

# Twinkle Pediatrics LLC

Dr. Aparna Peethambaram  
1815 Satellite Blvd. Suite 501 Duluth, GA 30097  
Ph: 678-496-2600 Fx: 888-226-8819  
www.twinklepediatrics.com

## INFORMACION DE EL PACIENTE

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre(s): \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo F / M Seguro Social # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono De Casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nombre De Escuela/Daycare: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE LA ASEGURANSA

MEDICAID  PEACHCARE FOR KIDS

Numero De Miembro: \_\_\_\_\_  AMERIGROUP  CARESOURCE

Numero De Plan: \_\_\_\_\_ Tipo De Plan  WELLCARE  PEACHSTATE

## ASEGURANZA PRIVADA

Tipo De Aseguransa \_\_\_\_\_ Poliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Nombre De Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

## INFORMACION SOBRE EL PADRE RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo F / M Seguro Social # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero De Telefono Celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numero De Telefono De Trabajo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

En Caso De Emergencia Llamar A: \_\_\_\_\_ Numero De Telefono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_

(Nombre,Direccion & Telefono)

Como Escucho De Nosotros: \_\_\_\_\_

PREFERENCIA PARA CONFIRMAR SU CITA:  Llamada Automatica  Mensaje De Texto

## AUTORIZACION

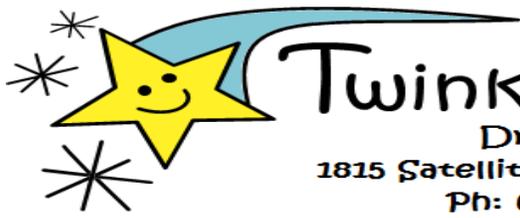
\*\*\*\*\*POR FAVOR PRESENTE SU IDENTIFICACION & TARJETA DE ASEGURANSA A LA RECEPCIONISTA\*\*\*\*\*

- Por la presente autorizo y solicito el tratamiento médico necesario para la atención del paciente arriba mencionado.
- Autorizo la liberación de todos los archivos médicos a la referencia y médicos de familia y a mi compañía de seguros, de ser aplicable. Permito la transmisión del fax de mis archivos médicos, si es necesario.
- Reconozco la responsabilidad financiera de los servicios dados por **Twinkle Pediatrics, LLC** Entiendo que el pago es debido en el momento del servicio a menos que otros preparativos financieros definidos se hayan hecho antes del tratamiento. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo, honorarios, deductibles y copagos que la aseguransa no cumpla.
- Entiendo que las compañías de seguros tienen acuerdos con ciertos laboratorios para el trabajo del laboratorio y que es mi responsabilidad de saber qué laboratorio mi seguro autoriza e informar al personal de **Twinkle Pediatrics, LLC** en cuanto a cual laboratorio cubre mis seguro.
- Autorizo y solicito que los pagos de seguros se hagan directamente a **Twinkle Pediatrics, LLC** por los servicios dados.

**He leído y totalmente entiendo el susodicho consentimiento para tratamiento, liberación de información médica, responsabilidad financiera y autorización de seguros.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Twinkle Pediatrics LLC

Dr. Aparna Peethambaram

1815 Satellite Blvd. Suite 501 Duluth, GA 30097

Ph: 678-496-2600 Fx: 888-226-8819

www.twinklepediatrics.com

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Gracias por elegir **Twinkle Pediatrics, LLC** como proveedor de atención médica de su hijo. Nos hemos comprometido a manejar con éxito la salud de su hijo. Por favor, comprenda que el pago de la factura se considera como parte de su tratamiento. Esta Declaración de Responsabilidad Financiera debe ser leído y firmado por el tutor del niño antes de cualquier tratamiento. Todos los pacientes también deben completar los formularios de la Información y de seguros del paciente antes de ver al médico. Gracias por su comprensión y cooperación. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta o inquietud. Mientras que nosotros participamos con muchos planes de seguro, cuentas cubiertos por otros planes deben ser pagados en su totalidad en el momento del servicio a menos que se hayan hecho arreglos previos. Aceptamos efectivo, cheques con aprobación previa y MasterCard, Visa, Amex, o Discover.

### **Aseguransa:**

Estaremos encantados de presentar reclamaciones de seguro por usted siempre y cuando somos un proveedor participante en su plan. Es su responsabilidad de proporcionarnos con la dirección, número de teléfono y la información del seguro correcta en cada visita. La cobertura del seguro y el conocimiento de los beneficios del plan son la responsabilidad del paciente. Por favor, consulte su Explicación de Beneficios (EOB) que le ha proporcionado su plan de seguro para cuestiones relativas a deducibles o montos considerados responsabilidad del paciente. Los planes de seguro que ofrecen un copago requieren que cobremos el copago por cada visita a la oficina, independientemente de los servicios que se llevan a cabo. Todos los copagos son debidos a la llegada, antes del tratamiento. Tendremos que aplicar un cargo administrativo si tenemos que cobrarle después por su copago.

Los referidos requeridos por su compañía de seguros son su responsabilidad. Si ve el especialista ANTES de recibir la aprobación, es posible que tenga que pagar de su bolsillo. Si tiene que llevar a su hijo a un centro de atención de urgencia después de las horas o los fines de semana, por favor póngase en contacto con nuestra oficina, el siguiente día hábil para que podamos hacer una referencia para usted.

### **Otros cargos:**

Citas perdidas: A menos que se cancele con mínimo de una hora antes de la hora de la cita, hay una tasa administrativa por todas las citas perdidas. Citas futuras no serán programadas hasta que se pague esta cuota. Por favor ayúdenos a servirle mejor manteniendo sus citas programadas.

### **Cargos por Falta de Fondos Suficientes:**

Nuestra oficina le cobrará una tarifa administrativa si el banco devuelve el cheque por falta de fondos suficientes (FFS).

### **Formularios de Educacion Fisica / Expedientes Médicos:**

Los cargos son para cubrir los costos a nuestra oficina.

Por Favor anote a sus hijos (con primer nombre y apellidos) y su fecha de nacimiento:

---

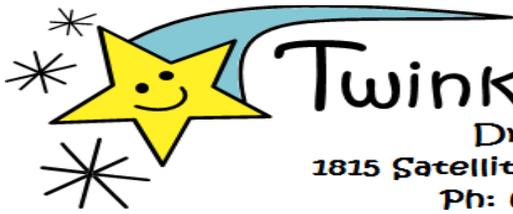
---

---

**He leído y entendido la declaración de responsabilidad financiera. Estoy de acuerdo con estas condiciones.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Twinkle Pediatrics LLC

Dr. Aparna Peethambaram  
1815 Satellite Blvd. Suite 501 Duluth, GA 30097  
Ph: 678-496-2600 Fx: 888-226-8819  
www.twinklepediatrics.com

## AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

*I understand that my child's medical records are confidential and cannot be disclosed without my written authorization, except otherwise provided for by law.*

I hereby voluntarily authorize \_\_\_\_\_  
(Previous Clinic Name, Phone & Fax Number)

To release: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Childs Name) (Date Of Birth)

information specified below to or from:

**Twinkle Pediatrics, LLC**  
**1815 Satellite Blvd Suite 501 Duluth, GA 30097**  
**Phone: (678) 496-2600 Fax: (888) 226-8819**

The specific purpose(s) for this disclosure is/are:

- \_\_\_ My personal use
- \_\_\_ Sharing with other healthcare providers
- \_\_\_ Other (please describe) \_\_\_\_\_

SPECIFIC INFORMATION TO BE RELEASED: (Please check all that you are requesting be released)

- \_\_\_ Complete Medical Records for this Office
- \_\_\_ History & Physical
- \_\_\_ Other (Please List) \_\_\_\_\_

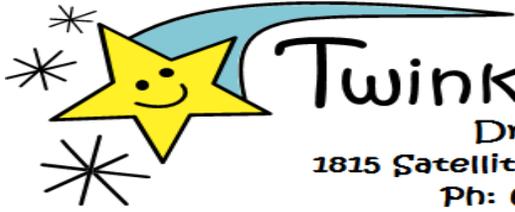
- I understand that I May revoke this authorization at any time by notifying the office in writing at ATTN: Practice Manager, Medical Records Request of my intent to revoke this authorization, and that such revocation will not have any effect on any actions taken by the office before revocation.
- I understand this authorization expires 180 days from the date signed, unless otherwise revoked.
- I understand that once the above information is disclosed, it May be re-disclosed by the recipient and the information May not be protected by federal privacy laws or regulations.
- I understand that I May be asked to show proof that I have the authority to sign an authorization to review and/or receive copies of the above named patients medical record which I am requesting.
- I understand that I May be charged for copies of my child's medical record, which I request for myself for use by others.
- I also understand fees for copies are due and payable before copies are released.
- I understand that a photocopy or facsimile of this authorization is as valid as the original.

\_\_\_\_\_  
Parent Signature or Legally Authorized Representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Printed Name

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient



**Twinkle Pediatrics** LLC

Dr. Aparna Peethambaram

1815 Satellite Blvd. Suite 501 Duluth, GA 30097

Ph: 678-496-2600 Fx: 888-226-8819

www.twinklepediatrics.com

## RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, \_\_\_\_\_ el padre o representante legal de  
\_\_\_\_\_ he tenido la oportunidad de leer,  
revisar y solicitar una copia de el Aviso de Practicas de Privacidad de  
**Twinkle Pediatrics, LLC** Según lo Requiere el Reglamento de Privacidad  
Creado Como Resultado de la *Portabilidad del Seguro de Salud y Ley de  
Responsabilidad (HIPAA por sus siglas en ingles)* en la que este aviso  
describe cómo se puede usar la información de salud acerca de mi hijo, como  
puede ser compartida y cómo puedo conseguir el acceso a la información  
médica personal de mi hijo.

X \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre o Representante Legal

\_\_\_\_\_

Fecha



**Twinkle Pediatrics LLC**

Dr. Aparna Peethambaram

1815 Satellite Blvd. Suite 501 Duluth, GA 30097

Ph: 678-496-2600 Fx: 888-226-8819

[www.twinklepediatrics.com](http://www.twinklepediatrics.com)

## Consentimiento para Vacunar

Yo, \_\_\_\_\_ el padre o representante legalmente autorizado de \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento y autorización para que mi hijo reciba todas las vacunas que son requeridas por la *Academia Americana de Pediatría (AAP)* y el *Centro para el Control de Enfermedades (CDC)*. Si en cualquier tiempo tengo preguntas o inquietudes acerca de cualquier vacuna Informaré a la MA o Dr. Aparna durante la consulta para que se resuelva mi problema

X \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre o Representante Legal

\_\_\_\_\_

Fecha



## Consentimiento de Recetas Medicas

ePrescribe es una forma de que los médicos envíen electrónicamente una receta precisa, sin errores y comprensible desde el consultorio del médico a la farmacia. El programa de ePrescribe también incluye:

- **Formulario y transacciones de beneficios**- Brinda información al proveedor de atención médica sobre qué medicamentos están cubiertos por su plan de beneficios de medicamentos.
- **Transacciones del historial de medicamentos**- Proporciona al proveedor de atención médica información sobre las recetas actuales y anteriores de su hijo. Esto permite que los proveedores de atención médica estén mejor informados sobre posibles problemas de medicación y que usen esa información para mejorar la seguridad y la calidad. Los datos del historial de medicamentos pueden indicar: cumplimiento de los regímenes prescritos; intervenciones terapéuticas; interacciones medicamentosas y alergias a medicamentos; Las reacciones adversas a medicamentos; y terapia duplicada.

La información del historial de medicamentos incluiría medicamentos recetados por el proveedor de atención médica de su hijo en Twinkle Pediatrics, LLC, así como otros proveedores de atención médica involucrados en el cuidado de su hijo y pueden incluir información confidencial que incluye, entre otros, medicamentos relacionados con enfermedades mentales, enfermedades genéticas y VIH / SIDA. **Como parte de este Formulario de consentimiento, usted acepta específicamente la divulgación de esta y otra información confidencial de salud.**

Al firmar este formulario de consentimiento, acepta que su proveedor en Twinkle Pediatrics, LLC pueda solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o pagadores de beneficios de farmacias de terceros con fines de tratamiento.

Puede decidir no firmar este formulario. Su elección no afectará la capacidad de su hijo para obtener atención médica, el pago de su atención médica o sus beneficios de atención médica. Su decisión de denegar o denegar el consentimiento puede no ser la base para la denegación de los servicios de salud. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado.

Este formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que revocar su consentimiento. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero si lo hace, no tendrá efecto en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación.

Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado a Twinkle Pediatrics, LLC para verificar el historial de recetas de mi hijo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido Completo de el Paciente

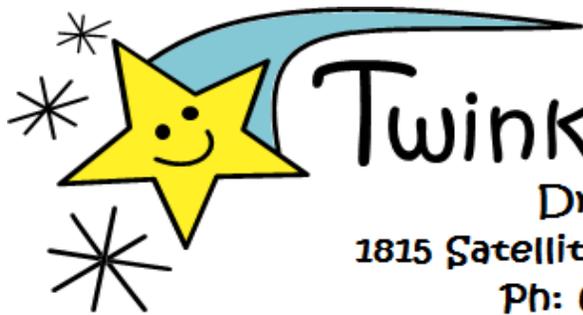
\_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma de el Padre/Madre o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo de el Padre/Madre o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relacion Con El Paciente



# Twinkle Pediatrics LLC

Dr. Aparna Peethambaram

1815 Satellite Blvd. Suite 501 Duluth, GA 30097

Ph: 678-496-2600 Fx: 888-226-8819

[www.twinklepediatrics.com](http://www.twinklepediatrics.com)

## Consentimiento para servicios de telemedicina

- Entiendo que la telemedicina es el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor de atención médica que se utiliza para prestar servicios a un individuo cuando se encuentra en un lugar o sitio diferente al que yo estoy.
- Entiendo que la visita de telemedicina se realizará a través de un enlace de video bidireccional. El proveedor de atención médica podrá ver mi imagen en la pantalla y escuchar mi voz. Podré escuchar y ver al proveedor de atención médica.
- Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica incluida (HIPPA) también se aplican a la telemedicina.
- Entiendo que seré responsable de cualquier copago o coseguro que se aplique a mi visita de telemedicina.
- Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el transcurso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.
- Entiendo que al firmar este formulario, doy mi consentimiento para recibir servicios de atención médica por telemedicina.

X \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre o Representante Legal

\_\_\_\_\_

Fecha