



Caldwell
IMMEDIATE CARE

2523 S 10th Ave.
Suite 103
Caldwell, ID 83605

Telefono: (208) 459-7788
Fax: (208) 455-3277
www.cicimmediatecare.com

FORMULARIO DE ADMISIÓN PEDIÁTRICA

Por favor llene este formulario completamente como sea posible. Esta información nos ayudará a evaluar mejor a su hijo.

Fecha de hoy:	Idioma preferido:
Persona que completa el formulario:	Relación con el paciente:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección permanente:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
SS#:	Teléfono:	Teléfono celular:
Correo electrónico:		
¿Alguna vez ha sido visto aquí antes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Nombre de la madre:	Apellido de la madre:
Nombre del padre:	Apellido del padre:
Otro nombre de tutor:	Otro apellido del tutor:
¿Quién es el cuidador principal del paciente?	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otros (especifíquese):

INFORMACIÓN DE SEGUROS

(por favor proporcionar copias)

<input type="checkbox"/> Verifique aquí si el paciente no tiene seguro	
Nombre de la compañía de seguros:	Nombre del suscriptor
Fecha de nacimiento del suscriptor:	Número de teléfono del suscriptor:
Número de póliza (ID):	Número de grupo:

HISTORIA DEL EMBARAZO

¿Hubo algún problema en el embarazo? <i>(Por favor, marque todo lo que aplique.)</i>			Sí	No	Desconocido
<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Cirugía			
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Trabajo de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Toxemia			
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Preeclampsia	<input type="checkbox"/> Otro:			
<input type="checkbox"/> Infección(es), <i>por favor especificar:</i>					
¿Se usó algún medicamento o medicamento en el embarazo? Por favor marque todo lo que aplique.			Sí	No	Desconocido
<input type="checkbox"/> Alcohol (cantidad):		<input type="checkbox"/> Fumar (cantidad):			
<input type="checkbox"/> Medicamentos recetados (especifíquese):		<input type="checkbox"/> Otros medicamentos (especifíquese):			
<input type="checkbox"/> Vitaminas prenatales		<input type="checkbox"/> ácido fólico			
<input type="checkbox"/> Otro:					
¿Se usó algún medicamento o medicamento en el embarazo? <i>(Por favor, marque todo lo que aplique.)</i>			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> Alcohol (cantidad):		<input type="checkbox"/> Fumar (cantidad):			
<input type="checkbox"/> Medicamentos recetados (especifíquese):		<input type="checkbox"/> Otros medicamentos (especifíquese):			
<input type="checkbox"/> Vitaminas prenatales		<input type="checkbox"/> Ácido fólico			
<input type="checkbox"/> Otro:					
Entrega:					
Edad de la madre en el momento del parto:					
Trabajo:	<input type="checkbox"/> Espontáneo	<input type="checkbox"/> Inducida, razón:	Entrega:	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Cesárea
¿Hubo algún problema durante la entrega?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido	
Por favor describir:					

RESUMEN DE LA ENFERMEDAD ACTUAL/PREOCUPACIÓN PRINCIPAL

¿Cuál es la principal preocupación médica de su hijo?

HISTORIA DEL NACIMIENTO

(Para pacientes menores de 1 año)

Peso:	Largura:	Circunferencia de la cabeza:		
Puntación APGAR:		Días pasados en el hospital:		
¿Su hijo pasó tiempo en la UCIN <i>(Unidad de cuidados intensivos neonatales)</i> ?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Por favor explicar:				
¿Hubo alguna preocupación médica cuando el niño era un recién nacido? <i>(Por favor, marque todo lo que aplique.)</i>			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios		<input type="checkbox"/> Ictericia		
<input type="checkbox"/> Defecto congénito (por favor especificar):		<input type="checkbox"/> Tono muscular bajo		
<input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Problemas de alimentación		

HISTORIA DEL DESARROLLO

¿Le preocupaba el desarrollo de su hijo? <i>En caso afirmativo, ¿a qué edad?</i>				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Qué edad (en meses) tenía su hijo cuando comenzó a:					
Sonreír:	Sucumbir:	Sentarse:	Gatear:		
Tire para estar de pie:	Caminar:	Utilice palabras individuales:	Hacer oraciones:		
¿Se retrasa el habla de su hijo ahora?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su hijo ha perdido alguna de las habilidades anteriores?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su hijo está en un programa de educación especial en este momento?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Intervención temprana		<input type="checkbox"/> Programa de Inclusión			
<input type="checkbox"/> Aula de Educación Especial		<input type="checkbox"/> Otro:			
¿Su hijo recibe actualmente alguna terapia especial?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Habla (veces por semana):		<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional (veces por semana):			
<input type="checkbox"/> Fisioterapia (veces por semana):		<input type="checkbox"/> Otro:			
¿Alguna vez se ha hecho una prueba de coeficiente intelectual a su hijo? <i>En caso afirmativo, especifique los resultados numéricos a continuación.</i>				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Coeficiente intelectual a escala completa:	<input type="checkbox"/> Coeficiente intelectual verbal:	<input type="checkbox"/> Coeficiente intelectual no verbal:			
¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su hijo? <i>Por favor, compruebe todo lo que se aplica:</i>				<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad)	<input type="checkbox"/> ADD (Trastorno por Déficit de Atención)	<input type="checkbox"/> TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo)			
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> trastorno de estrés post tramitico	<input type="checkbox"/> Ansiedad			
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Autoestimulación	<input type="checkbox"/> Agresividad			
<input type="checkbox"/> Rabietas frecuentes	<input type="checkbox"/> Autolesión	<input type="checkbox"/> Patrón de sueño atípico			
<input type="checkbox"/> Hiperactivo	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Hábitos alimenticios atípicos			
<input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista	<input type="checkbox"/> Otro:				

VISITAS DE ESPECIALISTAS

Por favor, marque todos los médicos que su hijo ha visto, excepto el médico de atención primaria y las visitas a la sala de emergencias.

Tipo de Especialista	Fecha(s)	Medico/Hospital	Motivo de la visita	¿Notas adjuntas?
Genética				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiología (Médico del Corazón)				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Neurología/Neurocirugía				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Oftalmología (Medico de los ojos)				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gastroenterología				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ODO /OTRE (Médico de la nariz y la garganta)				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Neumólogo (Médico del pulmón)				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nefrólogo (Médico del riñón)				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ortopedista (Médico óseo)				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Psiquiatra/Psicólogo				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros (especifique):				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HISTORIA CLÍNICA

¿Su hijo tiene alguno de los síntomas que se enumeran a continuación? Por favor, compruebe todo lo que se aplica.

Piel:				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Incapacidad para sudar	<input type="checkbox"/> Pelo inusual	<input type="checkbox"/> Marcas de nacimiento inusuales	<input type="checkbox"/> Uñas inusuales		
<input type="checkbox"/> Grumos o crecimientos	<input type="checkbox"/> Sarpullido	<input type="checkbox"/> Mala cicatrización de heridas	<input type="checkbox"/> Otro:		
Cabeza:				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Malformación cerebral	<input type="checkbox"/> Hidrocefalia	<input type="checkbox"/> Convulsiones			
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Tamaño grande de la cabeza	<input type="checkbox"/> Tamaño de la cabeza pequeña			
<input type="checkbox"/> Espina bífida	<input type="checkbox"/> Cefaleas	<input type="checkbox"/> Otro:			
Ojos:				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Aniridia	<input type="checkbox"/> Lentes dislocadas	<input type="checkbox"/> Degeneración macular	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la retina		
<input type="checkbox"/> Ciego (a)	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Nistagmo	<input type="checkbox"/> Miopía severa		
<input type="checkbox"/> Cataratas	Ojo vago	Mala visión nocturna	Otro:		
Orejas:				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Infecciones crónicas	<input type="checkbox"/> Hoyos/Etiquetas	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> Forma inusual		
<input type="checkbox"/> Falta la(s) oreja(s)	<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva conductiva o neurosensorial		<input type="checkbox"/> Otro:		
Boca:				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cavidades	<input type="checkbox"/> Dientes apiñados	<input type="checkbox"/> Lengua grande	<input type="checkbox"/> Labio leporino o paladar hendido		
<input type="checkbox"/> Dientes de forma inusual	<input type="checkbox"/> Dientes extra	<input type="checkbox"/> Dientes perdidos	<input type="checkbox"/> Otro:		
Pulmones:				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Enfisema		
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios		<input type="checkbox"/> Otro:		
Sangre:				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Plaquetas bajas	<input type="checkbox"/> Moretones inexplicables		
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Recuento bajo de blancos	<input type="checkbox"/> Sangrado inexplicable		
<input type="checkbox"/> Cáncer (especifique):		<input type="checkbox"/> Otro:			
Estómago/Intestinos:				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal		<input type="checkbox"/> Atresia traqueoesofágica		
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Celiaca	<input type="checkbox"/> Malrotación		Dificultad para tragar		
<input type="checkbox"/> Estreñimiento frecuente	<input type="checkbox"/> Pólipos		<input type="checkbox"/> Úlceras		
<input type="checkbox"/> Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Reflujo		<input type="checkbox"/> Vómito		
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Hirschsprung	<input type="checkbox"/> Otro:				
Vejiga/Riñón:				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Micción frecuente	<input type="checkbox"/> Reflujo		<input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario		
<input type="checkbox"/> Cálculos renales	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal		<input type="checkbox"/> Otro:		
Genitales:				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Apariencia externa anormal		<input type="checkbox"/> Ovarios ausentes	<input type="checkbox"/> Testículos no descendidos		
<input type="checkbox"/> Útero ausente		<input type="checkbox"/> Hipospadias	<input type="checkbox"/> Otro:		
Músculo/Articulaciones:				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Hipotonía	<input type="checkbox"/> Dolor muscular	<input type="checkbox"/> Mayor flexibilidad articular			
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Dislocación articular	<input type="checkbox"/> Mielograma electro anormal			
<input type="checkbox"/> Contracturas	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones		<input type="checkbox"/> Hipertonía (aumento del tono muscular/espasticidad)		
<input type="checkbox"/> Mala coordinación	<input type="checkbox"/> Pérdida de masa muscular		<input type="checkbox"/> Otro:		
Esquelético:				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Edad ósea anormal		<input type="checkbox"/> Baja densidad ósea	<input type="checkbox"/> Pectus carinatum (pecho de paloma)		
<input type="checkbox"/> Fracturas sin trauma		<input type="checkbox"/> Escoliosis	<input type="checkbox"/> Pectus excavatum (pecho hundido)		
<input type="checkbox"/> Otro:					
Manos y Pies:				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Dedos o dedos de los pies adicionales		<input type="checkbox"/> Dedos o dedos de los pies de forma inusual	<input type="checkbox"/> Falta de uñas de manos o los pies		

HISTORIA FAMILIAR

¿Su hijo (a) es adoptado(a)? <i>En caso afirmativo, por favor responda la información de antecedentes familiares a su mejor conocimiento.</i>					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Está viva la madre del niño (a)?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si no,	Edad de muerte:	Causa de la muerte:				
Por favor, enumere cualquier problema de salud en la madre:						
¿Cuál es la ascendencia de la madre? <i>Por favor, marque todo lo que se aplique.</i>						
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Nativo	<input type="checkbox"/> Hispano		
<input type="checkbox"/> Judío	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otro:				
¿La madre del niño ha tenido alguna pérdida de embarazo (aborto espontáneo)?						
<i>En caso afirmativo, sírvase enumerar el número y los motivos:</i>						
¿Está vivo el padre del niño?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si no,	Edad de muerte:	Causa de la muerte:				
Por favor, enumere cualquier problema de salud en el padre:						
¿Cuál es la ascendencia del padre? <i>Por favor, marque todo lo que aplique.</i>						
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Nativo	<input type="checkbox"/> Hispano		
<input type="checkbox"/> Judío	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otro:				
¿Los padres del niño están relacionados entre sí?						
<i>En caso afirmativo, por favor indicar la relación (primos hermanos, primos segundos, etc.):</i>						
¿El niño tiene hermanos y hermanas COMPLETOS? <i>(Es decir, la misma madre y el mismo padre) Si el hermano ha fallecido, por favor escriba la edad de la muerte como "d. 14y" y registre la causa de la muerte en la sección de problemas de salud.</i>						
Nombre		Edad	¿Sano?		Problemas de salud	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
¿Tiene el niño medio hermanos y hermanas de su madre o padre? <i>Si el hermano ha fallecido, por favor escriba la edad de la muerte como "d. 14y" y registre la causa de la muerte en la sección de problemas de salud.</i>					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Nombre		Edad	¿Sano?		Problemas de salud	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
Por favor, agregue cualquier información adicional que usted piensa que sería útil:						



Caldwell
IMMEDIATE CARE

2523 S 10th Ave.
Suite 103
Caldwell, ID 83605

Telefono: (208) 459-7788
Fax: (208) 455-3277
www.cicimmediatecare.com

RESUMEN DE LA RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

El Acuerdo de Atención Médica de la Organización (OHCA, por sus familiares y de atención médica de Caldwell, por sus, por sus familiares) proporcionará una copia de su "Aviso de prácticas de privacidad". La OHCA usará y divulgará información médica sobre usted con el propósito de tratamiento y/o alternativas, pago e individuos involucrados en su atención y para operaciones de atención médica.

Los empleados de Caldwell Immediate Care y los proveedores de atención médica le mostrarán el respeto, mantendrán su dignidad y lo harán sentir lo más cómodo posible mientras recibe atención de nosotros. Una buena atención médica es una asociación. Usted puede ayudar proporcionando información precisa y oportuna a su proveedor de atención médica del corazón haciéndole preguntas y siguiendo su plan de tratamiento individualizado.

La información sobre usted y su atención se mantendrá confidencial (privada) Sus registros médicos son privados y solo usted y otras personas o agencias autorizadas pueden verlos. Usted tiene derecho a ver y obtener copias de sus registros médicos. (Se pueden aplicar tarifas). Para obtener sus registros, deberá darnos una solicitud por escrito, puede tomarnos unos días para que hagamos que sus registros médicos estén disponibles.

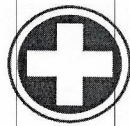
Nos reservamos el derecho de cambiar el "Aviso de Prácticas de Privacidad". También nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o cambiado sea afectivo para la información de salud que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información recibida en el futuro. Publicaremos una copia del aviso más reciente de prácticas de privacidad, lea el aviso completo de prácticas de privacidad que se le ha dado, explica nuestras prácticas de privacidad con más detalle.

Por la presente reconozco que he recibido una copia del "Aviso de prácticas de privacidad" completo

Nombre del paciente:	Fecha:
Firma del paciente o representante legal:	Relación con el paciente:

Por favor, indique el nombre de los familiares de los amigos que usted autorizó a recibir /discutir su atención médica

Nombre:	Relación:



Caldwell IMMEDIATE CARE

2523 S 10th Ave.
Suite 103
Caldwell, ID 83605

Telefono: (208) 459-7788
Fax: (208) 455-3277
www.cicimmediatecare.com

Información General para pacientes asegurados/sin seguro

- Pedimos el pago en el momento del servicio a menos que otros planes estén preestablecidos.
- Estamos obligados a cobrar el copago de su plan de seguro en el momento del servicio.

Recuerde que el seguro se considera un método para reembolsar al paciente por los honorarios pagados al médico y no sustituye el pago. Algunas empresas pagan subsidios fijos por determinados procedimientos y otras pagan un porcentaje de la carga. Es su responsabilidad pagar cualquier cantidad deducible, coaseguro o cualquier otro saldo no pagado por su seguro.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para determinar la responsabilidad por el pago y para obtener el reembolso de cualquier reclamación. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por todos los beneficios médicos y /o quirúrgicos, para incluir los beneficios médicos mayores a los que tengo derecho, incluyendo Medicare, seguro privado y otros reembolsos de la agencia a Caldwell Immediate Care. Esta asignación permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada como válida como un original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagados o no por dicho Seguro, por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Información general sobre el pago y el procedimiento

1. Si después de sesenta (60) días, el seguro no ha respondido a la reclamación, se espera que la facturación sea pagada en su totalidad por la parte responsable. Requerimos un pago dentro de los 30 días posteriores al servicio.
2. Los pacientes con seguro de salud deben recordar que los atendidos se prestan y se cargan al paciente. Cualquier disputa sobre un reclamo de seguro es un asunto entre el paciente y la compañía de seguros. En caso de que surja una disputa, haremos todo lo posible para ayudar a resolver la reclamación.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Autorización y Acuerdo de Tratamiento

- CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Entiendo que el tratamiento médico será realizado por médicos independientes, sus asistentes y empleados de Caldwell Immediate Care Center entre las horas de trabajo de 8:00 am y 7:00 pm. Caldwell Immediate Care Center no es responsable de la atención entre las 7:00 pm y las 8:00 am. Por la presente doy mi autorización y consentimiento para el tratamiento y los procedimientos, y certifico que no se ha hecho ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados de dicho tratamiento y procedimientos.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Consentimiento para la prescripción electrónica

- ePrescribing es una forma para que los proveedores envíen electrónicamente una receta precisa, libre de errores y comprensible de Caldwell Immediate Care a la farmacia de su elección. ePrescribe incluye:
 - Formulario y transacciones de beneficios: proporciona a los proveedores información sobre qué medicamentos están cubiertos por su plan de beneficios de medicamentos.
 - Notificación de recarga: permite a los proveedores recibir solicitudes de recarga electrónicas de la farmacia.

Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento a Caldwell Immediate Care para inscribirme en el programa ePrescribe.

Firma:	Fecha:
--------	--------