

PEDIATRIC ENDOCRINE ASSOCIATES

1100 LAKE HEARN DRIVE, SUITE 350
ATLANTA, GA 30342
(404) 255-0015- Voz, (404) 845-3080 -Fax

PAQUETE DE INFORMACIÓN DE DADA DE ALTA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS

**ESTE PAQUETE ENTERO DEBE SER COMPLETADO ANTES DE SU
CITA.**

Por favor llegue 30 minutos temprano para el proceso de registro.

CONTENIDOS:

- 1- **PLAN DE MANEJO DE DIABETES PARA LA ESCUELA:** Esta es una forma importante. La escuela de su hijo no le permitirá a que su hijo atienda a escuela sin esta forma. Usted va a necesitar una copia para la escuela y una para la usted. Los padres deben completar el lado 2.
- 2- **INSTRUCCIONES DE DADA DE ALTA DEL HOSPITAL PARA PACIENTES DIABÉTICOS NUEVOS:** Por favor lea cuidadosamente.
- 3- **FORMA DE REGISTRO DE PRUEBAS DE GLUCOSA:** Para registrar los resultados de la glucosa.
- 4- **PLAN DIARIO:** para su plan inicial de insulina.
- 5- **HOJA DE NUMEROS TELEFONICOS DE CONTACTOS PARA LA DIABETES:**
- 6- **DIRECTORIO DE NUMEROS TELEFONICOS DE LA OFICINA.** por favor lea cuidadosamente.
- 7- **POLITICAS FINANCIERAS Y DE CANCELACIONES DE LA OFICINA:** por favor lea cuidadosamente.
- 8- **MAPA Y DIRECCIONES**
- 9- **INFORMACION A CERCA DE ASEGURANZAS DEL PACIENTE:** esto debe ser completado y enviado por fax o correo a la oficina junto con una copia de su tarjeta de aseguranza para verificar su cobertura de aseguranza ates de su visita. esto es para su beneficio para que así usted no tenga que pagar por la visita de su bolsillo.
- 10- **TARJETA DE CONTACTO DE EMERGENCIA Y DE LA FARMACIA**
- 11- **CUESTIONARIO DE LA HISTORIA DEL PACIENTE:** Por favor complete antes de su cita y tráigalo con usted.
- 12- **LISTA DE ASEGURANZAS Y PLANES PARTICIPANTES:** Esta lista cambia frecuentemente. Por favor recuerde que a fin de cuentas su cubrimiento es entre usted y su compañía de aseguranza.