



Children & Adolescent Pediatric Services

161 Fort Evans Road NE Suite 330
Leeburg, VA 20176
Phone: 703.777.5224
Fax: 703.777.5227

New Patient Registration Form

Date _____

General Patient Information (please print)		
Name: _____	DOB _____	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Social sec # _____	Home phone _____	
Primary address _____		
City _____	State _____	Zip _____
Mother's Name: _____	Phone No. _____	
Mother's E-mail _____	Authorize E-mail? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Father's Name: _____	Phone No. _____	
Father's E-mail _____	Authorize E-mail? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Emergency contact (not living at same address) _____		
Relationship _____	Phone _____	
Pharmacy name _____	Phone _____	Fax _____

**Please give your insurance card and photo ID to the receptionist.
You must notify us if this is an accident related visit.**

Sharing of Medical Information	
I give the physician and office staff of CAPS permission to discuss my medical condition with the following individuals:	
Name: _____	Relationship: _____
Name: _____	Relationship: _____
Name: _____	Relationship: _____

Primary Insurance	
Insurance name _____	Subscriber's name _____
Insurance ID#: _____	
Social Sec # _____	DOB _____ Relationship to insured _____

Secondary Insurance	
Insurance name _____	Subscriber's name _____
Insurance ID#: _____	
Social Sec # _____	DOB _____ Relationship to insured _____

Patient Authorization for ePRESCRIBE

ePrescribing is a physician's ability to electronically send an accurate, error free, and understandable prescription directly to a pharmacy from the practice. ePrescribing greatly reduces medication errors and enhances patient safety. Understanding all of the above, I hereby authorize the physician and/or staff of CAPS to enroll me in the ePrescribe Program. .

Patient/Guardian signature _____ Date _____

Patient Authorization for MEDICARE PATIENTS

I authorize the physician and/or staff of CAPS to release to the social security administration, Health Care Financing Administration or its intermediaries or carriers any information needed for this or any Medicare claim. I permit a copy of this Authorization to be used in place of the original and request payment of medical insurance benefits either to myself or to the party who may cause Medicare payment information to cross over automatically to my supplement insurer. I understand that I am financially responsible for any services deemed non-covered by Medicare.

Patient/Guardian signature _____ Date _____

Patient Authorization for PPO and HMO PATIENTS

I authorize the physician and/or staff of CAPS to release to my insurance company or its representative any information including the diagnosis and records of any treatment or examination rendered to me during medical or surgical care. I authorize and request my above named insurance company to pay directly to Rheumatology Specialists of New Mexico, LLC the amount due for medical or surgical services. I understand that I am financially responsible for any services deemed non-covered by my insurance company.

Patient/Guardian signature _____ Date _____

Patient Authorization for ALL PATIENTS

I understand that I am financially responsible for services in the office and that refunds from services charged on a credit card will be returned to the same credit card. Furthermore, I also understand that any account balance that is not paid may be sent to a collection agency. Should any delinquent account balance be referred to a collection agency, I understand that I will be financially responsible for any and all cost and fees relating to the collection of my debt. I also authorize my physician and CAPS to photograph me for medically related documentation purposes.

Patient/Guardian signature _____ Date _____

Special Accommodations

If a patient requires an accommodation for their appointment, the individual or his/her representative must notify CAPS of the needed accommodation one week prior to the first new patient appointment. Subsequent appointments also require one week's notice. Under the American with Disabilities Act, "Providers are responsible for incurring all costs of providing reasonable aid and cannot pass that charge onto the patient or to his/her insurance company." If a patient who has requested accommodations does not provide a minimum of 24 hours' notice to cancel the appointment or does not show to the scheduled appointment, all charges incurred by CAPS is the patient's responsibilities.

Patient/Guardian signature _____ Date _____

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES

NOTICE TO PATIENTS: We are required to provide you with a copy of our Notice of Privacy Practices which states how we may use and/or disclose your health information. Please sign this form to acknowledge receipt of the notice. You may refuse to sign the acknowledgement, if you wish. ***I acknowledge that I have received a copy of the CAPS'S Notice of Privacy Practices.***

Printed name

Patient/Guardian Signature

Date signed

Paciente Autorización para ePRESCRIBE

ePrescribing es la capacidad del médico para enviar electrónicamente una precisa, libre de errores y comprensible receta directamente a una farmacia de la práctica. ePrescribing grandemente reduce errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. Entiendo todo lo anterior, por la presente autorizo el médico o el personal de CAPS para inscribirme en el programa de ePrescribe.

Firma del padre o tutor _____ la fecha _____

Paciente Autorización para LOS PACIENTES DE MEDICARE

Yo autorizo el médico o el personal de CAPS para liberar a la administración de la seguridad social, administración de financiamiento de salud o sus intermediarios o portadores cualquier información necesaria para este o cualquier reclamación de Medicare. Permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original y solicitar el pago de beneficios de seguro médicos a mí mismo o a la parte que puede causar la información de pago de Medicare pasar automáticamente a mi aseguradora de suplemento. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquiera de los servicios considerado no cubiertos por Medicare.

Firma del padre o tutor _____ la fecha _____

Paciente Autorización para PACIENTES HMO y PPO

Yo autorizo el médico o el personal de CAPS para liberar a mi compañía de seguros o a su representante de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mí durante la atención médica o quirúrgica. Yo autorizo y solicito a mi anterior nombre compañía de seguros para pagar directamente a Reumatología especialistas de nuevo México, LLC la cantidad debida para servicios médicos o quirúrgicos. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquiera de los servicios considerado no cubiertos por mi compañía de seguros.

Firma del padre o tutor _____ la fecha _____

Paciente Autorización para TODOS LOS PACIENTES

Entiendo que soy financieramente responsable de servicios en la oficina y que reembolsos de servicios cargada en una tarjeta de crédito será devuelto a la misma tarjeta de crédito. Por otra parte, también entiendo que cualquier saldo no pagado puede enviarse a una agencia de colección. Cualquier saldo moroso remitir a una agencia de colección, entiendo que seré financieramente responsable por cualquier y todos los costos y las comisiones relacionadas con la colección de mi deuda. También autorizo a mi médico y CAPS me fotografian para fines de documentación médica relacionada.

Firma del padre o tutor _____ la fecha _____

Alojamientos especiales

Si un paciente necesita un alojamiento para su nombramiento, la persona o su representante deberá notificar CAPS del alojamiento necesario una semana antes de la primera cita de paciente nueva. Citas posteriores también requieren antelación una semana de. Bajo el American with Disabilities Act, "los proveedores son responsables de incurrir en todos los gastos de ayuda razonable y no pueden pasar esa carga sobre el paciente o a su compañía de seguros". Si un paciente que ha solicitado alojamiento no proporciona un mínimo de antelación 24 horas de para cancelar la cita o no se presenta para la cita, todos los gastos incurridos por los CAPS es responsabilidad del paciente.

Firma del padre o tutor _____ la fecha _____

ACUSE DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso a pacientes: Estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad que establece cómo nosotros podemos usar y divulgar su información médica. Por favor firmar este formulario de recibo de la notificación. Usted puede negarse a firmar el reconocimiento, si lo desea. Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de las CAPS.

Firma del padre o tutor _____ la fecha _____