

# Dante P. Gabriel, MD - Faye Montes, MD - Alma Guzmán, MD - Marson Teñoso, MD

15 Tower Ct. Suite 150, Gurnee, Il. 60031

Phone: (847) 623-4464 – Fax: (847) 623-9984

Visit our website at [www.drgabrielpediatrics.com](http://www.drgabrielpediatrics.com)

## ¡Bienvenido a nuestra práctica!

Nos complace que haya elegido nuestra práctica para el cuidado de su hijo y estamos deseando conocerlo a usted y a su familia. Nos esforzaremos para hacer su experiencia agradable siempre.

### Nuevos pacientes

Recuerde traer sus papeles de registro y los expedientes médicos anteriores con usted. Por favor tome en cuenta que no podemos dar ninguna vacuna sin registros previos de vacunas. Un padre o guardián legal **Debe** acompañar al menor a la primera visita y a cualquier visita cuando su hijo reciba cualquier vacuna.

### Horas

Nuestra oficina está cerrada para descanso diario 12:30-1:30pm. Nuestros teléfonos son contestados a partir de las 9:00AM de lunes a sábado. Si usted tiene que hablar con uno de nuestros doctores después de horas de oficina, por favor llame al 847-623-4464 y nuestro servicio de contestación llamará al doctor de guardia. Si el asunto es peligroso o emergencia grave por favor llame al 911 para recibir asistencia inmediata.

Para cualquier asunto que no sea urgente (recargas de medicamentos, cancelación de citas, etc) por favor llame durante horas normales de oficina ya que nuestro servicio de contestador enviará a nuestra oficina los mensajes por fax y no serán contestados hasta el siguiente día.

Las horas de oficina son las siguientes:

Lunes 9:00 AM – 6:00 PM • Martes 9:00 AM – 4:30 PM • Miércoles 9:00 AM – 12:00 PM

Jueves 9:00 AM – 6:00 PM • Viernes 9:00 AM – 4:30 PM • Sábado 8:45 AM – 12:00 PM

### Citas

Trabajamos sólo con citas. Las visitas de pacientes enfermos se realizan el mismo día (esta cita debe ser guardada). Tenemos una póliza que requiere que citas sean canceladas dentro 24 horas anterior. Un honorario será cargado si no se da el aviso apropiado. Las citas de rutina se hacen dentro 1-2 semanas. Si su hijo está programado para una cita de rutina y otra condición relacionada con la enfermedad se trata la cita de su hijo será cambiada a una visita por enfermedad y se aplicará un copago. ¡Favor de recordar que un padre Debe acompañar al menor a las citas médicas! Si un padre no puede asistir, entonces el consentimiento por escrito debe ser dado al adulto que acompaña al paciente y debe ser puesto a disposición en el momento de la visita.

Debemos recibir una llamada con 24 horas de antelación al cancelar una cita.

### Seguro

Usted debe traer la tarjeta de seguro actual de su hijo/a en el momento de cualquier visita. Si usted tiene un cambio en el seguro, por favor notifique a la recepcionista. Los copagos se recogerán en la recepción antes de ver al doctor. Aceptamos cheques, giros y efectivo. Una estación de efectivo se encuentra en la farmacia al lado para su conveniencia.

### Recambios de medicamentos

Por favor llame a la farmacia y solicite que una recarga se mande por fax a la oficina, la farmacia se pondrá en contacto con nosotros si se necesita una nueva prescripción. Los antibióticos no son recargables, usted debe llamar para una cita. Las recetas de sustancias controladas no se darán sin que el paciente sea visto por un médico.

### Formularios de póliza

Es importante que lea y entienda los formularios de pólizas antes de firmar. Si usted no está de acuerdo con nuestras pólizas y desea declinar la firma de los formularios, se le requerirá que se transfiera a un nuevo médico. Sus expedientes pueden ser solicitados en persona, por fax o por correo con un consentimiento firmado para liberar los registros médicos y honorarios pagados.

Dante P. Gabriel, MD - Faye Montes, MD - Alma Guzmán, MD - Marson Teñoso, MD

15 Tower Ct. Suite 150, Gurnee, Il. 60031
Phone: (847) 623-4464 – Fax: (847) 623-9984
Visit our website at www.drgabrielpediatrics.com

2018 Forma de Registración

Nombre de Paciente: Fecha de nacimiento:
Nombre de Madre: Nombre de Padre:

Domicilio: Apt #: Ciudad: Estado: Código Postal:
Teléfono: Celular:
# Secundario: # de Trabajo:

Correo Electrónico: @gmail.com/@yahoo.com/@hotmail.com/@

Contacto de Emergencia (¡NO DEJE VACIO!)

Nombre: Relación a paciente: # de Teléfono:

\*OPCIONAL\*

Etnicidad: Raza: Idioma Preferido:

Por favor seleccione su farmacia de elección: Walgreens / CVS / Osco / Target / Walmart / Otra:

Dirección/Locación de farmacia: Ciudad:

\*Nos da permiso de descargar la historia de medicamentos de la farmacia para su hijo/a? Si / No

Favor de apuntar los nombres de hermano/as junto con fecha de nacimiento

Blank lines for listing siblings and birth dates.

Persona responsable de la azeguransa:

Nombre: Fecha de nacimiento: SS#:

Domicilio:

Nombre de empleador: Dirección:

Por Favor marque su azeguransa y seleccione tipo de plan: PPO HMO HFS (Medicaid) POS

Aetna / United Health Care / Blue Cross Blue Shield (no confunda con Medicaid) / Cigna / Humana / Tricare-Standard / Medicaid-Blue Cross Community Medicaid / CoreSource / Cash Account / Allied / Otra:

\*\*\*TOME EN CUENTA\*\*\* Nuestra oficina no se involucrará en pleitos de custodia o disputas financieras que involucren a padres separados o divorciados. El padre que traiga al paciente a su cita será responsable por cualquier balance o cargo de servicios recibidos en nuestra oficina. Su pago se debe hacer al tiempo de su visita.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y entendido toda la información que aparece en este formulario completamente y he contestado toda la información a lo mejor de mi conocimiento. He leído y estoy de acuerdo con la póliza de esta oficina referente a las citas pérdidas o cancelada tarde.

Estoy de acuerdo con la asignación de beneficios médicos a Dante P. Gabriel, MD, SC por los servicios recibidos. Acepto responsabilidad por cobros no cubiertos por mi plan o por cobros incurridos por mi hijo/a por tenerlo asignado a un plan equivocado o por no agregarlo a mi plan médico dentro del límite de tiempo.

Firma de Padre: Nombre: Fecha:

**Dante P. Gabriel, MD - Faye Montes, MD - Alma Guzmán, MD - Marson Teñoso, MD**

15 Tower Ct. Suite 150, Gurnee, Il. 60031

Phone: (847) 623-4464 – Fax: (847) 623-9984

Visit our website at [www.drgabrielpediatrics.com](http://www.drgabrielpediatrics.com)**Acuerdo de Cumplir con pólizas de Oficina**

Las pólizas y reglas puestas por esta oficina son para el beneficio y seguridad de nuestros empleados, doctores y pacientes. Por favor este advertido, fracaso de este acuerdo puede resultar en terminación de nuestra relación de paciente-proveedor.

Nuestra póliza de citas perdidas o canceladas tarde o atendiendo a sus citas tarde repetidamente puede hacer que despidamos al paciente de nuestra clínica.

Comportamiento abusivo o disruptivo no será tolerado en esta oficina. Tal comportamiento podrá resultar en terminación inmediata de nuestra relación de paciente-proveedor.

Comportamiento abusivo y disruptivo se considera, pero no es limitado a lo siguiente:

1. Lenguaje profano e irrespetuoso.
2. Comportamiento inapropiado (insultos o comentarios despectivos)
3. Comentarios sexuales.
4. Aventando cosas o expedientes.
5. Arrebatos violentas.
6. Amenazas o acciones iniciando intimidación.
7. Criticando de nuestros doctores o personal en manera negativa.
8. Violación de límites con pacientes y personal.
9. Comportamiento sin ética y deshonesto.
10. Comportamiento implicado amenazas o violentas físicas.

Firmando esta forma reconozco y entiendo las pólizas de esta oficina. Con mi firma yo estoy de acuerdo con estas pólizas y entiendo las consecuencias si no cumplo con las pólizas.

Firma de Padre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Dante P. Gabriel, MD - Faye Montes, MD - Alma Guzmán, MD - Marson Teñoso, MD**

15 Tower Ct. Suite 150, Gurnee, Il. 60031  
Phone: (847) 623-4464 – Fax: (847) 623-9984  
Visit our website at [www.drgabrielpediatrics.com](http://www.drgabrielpediatrics.com)

**HIPAA**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a los doctores de esta oficina que utilicen y compartan información sobre la historia medica de mi hijo/a contenido en su expediente medico: para razones de tratamiento de salud de mi hijo/a y cobros médicos. Yo entiendo que puedo elegir a retirar mi consentimiento dando una notificación escrita a la oficina.

Firma de Padre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por razones de seguridad y privacidad a nuestros pacientes, necesitamos nombres, números de seguro y relación a la paciente anotada en esta forma para dar permiso a la persona anotada de recibir información sobre el paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ SS# o DOB: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ SS# o DOB: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Por favor tome un momento para observar los cargos de esta oficina:

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Cheque sin fondos = \$35.00          | Copias de comprobantes de vacunas = \$2.00 |
| Cita (rutina) perdida= \$55.00       | Formas de físico = \$15.00                 |
| Cita (enfermo) perdida= \$35.00      | Formas de FMLA= \$25.00                    |
| Notas escritas de la oficina= \$5.00 | Formas de inmigración= \$5.00              |
| Citas canceladas tarde= \$30.00      | Proceso de cambio de doctores= \$15.00     |

Yo reconozco que estos son los cobros de esta oficina y acepto pagar los precios/cobros anotados en caso de que mi hijo/a pierda una cita o cancele tarde. Aparte entiendo y acepto responsabilidad por cobros que mi aseguranza no cubra por servicios recibidos. Este advertido: Si su hijo/a tiene síntomas de enfermedad al tiempo de su cita de chequeo general o físico, su aseguranza puede cobrar su co-pago, y es su responsabilidad de pagar al tiempo de su visita.

Firma de Padre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor anote los nombres de todos sus hijos que atienden esta oficina:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

## Dante P. Gabriel, MD - Faye Montes, MD - Alma Guzmán, MD - Marson Teñoso, MD

15 Tower Ct. Suite 150, Gurnee, IL 60031

Phone: (847) 623-4464 – Fax: (847) 623-9984

Visit our website at [www.drgabrielpediatrics.com](http://www.drgabrielpediatrics.com)

### Declaración de póliza de vacunas

Nuestros doctores se dedican a proporcionar el mejor cuidado posible a todos nuestros pacientes. Para ser eficaz, debemos entrar en una relación mutua con nuestros pacientes/padres para alcanzar este objetivo juntos. Nuestros médicos siguen las recomendaciones de la AAP y CDC sobre vacunas. Creemos que vacunando a su hijo/a es una de las intervenciones de salud más importantes que un padre puede hacer para sus hijos, y queremos que todos nuestros pacientes beneficien de este recurso moderno.

Aunque reconocemos y respetamos el papel de los padres como el principal responsable de la atención médica de sus hijos, creemos firmemente que estamos obligados a ofrecer el mejor y más seguro cuidado de la salud posible para nuestros pacientes y nuestra comunidad. La oficina de Dante Gabriel Pediatrics se adhiere a las recomendaciones establecidas por la AAP y el CDC.

La siguiente es la póliza de nuestra oficina ha fijado para todos los pacientes:

- ✓ Gabriel Pediatrics no aceptará nuevos pacientes o nuevos bebés cuyos padres se negaron a inmunizar. Los pacientes establecidos que decidan parar o/y rechazar más inmunizaciones serán transferidos fuera de nuestro cuidado.
- ✓ Gabriel Pediatrics aceptará nuevos pacientes que deseen seguir un horario de vacunas alterados siempre y cuando los padres acuerden completar el horario de la vacuna para cuando el paciente tenga 18 meses de edad. Esto debe incluir una dosis de MMR. No recomendamos ningún programa alternativo; Nosotros seguimos las recomendaciones establecidas por el AAP.
- ✓ Gabriel Pediatrics documentará cualquier rechazo a la vacunación que se recomendó en su momento de visita y debe ser firmado por el padre/tutor legal.
- ✓ Si los padres rechazan las vacunas para un nuevo bebé en la familia, no aceptaremos a tales recién nacidos como pacientes de nuestra práctica por nuestra política. Si los padres se niegan absolutamente a vacunar a sus hijos/as a pesar de todos nuestros esfuerzos, le pediremos que encuentre a otro proveedor.
- ✓ para pacientes que no estén adecuadamente vacunados pero que ya hayan sido establecidos en nuestra oficina, nosotros seguiremos las pautas mencionadas arriba y, además, pero no se limita a los siguientes elementos:
  - continuaremos educando a los padres sobre los beneficios de las vacunas a sus hijos. También explicaremos todos los riesgos de no vacunar contra varias enfermedades de la niñez e infecciones. Este asesoramiento se realizará en todas las citas de su hijo y se considerará un servicio facturable.
  - Los padres de estos niños necesitan recordar a los proveedores en nuestra oficina y otros proveedores sobre el estado de vacunación de sus hijos cuando se les busca atención médica.
  - Los padres de estos niños deben esperar en un área designada con sus niños hasta que se le llame a una sala de examen para pacientes cuando visiten nuestra oficina.
  - Si el paciente establecido ya estaba en un programa alternativo de vacunas antes de establecer esta póliza, el programa alternativo de la vacuna de su hijo debe ser revisado con su médico de nuevo para asegurar el cumplimiento de esta póliza. Toda la documentación se mantendrá en la tabla del paciente.

La oficina de Dr. Gabriel Pediatrics considera que es mejor para todos los niños que sean vacunados. Por favor, tómese el tiempo para adherirse a las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y el centro para el control de enfermedades.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, usted confirma y reconoce que ha leído la póliza anterior en su totalidad y entiende dicha póliza.

Firma de Padre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(For Office) Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_