



WATCHUNG PEDIATRICS



76 Stirling Road
Suite 201
Warren, NJ 07059
908-755-KIDS (5437)
908-755-6905 (fax)

225 Millburn Avenue
Suite 301
Millburn, NJ 07041
973-376-PEDS (7337)
973-218-6647 (fax)

346 South Avenue
Suite 3
Fanwood, NJ 07023
908-889-TOTS (8687)
908-889-0047 (fax)

Padre/Madre 1		Fecha de Nacimiento
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo Electrónico		Número de Seguro Social
Número de Teléfono Celular	Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo

Padre/Madre 2		Fecha de Nacimiento
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo Electrónico		Número de Seguro Social
Número de Teléfono Celular	Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo

Compañía de Seguros	Número de ID de Seguro
Número de Grupo/Nombre	Número de Plan/Nombre
Suscriptor/Garante	
Farmacia	Teléfono de la Farmacia
Empleador	Ocupación

Acepto la responsabilidad financiera por todas las visitas a Watchung Pediatrics y presentaré mi tarjeta de seguro en cada visita a la oficina.

Autorizo a Watchung Pediatrics a facturar a mi seguro.

Nombre (en letra de imprenta)/Firma	Fecha
-------------------------------------	-------

Watchung Pediatrics participa en el programa de "Uso Significativo" del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. para brindar una mejor atención a su familia. Con el fin de cumplir con este programa, debemos recopilar datos sobre la raza, etnia e idiomas principales de los pacientes y las familias. Los pacientes pueden optar por no responder marcando la casilla de "prefiere no responder". Su ayuda en este asunto es muy apreciada.

Apellido

Lista de Niños (de Mayor a Menor por favor)

Nombre del Niño 1	Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-------------------	---------------------	--

Raza			
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra Raza	<input type="checkbox"/> Prefiere No Responder	

Otra Raza	Etnicidad
	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Prefiere No Responder

Idiomas	Otros Idiomas
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere No Responder	

Nombre del Niño 2	Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-------------------	---------------------	--

Raza			
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra Raza	<input type="checkbox"/> Prefiere No Responder	

Otra Raza	Etnicidad
	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Prefiere No Responder

Idiomas	Otros Idiomas
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere No Responder	

Nombre del Niño 3	Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-------------------	---------------------	--

Raza			
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra Raza	<input type="checkbox"/> Prefiere No Responder	

Otra Raza	Etnicidad
	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Prefiere No Responder

Idiomas	Otros Idiomas
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere No Responder	

Nombre del Niño 4	Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-------------------	---------------------	--

Raza			
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra Raza	<input type="checkbox"/> Prefiere No Responder	

Otra Raza	Etnicidad
	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Prefiere No Responder

Idiomas	Otros Idiomas
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere No Responder	

¿Existen barreras de comunicación? Si es así, por favor enumere las barrera(s) y a quién(es) se aplican:



CONSENTIMIENTO PARA DISCUTIR INFORMACIÓN MÉDICA E INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DE UN PACIENTE MENOR DE 18 AÑOS

Nombre del Paciente (en letra de imprenta)	Fecha de Nacimiento
Nombre del hermano 1 (en letra de imprenta)	Fecha de Nacimiento
Nombre del hermano 2 (en letra de imprenta)	Fecha de Nacimiento
Nombre del hermano 3 (en letra de imprenta)	Fecha de Nacimiento
Nombre del hermano 4 (en letra de imprenta)	Fecha de Nacimiento

Con mi consentimiento previo, autorizo a Watchung Pediatrics a discutir la información médica de mi(s) hijo(s) de la siguiente manera (Iniciales en todo lo que corresponda)

Registros de vacunación para ser enviados por fax o correo a:	Escuela	Otro
Planes de tratamiento (por ejemplo: Medicación, asma, EpiPen, etc.) a ser divulgados a:	Escuela	Otro
Análisis y resultados de pruebas:	Escuela	Otro
Otro (Especificar)		

Autorizo a las siguientes personas a llevar a mi(s) hijo(s) para recibir tratamiento en Watchung Pediatrics.

Nombre de la Persona	Relación
Nombre de la Persona	Relación
Nombre de la Persona	Relación

Entiendo que, como parte del tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información de salud protegida a otra entidad. Por la presente, reconozco haber recibido el "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Watchung Pediatrics y doy mi consentimiento para dicha divulgación para estos usos permitidos. También doy mi consentimiento para tales divulgaciones por fax.

Entiendo completamente y acepto los términos de este consentimiento.

Nombre (en letra de imprenta)	Firma
Fecha	Número de Teléfono Celular del Padre/Madre

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento y debo notificar a Watchung Pediatrics para revocar el consentimiento.

REVOCAR CONSENTIMIENTO

(No firme abajo a menos que esté revocando el consentimiento anterior)

Por la presente, revoco el consentimiento anterior con efecto inmediato. Entiendo que al revocar este consentimiento, mi información médica e información de salud protegida ya no se discutirá ni se divulgará (liberará) a las personas mencionadas anteriormente, y que se necesitará completar un nuevo consentimiento si esto cambia.

Firma del padre/madre	Fecha
-----------------------	-------



PEDIATRICS

76 Stirling Road
Suite 201
Warren, NJ 07059
908-755-KIDS (5437)
908-755-6905 (fax)

225 Millburn Avenue
Suite 301
Millburn, NJ 07041
973-376-PED5 (7337)
973-218-6647 (fax)

346 South Avenue
Suite 3
Fanwood, NJ 07023
908-889-TOTS (8687)
908-889-0047 (fax)

Nombre de Paciente

www.watchungpediatrics.com

Fecha de Nacimiento

Póliza Financiera

La meta de Watchung Pediatrics es para ofrecer y mantener una buena relación entre el médico y el paciente. Dejando a ustedes saber en adelanto de nuestra Poliza de Oficina, permite una buena comunicación y ayudar a lograr nuestra meta. Par favor lea esto cuidadosamente y si tiene algunas preguntas par favor no dude en preguntar a cualquier miembro del personal.

1. A su llegada, regístrese en la recepción y presente su tarjeta de seguro actual en cada visita. Se escaneará en el expediente de su hijo. Esta es su designación del plan de seguro correcto y su consentimiento para facturarlos en nombre de su hijo. Si la compañía de seguros que usted designe es incorrecta, usted será responsable del pago de la visita y de enviar los cargos al plan correcto.
2. Si su compañía de seguros requiere un médico de atención primaria (PCP), su tarjeta debe incluir el nombre de uno de nuestros médicos, "Watchung Pediatrics" o nuestro número de teléfono. Si su compañía de seguros no ha sido informada de esta información, usted puede ser responsable del pago de esta visita. Nuestro personal de recepción puede ayudarlo a llamar a la compañía de seguros en el momento de la visita si falta esta información.
3. Si nuestros médicos no participan en su plan de seguro, se espera el pago total en el momento del servicio. Para citas programadas, cualquier saldo debe pagarse antes de la visita.
4. Si no tiene seguro, se espera el pago en el momento de la visita. Ofrecemos un programa de tarifas con descuento que compartiremos con usted antes de la visita al consultorio de su hijo.
5. De acuerdo con su plan de seguro, usted es responsable de todos y cada uno de los copagos, deducibles y Co-seguros. ¡Los copagos son requerido antes de la visita en el momento de! servicio.
6. Si tiene un seguro secundario, enviaremos un reclamo en su nombre, siempre que haya proporcionado la información correcta de su seguro. Su seguro secundario le enviara el cheque de reembolso directamente a usted. Usted es responsable de reenviar el pago de cualquier saldo en su cuenta.
7. Antes de programar el examen físico anual de su hijo, verifique con su seguro si un examen físico anual está cubierto y si requiere el físico en un año calendario, o solo después de 365 días del examen físico del año anterior. También verifique si pagan por el examen de visión y audición. Es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro y será responsable de todos los cargos no cubiertos.
8. El examen físico anual de su hijo brinda la oportunidad tanto para usted como para el proveedor de discutir todos los temas relacionados con el examen físico de su hijo, y salud mental, medicamentos, rendimiento escolar, problemas sociales y problemas de crianza. Como resultado del alcance de los temas revisados en el examen físico, su compañía de seguros puede exigirle que sea parcial a totalmente responsable de un cargo adicional por visita aguda o un copago o co-seguro.

9. Los saldos de los pacientes se facturan inmediatamente después de recibir la explicación de los beneficios de su plan de seguro. Su remesa vence dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de su factura. Los estados de cuenta incluyen una Explicación de page de su compañía de seguros la primera vez que se factura el cargo. consérvelo para sus registros porque hay una tarifa de procesamiento de \$10 por copias adicionales de los estados de cuenta del seguro.
10. Todo paciente se le requiere dejar una tarjeta de crédito en su expediente, incluyendo a los plan de salud con deducible alto, requerimos que se mantenga una copia de la tarjeta de débito/crédito de la HSA a una tarjeta de crédito personal.
11. Si no se han hecho arreglos previos con nuestra Oficina de Finanzas, a cualquier saldo pendiente de más de 28 días se le cobrará una tarifa de refacturación de \$ 10. Cualquier saldo de más de 90 días será enviado a una agencia de cobro.
12. Hay un cargo adicional si su hijo es atendido un sábado, domingo, o un día feriado después de las cinco de la tarde {5pm). Si su compañía de seguros niega el cargo, usted será responsable del page. (Esto incluye todas las visitas al consultorio o de telemedicina, por ejemplo, visitas de cuidados intensivos del físico, consultas de lactancia, visitas de salud nutricional, y consultas de con el departamento de servicio sociales).
13. Requerimos un aviso de 24 horas para cancelar cualquier cita. Hay un cargo de \$75 para las citas entre semana y un cargo de \$100 para las citas de los sábados si no se cancelan con notificación de 24 horas de anticipación. (Esto incluye todas las visitas al consultorio o de telemedicina, por ejemplo, visitas de cuidados intensivos del físico, consultas de lactancia, visitas de salud nutricional, y consultas de con el departamento de servicio sociales).
14. Se cobrará un cargo de \$50 por cualquier cheque devuelto por fondos insuficientes, más cualquier cargo bancario incurrido a nosotros.
15. Se cobrará una tarifa de procesamiento (o tarifa de servicio) de \$10 más aparte del copago que, si el copago no se paga en el momento del servicio o al final del siguiente día hábil.

Referencias

16. Es su responsabilidad entender su plan de beneficios. Es su responsabilidad saber si se requiere una remisión a autorización por escrito para consultar a especialistas dentro de la red, si se requiere una autorización previa antes de un procedimiento y que servicios están cubiertos.
17. Se necesita notificación previa para todos los referidos que no sean de emergencia, generalmente de 3 a 5 días hábiles. Es su responsabilidad saber si un especialista seleccionado participa en su plan. Recuerde que su médico de atención primaria debe aprobar las remisiones antes de que se emitan.

Registros Médicos

18. Cobramos \$1 por página, por niño, para copiar registros médicos. Cuando nuestra oficina envía los registros a un nuevo pediatra, hay un cargo máximo de \$50 por niño.
19. Puede descargar y utilizar el portal de paciente para obtener la información más relevante para el especialista a el nuevo médico de su hijo. Esto incluye resúmenes de visitas al consultorio, registros de vacunación, gráficos de crecimiento, laboratorios e informes de especialistas (se puede acceder a ellos e imprimirlos sin costo alguno).
20. Si su hijo tiene que completar formularios escolares, formularios de campamento, formularios deportivos, etc., efectivo Junio 1, 2024 hay un cargo de **\$15 por cada formulario**. El pago vence cuando se dejan los formularios. Tenemos un tiempo de respuesta de 3 a 5 días para los formularios. Si necesita un formulario antes de los 3 días, hay un cargo **adicional de \$5 por urgencia**.
21. No todos los servicios proporcionados por nuestra oficina están cubiertos por todos los planes. Cualquier servicio que se determine que no este cubierto por su plan será su responsabilidad.

Servicios de Salud del Comportamiento

22. El equipo de salud conductual y su proveedor medico trabajaran juntos para abordar las necesidades de salud conductual de su hijo. Una breve sesión de admisión inicial en persona o por zoom o par teléfono ayudara al equipo ya los padres a decidir el mejor curso de tratamiento. SJ la terapia a corto plaza es adecuada, se puede programar a su hijo en Watchung Pediatrics con uno de nuestros trabajadores sociales. Si se considera necesario un asesoramiento a largo plazo, el equipo ayudara a los padres a identificar al mejor terapeuta o psiquiatra para tratar a su hijo fuera de nuestra práctica.
23. La información básica de salud conductual se agregará al expediente de su hijo y estará sujeta a las mismas reglas de confidencialidad y privacidad. Si tiene preguntas específicas, por favor de preguntarle a su proveedor de atención médica o de salud del comportamiento.
24. Los terapeutas de salud del comportamiento aceptan los mismos seguros que su proveedor médico. Puede recibir una explicación de las declaraciones de beneficios que indiquen las visitas al consultorio y/o la coordinación de la atención. Consulte el número 5 para conocer las responsabilidades del paciente.
25. Tenga en cuenta que debe llamar para cancelar una cita al menos 24 horas antes.
26. He leído y comprendo la Poliza financiera de la oficina anterior y acepto cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que se venza coma se describe anteriormente.

Nombre de Paciente:

Fecha de Nacimiento

Nombre de Miembro Responsable

Relación

Firma del Miembro Responsable

Fecha



Preferencia de Confirmación

Watchung Pediatrics ahora tiene la capacidad de confirmar la cita de sus hijos a través de correo electrónico, mensaje de texto o llamada telefónica. Por favor, seleccione **UNA** de las siguientes opciones:

<input type="checkbox"/> Correo Electrónico			
<input type="checkbox"/> Número de Teléfono para Texto			
<input type="checkbox"/> Llamada Telefónica	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo

Nombre de Contacto	
Nombre del Niño Mayor	Fecha de Nacimiento

Portal del Paciente

Para pacientes menores de 18 años, ahora tenemos la capacidad de que usted pueda acceder a parte de la información de salud de sus hijos y al registro de vacunas en línea. Lo inscribiremos en nuestro portal del paciente, por favor indique quién debe tener acceso a continuación.

Nombre del padre/madre 1	Nombre del padre/madre 2
Correo electrónico del padre/madre 1	Correo electrónico del padre/madre 2
Teléfono del padre/madre 1	Teléfono del padre/madre 2

¿Cómo se enteró de nosotros?

(Marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Periódico – ¿Cuál?	
<input type="checkbox"/> Internet – ¿Qué sitio?	
<input type="checkbox"/> Watchungpediatrics.com	
<input type="checkbox"/> Amigo – ¿Quién?	
<input type="checkbox"/> Familiar – ¿Quién?	
<input type="checkbox"/> Empleado – ¿Quién?	
<input type="checkbox"/> Médico/Médica – ¿Quién?	
<input type="checkbox"/> Guardería – ¿Cuál?	
<input type="checkbox"/> De paso por la oficina:	<input type="checkbox"/> Warren <input type="checkbox"/> Fanwood <input type="checkbox"/> Millburn
<input type="checkbox"/> Facebook	
<input type="checkbox"/> Twitter	
<input type="checkbox"/> Otro	



Autorización para Divulgar Información

Por la presente autorizo el uso o divulgación de mi información de salud identificable individualmente como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que si la organización autorizada para recibir la información ya no está protegida por las regulaciones federales de privacidad, esta información podría ser divulgada nuevamente por el destinatario.

Nombre(s) y Fecha(s) de Nacimiento del/de los Paciente(s)	
Organización que Proporciona la Información	Número de teléfono

Organización(es) o Persona(s) que Recibe(n) la Información (Seleccione Una)

Watchung Pediatrics
76 Stirling Rd, Ste 201
Warren, NJ 07059
Phone: 908-755-5437
Fax: 908-755-6905

Watchung Pediatrics
346 South Ave, Ste 3
Fanwood, NJ 07023
Phone: 908-889-8687
Fax: 908-889-0047

Watchung Pediatrics
225 Millburn Ave, Ste 301
Millburn, NJ 07041
Phone: 973-376-7337
Fax: 973-218-6647

Descripción Específica de la Información Divulgada: Registros Médicos Completos

En la medida en que cualquiera de la siguiente información se encuentre en mis registros que se están divulgando, autorizo específicamente la divulgación de dicha información para los propósitos indicados a continuación mediante la colocación de mis iniciales antes de cada categoría:

Iniciales:	<input type="checkbox"/>	Pruebas de VIH/SIDA, resultados de las pruebas; tratamiento e información relacionada, incluyendo comportamiento de alto riesgo documentado;
Iniciales:	<input type="checkbox"/>	diagnóstico de drogas y/o alcohol; tratamiento, resultados de pruebas, informes e información de referencia;
Iniciales:	<input type="checkbox"/>	información de tratamiento de salud mental, resultados de pruebas e informes, incluyendo estudios, informes, evaluaciones e información de referencia psicológica y psiquiátrica; y/o
Iniciales:	<input type="checkbox"/>	información sobre enfermedades de transmisión sexual;
Iniciales:	<input type="checkbox"/>	pruebas genéticas, resultados de pruebas, informes de asesoramiento, tratamiento e información de referencia.

Debe leer e inicialar las siguientes declaraciones:

1. Entiendo que esta Autorización expirará un año a partir de la fecha indicada a continuación O el _____. Esto permite que la oficina que divulga la información la reenvíe a mi nuevo proveedor sin necesidad de completar un nuevo formulario de autorización.

Iniciales:

2. Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando por escrito al Oficial de Privacidad de la oficina que divulga la información, pero si lo hago, no tendrá efecto sobre las acciones que se tomaron antes de recibir la revocación.

Iniciales:

Firma del Paciente o Representante y Relación	Fecha

Puede negarse a firmar esta autorización. No podemos condicionar el tratamiento a que firme esta Autorización.



Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información de salud individualmente identificable utilizada o divulgada por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel o verbalmente, se mantengan debidamente confidenciales. Esta Ley le otorga a usted, el paciente, derechos nuevos y significativos para comprender y controlar cómo se usa su información médica. "HIPAA" proporciona sanciones para entidades cubiertas que hacen un uso indebido de la información de salud personal.

Según lo requerido por "HIPAA", hemos preparado esta explicación de cómo estamos obligados a mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos usar y divulgar su información de salud.

Solo podemos usar y divulgar sus registros médicos para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud.

- Tratamiento significa proporcionar, coordinar o gestionar la atención médica y los servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica. Un ejemplo de esto incluiría un examen físico o una referencia a un especialista.
- Pago significa actividades como obtener reembolso por servicios, confirmar cobertura, actividades de facturación o cobranza. Un ejemplo de esto sería enviar una factura por su visita a su compañía de seguros para el pago.
- Operaciones de Cuidado de Salud incluyen los aspectos comerciales de operar nuestras prácticas, como llevar a cabo actividades de evaluación y mejora de calidad, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicio al cliente. Un ejemplo sería la revisión interna de evaluación de calidad.

También podemos crear y distribuir información de salud desidentificada eliminando todas las referencias a información individualmente identificable.

Podemos contactarlo para proporcionar recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Cualquier otro uso y divulgación se hará solo con su autorización por escrito. **Esto incluye la finalización de formularios de examen físico para escuelas y el envío por fax de registros de vacunación a cualquier otra entidad que no sea usted, a menos que se complete y firme el formulario de autorización adjunto.** Puede revocar dichas autorizaciones por escrito y estamos obligados a cumplir y respetar dicha solicitud por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado acciones confiando en su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida, los cuales puede ejercer presentando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad:

El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluidas aquellas relacionadas con divulgaciones a miembros de la familia, otros parientes, amigos personales cercanos o cualquier otra persona que usted identifique. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada. Si estamos de acuerdo con una restricción, debemos cumplirla a menos que usted acepte por escrito eliminarla.

- El derecho a solicitar de manera razonable recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- El derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información de salud protegida. Hay una tarifa asociada a este servicio.
- El derecho a enmendar su información de salud protegida.
- El derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte, previa solicitud.
- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida y a proporcionarle un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida.

Este aviso es efectivo a partir del 1 de abril de 2012 y estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso de Prácticas Privadas actualmente en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas Privadas y de hacer efectivas las nuevas disposiciones de aviso para toda la información de salud protegida que mantenemos. Publicaremos y usted puede solicitar una copia por escrito de un Aviso de Prácticas Privadas revisado en esta oficina.

Usted tiene recursos si siente que sus protecciones de privacidad han sido violadas. Tiene derecho a presentar una queja por escrito con nuestro Oficial de Quejas de Privacidad. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, sobre violaciones de las disposiciones de este aviso o las políticas y procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Por favor, contáctenos para más información. Para más información sobre HIPAA o para presentar una queja:

The U.S. Department of Health & Human Services Office of Civil Rights
200 Independence Ave, S.W.
Washington, D.C. 20201
(202) 619-0257, Toll Free: 1-877-696-6775



Consentimiento y Registro para Pago Automático

Número de Cuenta del Padre/Madre	Nombre del Padre/Madre
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autorizo a Watchung Pediatrics a cargar a mi tarjeta de crédito el monto por el cual soy responsable una vez que las reclamaciones sean enviadas y procesadas por mi seguro. Estos saldos pueden incluir:

- Copago en el momento del servicio
- Deducible, coseguro o servicios no cubiertos
- Cualquier saldo impago por más de 30 días

Al firmar a continuación, reconozco y acepto lo siguiente:

- Estoy de acuerdo en proporcionar y permitir a Watchung Pediatrics cargar mi tarjeta de débito/crédito HSA o mi tarjeta de crédito personal proporcionada, al recibir el EOB de mi seguro.
- Entiendo que Watchung Pediatrics no alterará el plan de tratamiento de mi(s) hijo(s) debido a posibles cargos incurridos.

Firma del Titular de la Tarjeta	Fecha de Hoy
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre y Apellido del(los) Paciente(s)	Fecha de Nacimiento del(los) Paciente(s)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre del Titular de la Tarjeta	Apellido del Titular de la Tarjeta	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección del Titular de la Tarjeta		
<input type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Tarjeta de Crédito/Débito	Fecha de Vencimiento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Por favor marque uno <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD <input type="checkbox"/> DISCOVER	Código CVV	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Correo Electrónico		
<input type="text"/>		

Marca:

- Permitir 4 semanas para pagar a través de un método alternativo. Si no se paga en 30 días, cargue mi tarjeta de crédito registrada.



76 Stirling Road
Suite 201
Warren, NJ 07059
908-755-KIDS (5437)
908-755-6905 (fax)

225 Millburn Avenue
Suite 301
Millburn, NJ 07041
973-376-PEDS (7337)
973-218-6647 (fax)

346 South Avenue
Suite 3
Fanwood, NJ 07023
908-889-TOTS (8687)
908-889-0047 (fax)

POLÍTICA DE VACUNACIÓN EN LA OFICINA

En Watchung Pediatrics, estamos orgullosos de ofrecer cuidado integral, compasivo y de alta calidad a nuestros pacientes en las comunidades que servimos con orgullo. Creemos firmemente que vacunar a los niños y adolescentes para prevenir que contraigan enfermedades potencialmente mortales es uno de los servicios más importantes que ofrecemos a nuestros pacientes. En pocas palabras, las vacunas salvan vidas.

Los padres pueden sentir que la decisión de vacunar a su hijo es personal y que no deberían estar obligados a hacerlo. Sin embargo, la decisión de no vacunar no solo afecta la salud de un niño en particular, sino también la salud y el bienestar de otros niños y adultos. Todas las decisiones tienen riesgos y beneficios asociados. La decisión de no vacunar a un niño obliga a los padres a aceptar el riesgo de que su hijo, u otros, podría sufrir los efectos devastadores o mortales de una enfermedad prevenible por vacunas. Como proveedores de atención médica, sabemos, basados en datos médicos, que los beneficios de vacunar a los niños y adolescentes superan con magnitud cualquier riesgo percibido o no comprobado de daño. Las vacunas producidas hoy en día son más seguras y efectivas que nunca. Hay evidencia médica sólida y confiable de que las vacunas no causan autismo ni otras discapacidades del desarrollo. Tampoco contienen químicos tóxicos perjudiciales.

Algunos padres también pueden sentir que enfermedades como el polio, el tétanos, la tos ferina, la meningitis, el sarampión, las paperas, la rubéola y la varicela son poco comunes y que su hijo no es probable que las contraiga, por lo que se sienten "seguros" al rechazar las vacunas. Sin embargo, los programas de vacunación solo funcionan bien cuando el máximo número de personas sean vacunadas. Esto se llama "inmunidad de grupo" y protege a los niños y adultos que no pueden recibir las vacunas porque son demasiado jóvenes, muy ancianos o tienen sistemas inmunológicos debilitados. Para que la inmunidad de grupo funcione efectivamente, el 90% de las personas en una comunidad debe estar vacunada. Debido al retraso en la provisión de vacunas que salvan vidas a los niños, la inmunidad de grupo en nuestro país ha disminuido peligrosamente por debajo del 90%, poniendo en riesgo a todos de enfermedad o muerte.

Porque sentimos que Watchung Pediatrics tiene una responsabilidad importante de proteger a nuestras familias y comunidades de las enfermedades prevenibles por vacunas, no podemos aceptar el riesgo que los niños o adolescentes no inmunizados o parcialmente inmunizados representan para otros niños y sus familias en nuestra práctica y en nuestras comunidades. Por lo tanto, hemos utilizado la información y las instituciones disponibles de la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) para guiar el desarrollo de nuestra propia Política de Vacunas de Watchung Pediatrics. Esto es consistente con lo que muchas otras prácticas pediátricas en el país están haciendo debido al reciente regreso de enfermedades mortales prevenibles por vacunas. Al hacer cumplir su política de vacunas, Watchung Pediatrics no discrimina contra ninguna religión o grupo. Además, no hay religiones que prohíban la vacunación de niños y adolescentes.

Queremos asegurarle que está completamente seguro administrar múltiples vacunas o vacunas combinadas en la misma visita a la oficina. Esto se debe a que la reactividad de las vacunas individuales es una pequeña fracción de lo que enfrentaría el sistema inmunológico de un niño si estuviera expuesto a las enfermedades reales. Porque entendemos que a pesar de la evidencia médica y nuestras garantías, algunos padres aún pueden ser escépticos sobre dar múltiples vacunas en una visita a la oficina, intentamos acomodar a nuestras pocas familias que desean administrar menos de las vacunas recomendadas por visita. Sin embargo, para ser claros, esta concesión no tiene ningún beneficio médico en absoluto y retrasar las vacunas afecta peligrosamente la inmunidad de grupo y pone a niños, adolescentes y adultos en un mayor riesgo de enfermedad. Además, separar las vacunas en múltiples visitas causa un dolor adicional innecesario a los niños y adolescentes. Además, Watchung Pediatrics aceptará retrasos en la administración de vacunas solo si están dentro del período de "ventana" de la Política de Vacunación de Watchung Pediatrics.

Nuestra política establece:

1. Utilizamos el calendario de inmunización recomendado por la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para guiar el desarrollo de nuestra propia Política de Vacunación de Watchung Pediatrics. Todos los niños deben recibir todas las vacunas según la Política de Vacunación de Watchung Pediatrics.
2. La Política de Watchung Pediatrics debe ser repasada en la visita del recién nacido. Si los padres necesitan tiempo para leer y discutir la política, pueden hacerlo. Si los padres optan por no firmar la política en la visita del recién nacido, la Política de Watchung Pediatrics **DEBE** firmarse cuando el paciente regrese para la visita de las 2 semanas de edad, no se harán ajustes de tiempo adicionales. La falta de firma de la Política de Vacunación de Watchung Pediatrics en la visita de las 2 semanas de edad **RESULTARÁ** en la expulsión de la práctica.
3. Si usted es un nuevo paciente que se transfiere a nuestra práctica o un paciente existente que no ha tenido la discusión de nuestra política de vacunas, se repasará en su visita. Si los padres optan por no firmar la política en esa visita, la Política de Watchung Pediatrics **DEBE** firmarse dentro de las 2 semanas posteriores a la visita y la falta de firma **RESULTARÁ** en la expulsión de la práctica.
4. Todos los niños **DEBEN** comenzar a recibir vacunas a la edad de 1 mes.
5. Todos los padres que no sigan exactamente las instituciones de Watchung Pediatrics deben firmar un documento que indique que están utilizando un calendario de vacunación alternativo, aprobado por un médico o enfermero practicante y completado en el momento de la visita.
6. Si un padre elige dar menos del número recomendado de vacunas en una visita, se debe acordar un calendario con el proveedor. El niño debe regresar a la oficina siguiendo ese calendario y mantenerse dentro del "período de ventana" recomendado para las vacunas. Las vacunas atrasadas deben completarse antes de la edad de la próxima Visita de Bienestar recomendada. No hacerlo resultará en la expulsión de la práctica. Se **DEBE** hacer una cita de seguimiento solo de vacunas al salir de la oficina después del chequeo de un niño.

7. No **HACER** las citas enumeradas, o no **RESPETAR** el calendario enumerado resultará en la expulsión. Las desviaciones del calendario o la cancelación de citas solo se permitirán si hay documentación adecuada de circunstancias atenuantes o atención médica recibida para una enfermedad moderada/severa en la que no se recomendaron vacunas.
8. En el caso de que un padre o tutor acepte la administración de una vacuna y luego el padre o tutor cambie su decisión de vacunar, pero la vacuna ya se haya preparado para la administración y extraído del frasco, el padre o tutor será financieramente responsable del precio de la vacuna, ya que no estaría cubierta por el seguro.
9. Los pacientes que estén en un calendario de vacunación alternativo **NO PODRÁN SER VISTOS DURANTE LAS HORAS DE ATENCIÓN SIN CITA (walk-in hours)**. Los pacientes solo serán atendidos durante los horarios programados para enfermedades. Esto es por la seguridad del resto de nuestros pacientes y del personal de la oficina.
10. La falta de completar **TODAS** las vacunas enumeradas a continuación como obligatorias por la Política de Vacunación de Watchung Pediatrics resultará en la expulsión. Si está en un calendario de vacunación alternativo, la falta de completar las vacunas en la fecha predeterminada resultará en la expulsión.
11. Para dejar claro el calendario alternativo a los proveedores, personal y padres, y para minimizar los errores en la administración de vacunas, los proveedores ingresarán "vacuna rechazada" en el registro de inmunización EHR de un paciente si no recibieron las vacunas recomendadas ese día.
12. Los padres que no estén de acuerdo con la política de vacunas de Watchung Pediatrics y no planeen vacunar a sus hijos dentro del período de tiempo especificado recibirán un período de gracia de 1 mes para encontrar otra práctica pediátrica.

Watchung Pediatrics tiene algunas instituciones adicionales para algunas vacunas específicas:

1. La primera dosis de Hepatitis B debe completarse a los 1 mes de edad.
2. La vacuna contra la Influenza se recomienda encarecidamente para todos los niños y adolescentes de 18 años o menos. Es obligatoria para todos los niños en guarderías y preescolares con licencia estatal.
3. La vacuna Gardasil es una serie de vacunas anticancerígenas de tres dosis (serie de dos dosis si se inicia antes de los 15 años) que se recomienda encarecidamente para niños mayores y adolescentes. La investigación muestra que es más efectiva cuando se administra durante los años preadolescentes/tempranos de la adolescencia (11-13).

Nuestros proveedores están abiertos para repasar nuestra política de vacunas de Watchung Pediatrics con cualquiera de nuestras familias. Esperamos que entiendan que hemos diseñado nuestra política para proteger a los niños, sus familias y nuestras comunidades de enfermedades terribles y mortales al administrar vacunas seguras y efectivas de una manera razonable, organizada y práctica.

Instituciones Recomendadas de Vacunación de Watchung Pediatrics

Edad del Paciente	Vacunas requeridas a las edades correspondientes
Recién nacido	Hepatitis B
1 mes	Hepatitis B
2 meses	Pentacel (DTap, IPV HIB), Neumocócica, Rotavirus
4 meses	Pentacel (DTap, IPV HIB), Neumocócica, Rotavirus
6 meses	Pentacel (DTap, IPV HIB), Neumocócica, Rotavirus
9 meses	Hepatitis B
1 año	MMR, Varicela, *Hepatitis A
15 meses	Pentacel, Neumocócica

Edad del Paciente	Vacunas requeridas a las edades correspondientes
18 meses	Hepatitis A
4 años	MMR, Varicela
5 años	DTaP IPV
11 años	Tdap, Meningocócica ACYW
11-15 años	*HPV 2 dosis antes de los 15 años, 6 meses de diferencia
15 años	*HPV 3 dosis: 1-2 (2 meses), 2-3 (6 meses desde dosis 1, 12 semanas desde dosis 2)
16 años	Meningocócica ACYW
17 años	*Meningocócica B 2 dosis, 6 meses-1 año de diferencia

*No Obligatoria

Todas las demás vacunas enumeradas arriba son obligatorias y requeridas para todos los pacientes en Watchung Pediatrics. Otras vacunas no enumeradas que son recomendadas pero no obligatorias son la vacuna contra la Influenza, el refuerzo de la vacuna COVID-19 y para los recién nacidos la vacuna Beyfortus contra el RSV.

Para obtener más información sobre las vacunas, por favor visita www.immunize.org



You Must Provide Patients with Vaccine Information Statements—It's the Law!
Explains VIS legal requirements, where to find them, and dates of current VISs. (PDF)



Acuerdo de Política de Inmunización

Es política de Watchung Pediatrics que todos los niños que acudan a nuestra consulta para recibir atención reciban todas las inmunizaciones requeridas según el calendario establecido por la Academia Americana de Pediatría. No podemos proporcionar atención a las familias que no sigan el calendario requerido. Estaremos encantados de responder cualquier pregunta que pueda tener, sin embargo, no hay excepciones a esta política sin una contraindicación médica válida.

Watchung Pediatrics cree que las inmunizaciones son de vital importancia para la salud de los niños individualmente y para la población en su conjunto. Al firmar a continuación, reconozco la política de inmunización de Watchung Pediatrics y acepto que mi hijo sea inmunizado de acuerdo a su calendario.

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento
Nombre del Padre/Madre	
Firma	Fecha
Firma del Proveedor	