302) 645-2241 FAX: (302) 645-5079

### Consent for medical photography

I consent for medical photographs to taken of my child (or person for whom I am legal guardian). I understand that the medical images will be used in his/her medical record, for purposes of diagnosis, treatment and follow up care. I understand that pictures will be taken of my child via mobile phone or tablet, through the EMR (Electronic Medical Record) and will only be attached to my child's medical record.

I have read and understand the above and I hereby authorize Rainbow Pediatrics to take medical images of my son/daughter for medical purposes and I agree for these photographs to be used in my child's medical chart for diagnosis, treatment and follow up care.

### Consentimiento para fotografía médica

Yo doy mi consentimiento para que fotografías médicas sean tomadas de mi hijo(a) (o la persona por quien yo soy tutor legal). Entiendo que las imágenes médicas se utilizarán en su expediente médico, con fines de diagnóstico, tratamiento y atención de seguimiento. Entiendo que las imágenes se tomarán a través de un teléfono móvil o tableta, y a través de su Expediente Médico Electrónico y sólo se adjuntarán al expediente médico de mi hijo.

He leído y entendido lo anterior y yo autorizo a Rainbow Pediatrics tomar imágenes médicas de mi hijo(a) para fines médicos y estoy de acuerdo que las fotografías se utilizarán en el historial médico de mi hijo para el diagnóstico, tratamiento y atención de seguimiento.

\_\_\_\_\_  
Patient Name/ Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Date of birth/Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Parent/ legal guardian Signature/ Firma de padres/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

# Rainbow Pediatrics, LLC Política de Facturación

Lo siguiente establece la política de facturación general para Rainbow Pediatrics, LLC. Por favor lea la información, ponga sus iniciales, luego firme y coloque la fecha donde se indica.

\_\_\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a Rainbow Pediatrics, LLC la información de facturación actual en el momento de registrarme y informar a Rainbow Pediatrics, LLC acerca de cualquier cambio con mi información. Entiendo que debo proporcionar **todas las tarjetas** de mi plan médico al momento de registrarme

\_\_\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad saber mi **copago / deducible** y pagarlo antes de recibir los servicios. Entiendo que esto es un acuerdo contractual que tengo con mi plan de salud y que la práctica también tiene un acuerdo contractual con mi plan de salud para cobrar los copagos en el momento del servicio, y se les exige que informen al seguro sobre cualquier persona inscrita que no pague el copago.

\_\_\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad mantener activo mi plan médico y la falta de hacerlo puede resultar en que me den de baja de la práctica. **Entiendo que Rainbow Pediatrics tiene derecho de negar atención médica si mi cuenta tiene un balance o si el seguro médico no está vigente el día la visita.**

\_\_\_\_\_ Entiendo que si pago por cuenta propia, los pagos DEBEN ser hechos al momento de registrarme antes de que se presten los servicios. Entiendo que esto también se aplica si mi cobertura de mi plan médico no está vigente. **Entiendo que Rainbow Pediatrics tiene derecho de negar atención médica si mi seguro médico no está vigente o si no puedo pagar por los servicios el día de la consulta.**

\_\_\_\_\_ Entiendo que si presento un cheque sin fondos para el pago de mi cuenta me cobrarán una multa de **\$ 40.00**. Además, entiendo que para rectificar mi cuenta, se requerirá que pague en efectivo, giro postal, cheque de caja o tarjeta de crédito.

\_\_\_\_\_ Entiendo que recibiré un cobro por la cantidad que debo (copagos, montos de coseguro, deducibles y reclamos por accidentes automovilísticos) y que tengo la responsabilidad financiera de pagar estos montos. Entiendo que se me proporcionarán dos (2) estados de cuenta por cualquier saldo pendiente después de los pagos de mi plan médico. Además, entiendo que si no realicé los pagos o no hice un plan de pago antes de que envíen el segundo estado de cuenta, el segundo estado de cuenta será una **"NOTIFICACIÓN FINAL"** y mi cuenta podrá enviarse a un servicio de colección externo si no cumpla con mis obligaciones financieras. También entiendo que seré responsable de todos y cada uno de los cobros de colección, intereses o gastos legales asociados con el proceso del cobro. **Entiendo que mi cuenta quedará inactiva y que el paciente será dado de baja de la práctica si no se recibe ningún pago después de 2 estados de cuenta o no se ha hecho un plan de pago.**

\_\_\_\_\_ Entiendo que la práctica puede pedirme de forma verbal la autorización del uso de mi tarjeta de crédito para el pago de mi cuenta pendiente y para cubrir un cheque sin fondos.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la práctica obtendrá la autorización previa necesaria para el tratamiento prestado. Además, entiendo que la autorización previa no es una garantía de pago y que soy responsable de las facturas que no pague la compañía de seguros.

\_\_\_\_\_ Entiendo que hay una tarifa de \$ 15 para los expedientes médicos hechos en CD y que soy responsable de pagar cualquier saldo pendiente antes de que se envíen los expedientes.

Mi firma a continuación confirma que he leído estas políticas de facturación y mi obligación financiera en relación con **Rainbow Pediatrics, LLC**.

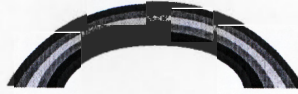
Firma

- Yo autorizo el pago de beneficios médicos a **Rainbow Pediatrics, LLC** por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier servicio no cubierto por mi compañía de seguros.
- Además, acepto pagar todos los costos de cobros de colección, honorarios de abogados y otros costos de colecciones para hacer cumplir la recaudación de cualquier monto pendiente
- Autorizo a **Rainbow Pediatrics, LLC** a divulgar cualquier información médica necesaria para completar y procesar mis reclamos de seguro.

Fecha

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento



## Rainbow Pediatrics, LLC

**Pankaj Sanwal, M.D., F.A.A.P. & Vibha Sanwal, M.D., F.A.A.P.**

21141 Sterling Avenue, Unit #1, Georgetown, DE 19947 1212 Savannah RD, Lewes, DE 19958  
TEL: (302) 856- 6967 FAX: (302) 855-0744 TEL: (302) 645-2241 FAX: (302) 645-5079

**Bienvenido a Rainbow Pediatrics! Por favor complete toda la documentación adjunta y lea las siguientes políticas de la oficina.**

### **Vacunacion del paciente:**

Estoy consiente de que Rainbow Pediatrics no acepta pacientes que no creen en vacunas o que rechazan que sus hijos sean vacunados. Entiendo que Rainbow Pediatrics le dara de baja a los pacientes que ya no deseen ser vacunados. Los pacientes que no han sido vacunados ponen en riesgo la salud no solo de si mismos, sino tambien a los otros bebes y ninos en la practica. Rainbow Pediatrics estara dando vacunas estrictamente de acuerdo con el Centro para el Control y la Prevencion de Enfermedades (CDC) y la Academia Americana de Pediatria (AAP). Ya no podremos seguir atendiendo a las familias que deseen seguir programacion de vacunas alternativas.

### **Pacientes sin Cita:**

Nosotros proveemos atención médica para nuestros pacientes que vienen sin cita o llaman el mismo día, dependiendo en el horario del doctor, pero a los pacientes con citas previas se les atenderá primero.

### **Referidos:**

Si usted está inscrito en un plan de seguro médico de atención administrativa, por ejemplo, HMO; usted tiene que recibir un referido de nuestra oficina **antes** de ver a un especialista. NO daremos ningún referido retroactivo.

### **Chequeo fisico/vacunas:**

El padre/tutor legal debe estar presente a las citas médicas que incluyen vacunas. Solamente el padre/tutor legal puede firmar para que el paciente reciba vacunas. Esperamos que cada paciente obtenga un examen fisico anual y si lo hacen en otro lugar como en la escuela o en una clinica de atencion inmediata es inaceptable y se le dara de baja al paciente de la practica. Al paciente se le dara de baja de la practica si no lo hemos visto durante dos anos para chequeo fisico.

### **Faltas a citas médicas:**

Las faltas a citas médicas representan un costo para nosotros y para otros pacientes que podríamos haber atendido en ese tiempo que apartamos para usted. Si usted desea cancelar su cita, hágalo con 24 horas de anticipación. Nosotros nos reservamos el derecho para cobrar por citas perdidas. **Después de la tercera (3) cita perdida el paciente será dado de baja de la práctica.**

Rainbow Pediatrics reserva el derecho a dar de baja a pacientes si no siguen consejos médicos por los doctores y que no vienen a citas de seguimiento.

### **Formularios que necesitan ser completados:**

Si necesita que la oficina le llene alguna forma, debe darle a la oficina tiempo suficiente para completarlas. Los chequeos físicos regulares requieren un aviso de 24 horas / formas para físicos deportivos y otras hojas requieren un aviso de 72 horas.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_