

NUEVOS SOCIOS PEDIÁTRICOS BRAUNFELS, P.A.
1535 E. Calle Común, Nuevo Braunfels, Texas 78130
Oficina * (830) 625-9153 Fax * (830) 609-0572

Timothy W. Owens, M.D. · Mark D. Statler, M.D. · Jay S. Weinberg, M.D. · Sarah E. Rieger, M.D.
 Awilda I. Ramos, M.D. · Michelle L. Bernardy, M.D. · Ramona Peck, M.D.
 Rachel L. Hayden, PA-C · Wendi H. Reagan, C.P.N.P. · Ismaela P. Gomez, C.P.N.P. · Amy Long, C.P.N.P.

Gracias por elegir nuestra oficina. A fin de atenderle correctamente, necesitaremos la información siguiente.

INFORMACIÓN PACIENTE

NOMBRE Último	Primero	M.I.	Edad	Género
Fecha de Nacimiento	Seguridad social *		El Paciente a Casa Telefona *	
Dirección Paciente	Ciudad	Estado	Código postal	
Niño Vive Con	Nombre de Emergencia y Relación		Teléfono de Emergencia *	
El Nombre de la Madre	A Casa Telefonee *		Teléfono celular *	
La Dirección de la Madre	Ciudad	Estado	Código postal	
La Fecha de la Madre de Nacimiento	Seguridad social *		Permiso de conducir *	
El Patrón de la Madre	Telefonee *			
El Nombre del Padre	A Casa Telefonee *		Teléfono celular *	
La Dirección del Padre	Ciudad	Estado	Código postal	
La Fecha del Padre de Nacimiento	Seguridad social *		Permiso de conducir *	
El Patrón del Padre	Telefonee *			
Los Nombres Llenos del Hermano				

INFORMACIÓN DE SEGUROS

Nombre de Sostenedor de Política	Fecha de Nacimiento	Sostenedor de Política Se dirige	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de Compañía de Seguros	Dirección de Compañía de seguros		Ciudad	Estado	Código postal
Grupo *	Política *		Cantidad de co-paga		
Nombre de Sostenedor de Política (Secundario)	Fecha de Nacimiento	Sostenedor de Política Se dirige	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de Compañía de Seguros (Secundaria)	Dirección de Compañía de seguros		Ciudad	Estado	Código postal
Grupo *	Política *		Cantidad de co-paga		

Por este medio autorizo el pago de ventajas de seguros a Dr. Timothy W. Owens, Dr. Mark D. Statler, Dr. Jay S. Weinberg, Dr. Sarah E. Rieger, Dr. Awilda I. Ramos, Dr. Michelle L. Bernardy, Dr. Ramona Peck, Rachel L. Hayden, PA-C, y Wendi H. Reagan, C.P.N.P., Ismaela P. Gomez, C.P.N.P., Amy Long, C.P.N.P. También autorizo los susodichos partidos llamados para liberar la información para pagos de ventajas. Una fotocopia será tan válida como el original. El padre que solicita el tratamiento es responsable de servicios dados. Los co-pagos son debidos en el tiempo del servicio.

Firma	Fecha
Razón de visita de hoy	
Antiguo Doctor	Mandado Por

HISTORIA DE NACIMIENTO

La edad de la madre en nacimiento _____	Longitud de embarazo _____	Medicinas tomadas durante embarazo _____
Hospital de Nacimiento _____	* Embarazos anteriores _____	* Abortos espontáneos _____
Tipo de Nacimiento <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Trasero <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Otro _____		
El Peso de Nacimiento del Bebé. _____ Hizo al bebé tienen: <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Respiración de Problema <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> ¿Gritó el Bebé Inmediatamente?		
El Grupo Sanguíneo de la Madre _____		El Grupo Sanguíneo del Padre _____
¿COPIA DE REGISTRO DE INMUNIZACIÓN ENCERRADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

HISTORIA DE FAMILIA

NOMBRE	ESTADO DE SALUD	(Círculo) TIENE A CUALQUIER PARIENTE DE SANGRE TENÍA	
Padre		<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
		<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problema de Riñón
Madre		<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca
		<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Problema de Tiroides
Siblings		<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento
		<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Cáncer
		<input type="checkbox"/> Excessive Bleeding	

HISTORIA DE SALUD

¿HA TENIDO (círculo) SU NIÑO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES?				
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Audiencia de Problema	<input type="checkbox"/> Problema de Riñón	<input type="checkbox"/> Difteria	<input type="checkbox"/> Dolores de Pecho
<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Operaciones	<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Ortografía que se Desmaya
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sangría Excesiva	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Problemas de Discurso
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Transfusiones de Sangre	<input type="checkbox"/> Problema de Ojo	<input type="checkbox"/> Problemas Escolares	<input type="checkbox"/> Sarampión
<input type="checkbox"/> Accidente Serio	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza Frecuentes	<input type="checkbox"/> Pulmonía	<input type="checkbox"/> Alergia de Medicina	<input type="checkbox"/> Tos ferina
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Dolores de oídos Frecuentes	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Sople de corazón	
Otro: _____				

POR FAVOR LEA EL SIGUIENTE CON CUIDADO

POR ESTE MEDIO DOY EL CONSENTIMIENTO LEGAL PARA Nuevos Socios Pediátricos Braunfels para liberar fechas de inmunización a enfermeras escolares, Departamento de Salud de Condado, Immtrac, y otras oficinas de médico para la actualización del estado de inmunización, y saber la necesidad de vacunas. Esta autorización está bien a menos que el guarda paterno o legal lo revoque. La persona (s) puso en una lista abajo tienen mi permiso de buscar la asistencia médica para mi niño en Nuevos Socios Pediátricos Braunfels.

Nombre _____	Relación a Niño _____
Nombre _____	Relación a Niño _____
Nombre _____	Relación a Niño _____

Quando el guarda paterno o legal del niño designó encima, por este medio autorizo Dr. Timothy W. Owens, Dr. Mark D. Statler, Dr. Jay S. Weinberg, Dr. Sarah E. Rieger, Dr. Awilda I. Ramos, Dr. Michelle L. Bernardy, Dr. Ramona Peck, Rachel L. Hayden, PA-C, Wendi H. Reagan, C.P.N.P., y Ismaela P. Gomez, C.P.N.P., Amy Long, C.P.N.P. o su representante médico, para realizar el tratamiento médico requerido considerado aconsejable para el paciente. Por este medio autorizo a mi médico para instruir a su/su enfermera especialista de asistir él/su en ciertos aspectos de la asistencia médica de mi niño. Adelante entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, y puedo solicitar para ser visto por mi médico. Realizo que ningunas garantías pueden ser hechas en cuanto al resultado eventual del tratamiento médico aconsejado o realizado. Sin embargo, puedo esperar el tratamiento médico aconsejado o realizado para ser el sonido en el estándar médico aceptado. También por este medio consiento en pagar todos los gastos incurridos en el cuidado de mis niños. Habrá un precio para copias de archivos médicos.

Guarda paterno o Legal _____	Fecha _____
Testigo _____	Fecha _____

La Orientación paciente & Forma Financiera de Política

por favor inicial que usted ha leído y ha comprendido que cada línea y firma el fondo de esta forma.

Las cosas para saber y hacer antes de cualquier cita:

1. _____ Está seguro que todos los espacios son llenados en nuevas formas pacientes y formas de consentimiento de revisión con cuidado y llenan completamente.
2. _____ En la construcción #1 tenemos 3 salas de espera, bien, enfermo y los recién nacidos bajo 2 meses de la edad. Por favor espera en el cuarto apropiado hasta que sea vuelto a llamar.
3. _____ Agrega por favor su recién nacido al seguro dentro de 30 días del nacimiento.
4. _____ Compruebe en la familia y cantidades deducibles del bebé.
5. _____ Los exámenes del Bienestar: VERIFIQUE ALCANCE de INMUNIZACION; pregunte si política tiene un Periodo de espera, el límite de edad, límite de dólar y si son cubiertos en 100%. Algunas vacunas que son recomendadas pero no necesario no son cubiertos por seguro. Verifique por favor esta información Si paciente es susceptible a limitaciones o si alcance de inmunización no es un 100% entonces sugerimos que paciente consigue vacunas de la Vacuna para Niños programa. VFC es más costo efectivo. El honorario es actualmente \$14.00. Durante su visita del bienestar si otro problema o diagnóstico son descubiertos, son discutidos y son tratados es posible que haya un cargo adicional.
6. _____ En caso de que su plan de la salud determine un servicio "no ser cubierto," será responsable de la carga completa. POR EJEMPLO: Si niño no pasa la pantalla de oído un examen más extenso llamó "evocó emisiones de otoacoustic" es hecho para determinar si hay un problema de oído. El honorario es \$95.00 para este examen.... que seguro no quizás cubra.
7. _____ Nombramientos: Cada visita requiere una cita. Si camina en le veremos como el tiempo lo permite. Si el paciente es trabajado en una completa programación existe una tarifa de \$20 por interrumpir las horas de cita regular.
8. _____ Compruebe que si su póliza de seguro se ejecuta en un plan de año o el año civil, porque cuando su hijo llega para un examen de bienestar, desea asegurarse de que a pesar de que su hijo es de otra época o ha tenido otro cumpleaños, sólo es posible tener un chequeo cada año calendario o año del plan.
9. _____ Si padre tendrá doble alcance para el paciente, recuerda por favor que usted todavía tiene que agregar a paciente a ambas políticas. La política primaria pertenecerá al padre cuyo mes de cumpleaños viene primero en el año. Si padres tienen doble alcance con un grupo y auto política entonces la política de grupo será primaria.
10. _____ Si seguro es Medicaid, el padre debe asegurarse de que él/ella notifica Medicaid de bebé que es nacido y proporciona New Braunfels Pediatrics, con prueba de alcance dentro de 90 días. Si el personal no puede demostrar elegibilidad con Medicaid entonces paciente es considerada la paga privada y todos los honorarios son debidos en tiempo de servicio. El padre debe elegir New Braunfels Pediatric Associates como su médico primario en la orden para Medicaid para pagar por visitas. Esto también aplica a Community First y Community First Chip.
11. _____ Como un partidario para nuestros jóvenes pacientes, NBPA no intervendrá en cualquier disputa de custodia ni disputa financiera de responsabilidad entre padres ni otros partidos responsables. La práctica enviará a BILL a la dirección proporcionado; sin embargo, nosotros no podemos buscar a más de un partido la responsabilidad financiera.
12. _____ El Descuento de la Paga NBPA les proporciona un descuento de pronto pago a esos pacientes que pagan por todos los servicios en aquel momento de servicio, con lo cual evitando facturar y costos de colección por la Práctica. Esto sólo aplicará a pacientes que tienen un equilibrio anterior cero. La cantidad descontada que la práctica ofrecerá es 20% de los servicios totales rendidos.
13. _____ Copagos, deducibles y coaseguro NBPA no renunciarán copagos, coaseguro o deducibles para cualquier paciente. Estas cantidades son arreglos contractuales entre garante y su plan de seguro y entre la práctica y nuestros planes de seguros. Estos arreglos contractuales nos prohíben específicamente desde la renuncia de estos cargos por cualquier razón. Aceptamos pagos por teléfono con cualquier tarjeta de crédito.
14. _____ Todos los equilibrios son debidos en tiempo de servicio. Si una cuenta es colocada en un pago planea al padre debería hacer mensualidades y no añadir a la cantidad ya debido.
15. _____ Pacientes Secundarios: Para todos los servicios rendidos al paciente secundario, nosotros miraremos al adulto que acompaña al paciente como el agente para el partido responsable. Serán responsables de cargas o co-pagas aplicables en aquel momento de servicio. Recuerde, nosotros no podemos ver a un menor sin la presencia de un padre. No mande a sus menores para una visita sólo.

- 16. _____ **Cheque devuelto por fondos insuficientes incurre en una tarifa de \$30.00.**
- 17. _____ **Reembolsos: Debe su reclamo con su proceso de seguro de manera diferente a citado o se espera, cualquier reembolso debido a se emitirán sólo después de que todas las reclamaciones pendientes han sido procesadas y pagado a nosotros en su totalidad. Todos los reembolsos se realizan dos veces por mes.**
- 18. _____ **Las Colecciones: Al 6/28/07, yo comprendo que seré legalmente responsable de todas las costos de colecciones implicó con la colección de cuenta si en mora en este acuerdo.**
- 19. _____ **Hospital cargos: Nos se factura a su plan de salud para todos los servicios proporcionados en el hospital. Cualquier saldo vencido es su responsabilidad y está tras la recepción del proyecto de ley desde nuestra oficina.**
- 20. _____ **Después de hora citas: todas las citas programadas después de las 5: 00 p.m. y los sábados incurrirá en una tarifa de \$20 además de la tarifa de visita de la Oficina.**
- 21. _____ **Con retraso a la cita: Si llegas más de 15 minutos tarde, tal vez tengamos que volver a programar su cita. Por otro lado, si nos estamos quedando atrás, le notificaremos para que usted tendrá la oportunidad de volver a programar, o esperar si elige.**
- 22. _____ **No Show: La cuenta generará el cargo de \$25.00 si el nombramiento no es cumplido o no cancelado dentro de 24 horas. Un no-show se publicará una Carta y si el problema continúa, que será lanzado desde la práctica y debe encontrar un nuevo médico para sus hijos.**
- 23. _____ **Registros médicos: Al transferir a otro médico se aplicará una tarifa de \$27.00. Si los registros se van a un especialista o todo lo que necesita es una copia de la fecha de análisis y registro de disparo no se aplicará ninguna cuota. Si el paciente es de 18 años de edad tienen que firmar un lanzamiento discográfico por sí mismos. Todas las transferencias requieren una firma en todas las formas de publicación médica.**
- 24. _____ **Trastorno de déficit de atención: Todos los nombramientos por ADD están necesarios que tenga todos los trabajos de papel dado a ellos relleno en su totalidad o visita puede que tenga que ser reprogramado. Por favor venga a la Oficina de 30 minutos antes de su cita para permitir a veces personal revisar estas formas. Todas las recetas de reescritura adquirirá un cargo de \$5.00, pero si se pierde la prescripción o robadas recetas controladas deben, por ley, informar al Departamento de seguridad pública y la agencia policial local y se aplicará una tarifa de \$25.00 si perdió la secuencia de comandos no pueden retornar a nuestra oficina. Todas otras directrices se incluyen en el paquete cuando está prevista la cita.**
- 25. _____ **Nurse Llama: Las enfermeras le deben volver su llamada en la orden que las llamadas son recibidas. Si su problema es una emergencia, llama y habla con el recepcionista y ellos conseguirán el mensaje de usted y hablarán con una enfermera en aquel momento.**
- 26. _____ **Después De Emergencias de Hora: Utilice por favor "Call-a-Nurse" en 1-877-647-7440 primero. Le aconsejarán llamar el cambio médico a hablar con el médico si es un problema que el médico debe manejar. Permita el cambio médico (830) 608-3402 saben que usted ya habló con una enfermera en la Llamada una Enfermera primero. Otra opción es de llamar nuestra oficina en (830) 625-9153 y nuestro servicio telefónico contratado tomarán su información y tendrán una llamada de doctor que usted apoye.**

El Nombre del paciente & la Fecha del Nacimiento (Impresión) _____

Los Nombres de hermanos & la Fecha del Nacimiento _____

El Nombre del cría/guardián (Impresión) _____

Firma _____

Fecha _____

He leído y he comprendido la política financiera de la práctica y yo concuerdo en ser atado por sus términos. Yo también comprendo y concuerdo que tales términos pueden ser enmendados de vez en cuando por la práctica. Para alguna circunstancia atenuante o excepcional, contacta por favor a administrador de dispensario Mary Owens, R.N., CMM, CPEDS, CPC en (830) 625-9153, ext. #215.

TEXAS VACCINES FOR CHILDREN PROGRAM (TVFC)
[EL PROGRAMA DE VACUNAS PARA LOS NIÑOS DE TEXAS,
TVFC, por sus siglas en inglés]
ARCHIVO QUE DETERMINA LA ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE

uso de la clínica solamente: (CLINIC USE ONLY:) TVFC Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Propósito: El determinar la elegibilidad y la fuente de los fondos para el reembolso al *Texas Department of State Health Services* [Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas] para las vacunas. Un archivo debe guardarse en la oficina del proveedor de atención médica, el cual refleja el estatus de todos los niños de 18 años de edad o menores quienes reciben inmunizaciones a través del Programa de Vacunas Para los Niños de Texas. El formulario podría ser llenado por el padre, la madre, el tutor legal o el individuo del registro. Este mismo formulario puede utilizarse para todas las visitas subsiguientes con tal de que el estatus de elegibilidad del niño no haya cambiado. Aunque la verificación de las respuestas no es requerida, es necesario retener éste, o un archivo similar, para cada niño que reciba vacunas.

Fecha de determinación: _____

Nombre del niño:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
----------	---------------	----------------------------

Fecha de nacimiento del niño: _____
 (mes/día/año)

Padre / Madre / Tutor legal / Individuo del registro:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
----------	---------------	----------------------------

Nombre del proveedor / nombre de la clínica:

El niño nombrado arriba cumple con los requisitos para recibir vacunas a través del Programa de Vacunas para los Niños de Texas porque él (marque la primera categoría que se aplica; marque solamente una):

- (a) está inscrito en Medicaid, o
- (b) no tiene seguro médico, o
- (c) es indio-americano, o
- (d) es nativo de Alaska, o
- (e) es un paciente que recibe beneficios del *Children's Health Insurance Plan* [Plan de seguro médico para niños, *CHIP*, por sus siglas en inglés], o
- (f) no tiene seguro médico suficiente (tiene seguro médico que **NO** paga por las vacunas; tiene un co-pago o un deducible que la familia no puede pagar; o tiene un seguro que proporciona una cobertura limitada para el bienestar o la prevención), o
- (g) tiene seguro privado, o esta pagando por servicios, o
- (f) es un paciente que recibe servicios de cualquier clínica pública y no reúne ninguno de los criterios indicados anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

Con pocas excepciones, usted tiene el derecho a pedir y ser informado(a) sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. Usted tiene el derecho a recibir y examinar la información al pedirlo. Usted también tiene el derecho a pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determina ser incorrecta. Vaya a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información acerca de la Notificación sobre la Privacidad. (Referencia: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004.)



DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS
 REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac)
 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

For Clinic Office Use

Apellido del Niño(a)

Nombre del Niño(a)

Segundo Nombre del Niño(a)

* *Solamente niños menores de 18 años.*

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

Género: Masculino Femenino

Dirección del Niño(a), Calle

Apartamento #

Teléfono

Ciudad

Estado

Código Postal

Municipio

Nombre de la Madre

Nombre de Soltera de la Madre

El registro de inmunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas.

Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
- la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
- el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Al firmar abajo, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: _____
 Escriba con letra de molde

Fecha _____ Firma _____

Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.immtrac.com
 Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Stock No. C-7
 Revised 07.22.08



PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac – Please enter client information in ImmTrac and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac. Retain this form in your client's record.

NEW BRAUNFELS PEDIATRIC ASSOCIATES, P.A.

1535 East Common Street, New Braunfels, Texas 78130

Office (830) 625-9153

Fax (830) 609-0572

Patient Name: _____

D.O.B.: _____

**Reconocimiento de Revisa
deNoticia de Practicas Privadas**

Yo he revisado la Noticia de Practicas Privadas de su oficina que me explica como podrá ser usada ydivulgada mi información medica. Yo entiendo mis derechos a recibir una copia de este documento.

Firma del Paciento o Representante Personal

Fecha

Letra de molde del Paciente o Representante Personal

Descripción de Autoridad de Representante Personal

NEW BRAUNFELS PEDIATRIC ASSOCIATES, P.A.
1535 E. Common Street, New Braunfels, Texas 78130
Office # (830)625-9153 Fax # (830)609-0572

Timothy W. Owens, M.D. · Mark D. Statler, M.D. · Jay S. Weinberg, M.D. · Sarah E. Rieger, M.D.
Awilda I. Ramos, M.D. · Michelle L. Bernardy, M.D. · Ramona Peck, M.D. · Rachel L. Hayden, PA-C
Wendi H. Reagan, C.P.N.P. · Ismaela Gomez, C.P.N.P. · Amy Long, C.P.N.P.

FORMA PACIENTE de INSPECCION

Valoramos a nuestros pacientes e invitamos sus comentarios, las sugerencias o reclamos acerca del cuidado que proporcionamos. Evaluando las fuerzas y las debilidades de nuestra práctica, usted nos ayudará en proporcionar mejor asistencia sanitaria a nuestros pacientes. Please take a moment to comment on the services provided to you.

	Sí	No
1. ¿Fue el personal amistoso y cortés? ¿Cuál empleados particulares Le ayudaron a hacer su visita memorable?	_____	_____
2. ¿Se siente que nuestras horas de oficina son convenientes?	_____	_____
3. ¿Es fácil de concertar un cita?	_____	_____
4. ¿Le vemos a la hora para usted las citas?	_____	_____
5. ¿Se siente que gastamos suficiente tiempo con usted?	_____	_____
6. ¿Fueron nuestras explicaciones claras y fueron todas sus Preguntas contestados a su satisfacción?	_____	_____
7. ¿Regresa nuestro personal llamadas telefónicas a usted en UNA moda oportuna?	_____	_____
8. ¿Encontramos sus esperanzas?	_____	_____

¿Se siente que hay una área específica en que podemos mejorar?

¿Qué servicios querría vernos proporcionamos que nosotros no ofrecemos?

La firma (opcional): _____

Gracias por sus comentarios

Complete por favor esta forma para actualizar nuestra información de características demográficas.

Idioma preferido

- Inglés
- Español
- Otro

Compita (verifique todo que aplica)

- Norteamericano indio o Nativo de Alaska
- Asiático
- Norteamericano negro o africano
- Hawaiano nativo u Otro Isleño pacífico
- Blanco
- Otra Carrera

La etnia (verifique uno sólo)

- No hispano ni latino
- Andaluz
- Argentino
- Asturiano
- Isleño de Belearic
- Boliviano
- Zona de canal
- Canario
- Castillian
- Catalanian
- De América Central
- Indio de América Central
- Chicano
- Chileno
- Colombiano
- Costa Rican
- Criollo
- Cubano
- Disminuido
- Dominicano
- Ecuatoriano
- Gallego
- Guatemalteco
- Hispano\ o latinoamericano
- Hondureño
- La Raza
- Latinoamericano
- Mexicano
- Norteamericano mexicano
- Indio norteamericano mexicano
- Mexicano
- Nicaraguan
- Panamanian
- Paraguayan
- Peruvian
- Puerto Rican
- Salvadoran
- South American
- South American Indian
- Spaniard
- Spanish Basque
- Uruguayan
- Valencian
- Venezuelan

Nombre paciente: _____ **La fecha del Nacimiento:** _____

La Firma del cría/guardián: _____ **Fecha:** _____