Pediatría Keystone

830 Fifth Avenue, Suite 103, Chambersburg, PA 17201
Teléfono: (717) 709-7950 Fax: (717) 263-8898

En nombre de todos en Keystone Pediatrics [Pediatría Keystone], le(s) damos la bienvenida a nuestro consultorio. Nos sentimos honrados de que nos haya(n) elegido para brindar atención médica a sus hijos. Nos enorgullecemos de brindarle el mayor nivel de satisfacción posible para el/la paciente. Hemos proporcionado esta carta para ayudar a su familia a conocer a nuestro consultorio para que podamos servirle(s) mejor.

Nuestra norma para llamadas telefónicas

Si tiene preguntas sobre la salud de su hijo/hija, lo/la alentamos a llamar durante el horario normal de consultorio, de lunes a viernes de las 8:00 a.m. a las 5:00 p.m., siempre que sea posible, para que los expedientes médicos de su familia estén a la disposición de la enfermera o el médico/la médica mientras hablan de sus inquietudes. Durante el horario normal del consultorio, es posible que una enfermera de triaje conteste su llamada primero para determinar si es necesario atender inmediatamente a su hijo/hija. Llame durante el horario regular del consultorio para lo siguiente:

- Remisiones, formularios o copias de expedientes
- Resurtido de medicamentos
  *Tenga en cuenta: todas las remisiones, formularios y resurtidos requieren un aviso de 24-48 horas hábiles
- Preguntas sobre resfriados o infecciones menores
- Preguntas sobre defecación
- Problemas de comportamiento

Nuestra norma para problemas médicos fuera del horario laboral

Todos sabemos que se producirán problemas médicos urgentes después del horario regular de consultorio. Brindamos atención sin cita previa de lunes a viernes de las 8:00 a.m. a las 5:00 p.m., en nuestra ubicación *Chambersburg Keystone Pediatrics* [Pediatría Keystone Chambersburg], excepto días festivos importantes. También ofrecemos una línea telefónica para emergencias fuera del horario las 24 horas, los 7 días de la semana, para ayudarlo/la con esas necesidades urgentes. Por favor, siga las siguientes pautas:

- Número fuera del horario: (717) 709-7950
- Una enfermera de triaje le contestará la llamada y contestará cualquier pregunta que tenga
- El médico/La médica de guardia será localizado/a si es necesario
- Las preguntas de rutina (no urgentes) deben ser contestadas por el consultorio durante el horario regular.
  AVISO: Nuestra línea fuera del horario no está diseñada ni equipada para manejar emergencias que amenacen la vida. Llame al 911 inmediatamente.

Seguro

Tenga en cuenta que es responsabilidad del/de la paciente saber qué beneficios y servicios le otorga el seguro. Si su seguro requiere que seleccione a un PCP [siglas de “médico de atención primaria”], hágalo antes de su cita o es posible que necesite reprogramarla. Todos los copagos y deducibles serán pagaderos en el momento del servicio. Si tiene un

plan en el que no participamos o no tiene una tarjeta actual, será responsable de pagar en el momento del servicio. *Tenga en cuenta que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.*

Le recomendamos que tome tiempo para comprender sus beneficios, ya que Keystone Pediatrics no puede garantizar el pago de su reclamo. Responsabilizaremos al/a la paciente por cualquier servicio no cubierto.

Para preguntas sobre seguros y facturación: (717) 709-1222

Facturación

Se aconseja a los pacientes que traigan consigo su tarjeta de seguro más actual cuando visiten nuestro consultorio. Esta acción garantiza la precisión de la documentación, como un número de grupo, número de proveedor. El contacto del proveedor es válido en el momento del servicio. Tenga en cuenta que la información incorrecta o desactualizada causará demoras en el procesamiento de sus reclamaciones y, en última instancia, usted puede ser considerado/a responsable del pago total del reclamo.

Pago

Todos los cargos (copagos, deducibles y honorarios de autopago) deben hacerse al momento del servicio. El pago puede hacerse en efectivo, cheque, MasterCard, Visa, Discover y American Express. Su tarjeta de seguro determina su copago y debe llevarla consigo en cada visita.

Notificación de cambios

Esperamos que avise a nuestro consultorio inmediatamente de cualquier cambio en su seguro y traiga su nueva tarjeta al consultorio para que se coloque una copia en su expediente. Del mismo modo, se debe revelar lo antes posible cualquier cambio en su información personal, como el cambio de domicilio o el número de teléfono.

Nuestra norma de formularios

Los padres a menudo necesitan que su pediatra complete formularios que se requieren para la asistencia de un niño a la escuela, los deportes, la guardería, etc. Complete su parte de los formularios antes de llegar. Se puede completar los formularios sin cargo durante el control de niños sanos. Espere de 5 a 7 días para completar estos formularios. Nuestro consultorio debía haber realizado un control de niños sanos del año anterior o antes, si así lo especifica su formulario. No podemos enviar formularios completados por fax.

Remisiones

Antes de obtener una remisión, primero debe ser visto/a en nuestro consultorio. Si es médicamente necesario, se le remitirán a un/a especialista participante. No podemos emitir remisiones médicas después del hecho, así que obtenga las remisiones antes de visitar al/a la especialista. Por favor, espere AL MENOS 48 horas para procesamiento de sus remisiones.

Expedientes médicos

Requerimos un formulario de autorización firmado por el padre/la madre o el tutor [guardián] legal para divulgar los expedientes. Espere de 7 a 14 días para que la versión sea procesada y enviada. Para obtener copias de los expedientes de vacunas, llame con 24-48 horas de anticipación para que preparemos esos registros.

Tutela

Los menores TIENEN QUE ser acompañados por un padre/una madre o tutor legal para todas las citas y vacunaciones a menos que se haya completado el papeleo de consentimiento apropiado. Si no tenemos consentimiento, la cita puede ser reprogramada.

El Portal En Línea

La Pediatría de Keystone actualmente ofrece un portal para pacientes. Es un portal en línea/Internet protegido por nombre de usuario y contraseña que incluye, pero no está limitado a programar citas, imprimir registros de vacunas, y solicitar rellenos de recetas/referidos. El portal puede darle acceso a una porción de los expedientes médicos, los medicamentos y la correspondencia con el consultorio de su hijo(a).

Programando Cuidado Preventivo para Niños(as)

Nuestro calendario normalmente está disponible tres meses por adelantado. Animamos a los padres de bebes que programen el próximo examen físico al final de cada cita. En el caso de que no lo hayan hecho, les sugerimos que nos llamen 4 semanas antes de que quieran que atendamos al (a la) niño(a) para el próximo examen físico. Recomendamos programar citas de examen físico para niños(as) que tienen 5 años y más para (la escuela, el campamento, los deportes, etc.) a principios del verano. Durante esta estación, favor de programar los exámenes físicos con 6 semanas de anticipación. Eso ayudará asegurar que tenga el físico de su hijo(a) dentro de cualquier fecha límite y prevendrá que su hijo(a) pierda tiempo escolar importante. Evaluando el crecimiento y el desarrollo a los intervalos regulares es muy importante para mantener la salud de su hijo(a). Recomendamos programar los exámenes físicos durante los siguientes intervalos o según lo indicado por su seguro médico: 1 semana, 1 mes, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 24 meses, 30 meses (según lo indicado por su seguro médico), anualmente de dos años de edad y mayores.

Programando Cuidado de Niños(as) Enfermos(as)

Tiene que llamar a la oficina para programar estas citas. Actualmente ofrecemos el "walk-in" (cuando pacientes llegan sin cita previa) lunes – viernes, 8am – 5pm, **en la Pediatría de Keystone que está ubicada en la oficina de Chambersburg,** con la excepción de días feriados. Las citas para niños(as) enfermos(as) se basan en necesidades médicas y en el orden que van recibiendo las llamadas. **Las citas de los sábados están reservadas solamente para niños(as) enfermos(as)** Puede solicitar a un(a) proveedor(a) especifico(a), si él/ella no está disponible ese día, se programará con otro(a) proveedor(a). Nuestros proveedores trabajan en colaboración con uno al otro para proporcionar cuidado seguido a nuestros pacientes.

Nos comprometemos a proporcionarle con el nivel más alto posible de satisfacción de pacientes. Valoramos nuestras relaciones con nuestros pacientes. Si por cualquier razón tiene preguntas, comentarios o preocupaciones, por favor, no dude en informarnos. Valoramos especialmente comentarios o sugerencias de los pacientes. Queremos que sea una experiencia positiva y gratificante para usted y sus hijos(as).

Atentamente,

El Personal de la Pediatría de Keystone

Pediatría Keystone

ACUERDO SOBRE LA INASISTENCIA / LA LLEGADA TARDÍA

Bienvenido/a a Keystone Pediatrics. Estamos ansiosos por ofrecerle nuestros servicios para las necesidades de atención médica de su hijo. Para recibir el estándar de atención necesario y hacer que su familia siga siendo paciente en nuestra práctica, le pedimos que acepte lo siguiente:

1. Es su responsabilidad mantener todas las citas programadas para su hijo.
2. Si no puede asistir a una cita, es su responsabilidad llamar y cancelar por lo menos 24 horas antes de la cita programada. Asegúrese de llamar para cancelar tan pronto como pueda, incluso para las citas del mismo día. Esa cortesía permitirá a Keystone Pediatrics la oportunidad de ofrecer ese tiempo a otro paciente. Para cancelar y reprogramar citas con el proveedor/la proveedora, llame al 717-709-7950 y elija la opción 1 para llegar al escritorio de programación.
3. Es su responsabilidad llegar a tiempo a la cita de su hijo/hija. Si llega después de la hora programada para la cita, es posible que se reprograme la cita de su hijo/hija. Si llega tarde a la cita de su hijo/hija y no puede ser visto/a, contará como "inasistencia”.
4. Keystone Pediatrics tiene el derecho a despedir a un/a paciente del consultorio si, dentro de un período de seis meses, no se cancelan tres citas con un mínimo de 24 horas de anticipación o si se pierden tres citas. Sin embargo, comprendemos que haya circunstancias imprevistas que impidan la cancelación oportuna de citas. Si ocurre, favor de hablar con nosotros lo antes posible.

Gracias por su cooperación y atención a este importante asunto, ya que mantener las citas programadas de su hijo/hija es esencial para su atención médica.

Sinceramente,

Pediatría Keystone

Keystone Health Calendario de Vacunas

	Nacimiento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	4-6 años	10 años	11 años	16-18 años
Hep B	X										
Vaxelis		X	X	X							
Prevnar		X	X	X	X						
Rotavirus		X	X								
Dtap						X					
Hib						X					
Kinrix								X			
Hep A					X		X				
MMR					X						
Varicella					X						
Meningococcal A,C,W,Y										X	X
Tdap										X	
HPV									X (9 años en adelante		
MMR-V								X			
Meningitis B											X

Vaxelis- Dtap, IPV, Hib, Hep B
Kinrix- Dtap and IPV
MMR-V- MMR and Varicella

Declaración de las normas de vacunación de Keystone

- Creemos firmemente en la eficacia de las vacunas para prevenir enfermedades graves y salvar vidas.
- Creemos firmemente en la seguridad de nuestras vacunas.
- Creemos que todos los niños y adultos jóvenes deben recibir todas las vacunas recomendadas según la programación publicada por los *Centers for Disease Control and Prevention* [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades] y la *American Academy of Pediatrics* [Academia Americana de Pediatría].
- Creemos firmemente que, basándose en toda la literatura médica, en la evidencia y en los estudios actuales disponibles, las vacunas no causan el autismo ni otras discapacidades de desarrollo. Creemos firmemente que timerosal, que es un preservante que está en las vacunas desde décadas y permanece en algunas formas de la vacuna contra la influenza, no causa el autismo.
- Creemos firmemente que vacunar a los niños y adultos jóvenes pueda ser la intervención promotora de salud más importante que realizamos como proveedores de atención médica y que podemos realizar como padres o proveedores de cuidados. Las vacunas recomendadas y la programación que se da son los resultados de años y años de estudios científicos y colección de datos sobre millones de niños por miles de nuestros científicos y médicos más inteligentes. Se puede obtener información fiable aquí:

http://vec.chop.edu/*service*/vaccine-education-center/home.html

Keystone Health

PATIENT REGISTRATION

Información del paciente

Nombre: _____
Primer *Segundo* *Apellido*

Dirección: _____

Número de seguro social: _____Teléfono de casa: (____)_____Teléfono celular: (____)_____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Sexo: ◯ M ◯ F

Raza: ◯ Nativo Americano/Nativo de Alaska ◯ Asiático ◯ Afro-Americano ◯Blanco ◯Nativo Hawaiano ◯Islas del Pacifico Otro

Origen étnico: ◯ Hispano o Latino ◯ No Hispano o Latino

¿Tiene seguro médico? ◯ Sí ◯ No

Si no tiene seguro medico, ¿le gustaría obtener información acerca de nuestro programa de reducción de pagos? ◯ Sí ◯ No

¿Es usted US veteran/a? ◯ Sí ◯ No ¿Esta usted sin hogar? ◯ Sí ◯ No

Información de los padres (Complete solo si el paciente tiene menos de 18 años)

Nombre de la Madre: _____ Fecha de nacimiento:_____/_____/_____
Primer *Segundo* *Apellido*

Nombre del Padre: _____ Fecha de nacimiento:_____/_____/_____
Primer *Segundo* *Apellido*

¿Existe un acuerdo legal de custodia de menores? ◯ Sí ◯ No

(En caso afirmativo, ¿existen restricciones legales que impidan que el padre sin custodia dé su consentimiento para el tratamiento médico / dental para el niño o que obtenga información sobre el tratamiento médico / dental del niño?) ◯ Sí ◯ No

***** Por favor proporcione prueba de órdenes de custodia de los padres u otros acuerdos legales *****

Persona de contacto en caso de emergencia

Nombre:_____/_____
Primer *Segundo* *Apellido* *Relación al paciente*

_____/_____
Dirección *Teléfono*

Persona responsable por el pago (Complete solo si el paciente tiene menos de 18 años)

Nombre:_____/_____
Primer *Segundo* *Apellido* *Relación al paciente*

Número de seguro social:_____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Verifico que la información anterior es correcta y exacta al mejor de mi conocimiento. También entiendo que cualquier cobro(s) no cubierto(s) por mi seguro medico(s) será mi responsabilidad.

Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Chart #: Insurance scanned: yes/no Date: Initials:

1/2/19 ksw

PERMISSION TO SHARE PROTECTED HEALTH INFORMATION

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre completo del/de la paciente: _____
(Primer) (Segundo) (Apellido)

Fecha de nacimiento del/de la paciente: _____Teléfono:_____

Keystone Health [Salud Keystone] comparte un expediente electrónico. Cualquier persona a quien usted otorgue autorización podrá acceder a su información financiera/médica/dental y de salud mental.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Keystone Health utiliza un sistema de recordatorios y/o un portal de pacientes para comunicar con nuestros pacientes. Favor de completar la información a continuación, para que podamos comunicarnos con usted respecto a su salud.

Teléfono celular:_____ (recibirá un mensaje de texto)

Correo electrónico:_____ (recibirá un correo electrónico)

Al firmar, doy mi permiso a Keystone Health para compartir mi información médica protegida con los individuos enumerados. Este permiso permanece vigente hasta que sea revocado por escrito.

_____ _____

Firma paciente o representante autorizado Fecha

(Los pacientes de 14 años o más deben firmar si aceptan el tratamiento por cuenta propia)

_____

Iniciales del trabajadora

Staff Initials

PERMISSION TO SHARE PROTECTED HEALTH INFORMATION

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre completo del/de la paciente: _____
(Primer) (Segundo) (Apellido)

Fecha de nacimiento del/de la paciente: _____Teléfono:_____

Keystone Health [Salud Keystone] comparte un expediente electrónico. Cualquier persona a quien usted otorgue autorización podrá acceder a su información financiera/médica/dental y de salud mental.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Keystone Health utiliza un sistema de recordatorios y/o un portal de pacientes para comunicar con nuestros pacientes. Favor de completar la información a continuación, para que podamos comunicarnos con usted respecto a su salud.

Teléfono celular:_____ (recibirá un mensaje de texto)

Correo electrónico:_____ (recibirá un correo electrónico)

Al firmar, doy mi permiso a Keystone Health para compartir mi información médica protegida con los individuos enumerados. Este permiso permanece vigente hasta que sea revocado por escrito.

_____ _____

Firma paciente o representante autorizado Fecha

(Los pacientes de 14 años o más deben firmar si aceptan el tratamiento por cuenta propia)

_____

Iniciales del trabajadora

Staff Initials

Como un centro de salud de la comunidad nuestra misión es el cuidado de las personas, sin importar la raza, etnicidad o ingresos. Este cuestionario nos ayudara a entender si estamos ayudando a todo tipo de familias dentro de nuestra comunidad. Por favor completar el cuestionario para saber acerca de usted y de su familia.

Raza- se refiere a las personas, un aspecto como el color de la piel:
□ Blanco/Caucásico □ Negro □ Asiático/Oriental □ Nativo Americano
□ Nativo de Hawaii □ Otro isleño del pacifico

Etnicidad- se refiere a la nacionalidad y la cultura:
□ Latino/Hispano □ No Latino

Tamaño de Familia	**Ingresos Familiares Anuales**			
1	☐ $12,880 o menor	☐$12,881 to $19,320	☐$19,321 to $25,760	☐$25,761 o mayor
2	☐ $17,420 o menor	☐$17,421 to $26,130	☐$26,131 1 to $34,840	☐$34,841 o mayor
3	☐ $21,960 o menor	☐$21,961 to $32,940	☐$32,941 to $43,920	☐$43,921 o mayor
4	☐ $26,500 o menor	☐$26,501 to $39,750	☐$39,751 to $53,000	☐$53,001 o mayor
5	☐ $31,040 o menor	☐$31,041 to $46,560	☐$46,561 to $62,080	☐$62,081 o mayor
6	☐ $35,580 o menor	☐$35,581 to $53,370	☐$53,371 to $71,160	☐$71,161 o mayor
7	☐ $40,120 o menor	☐$40,121 to $60,180	☐$60,181 to $80,240	☐$80,241 o mayor
8	☐ $44,660 o menor	☐$44,661 to $66,990	☐$66,991 to $89,320	☐$89,321 o mayor
9	☐ $49,200 o menor	☐$49,201 to $73,800	☐$73,801 to $98,400	☐$98,401 o mayor
10	☐ $53,740 o menor	☐$53,741 to $80,610	☐$80,611 to $107,480	☐$107,481 o mayor

Revised 1.28.2021