

Paciente Consentir para Usar y Divulgación de Protegido Salud Información y Política de oficina

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ PCC#: _____

Como padre o tutor del niño mencionado anteriormente, entiendo y doy mi consentimiento a lo siguiente:

En relación con la información sobre salud:

- Como parte de la atención médica de mi hijo/hijos, Children's Oasis Pediatría origina y mantiene salud archivos. Estos archivos describir historia, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para la atención o el tratamiento futuros.
- Doy mi consentimiento para que el/los paciente(s) reciba(n) evaluación y tratamiento médico por parte de los profesionales de Children's Oasis Pediatrics.
- Se me ha brindado la oportunidad de consultar el Aviso de Prácticas de Información antes de firmar este consentimiento, el cual describe el uso y la divulgación de la Información de Salud Protegida (expediente médico) de mi hijo/a. Children's Oasis Pediatrics puede usar y divulgar la Información de Salud Protegida de mi(s) hijo(s) para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.
- Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar la información médica de mi hijo/a para su tratamiento, pago u operaciones de atención médica, y que Children's Oasis Pediatrics no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que Children's Oasis Pediatrics ya haya tomado medidas al respecto. Si no firmo este consentimiento o lo revoco, Children's Oasis Pediatrics puede negarse a brindar tratamiento a mi hijo/a.
- Entiendo que Children's Oasis Pediatrics tiene derecho a cambiar sus avisos y prácticas.

En lo que respecta a las políticas financieras:

- Doy mi autorización y solicito que Children's Oasis Pediatrics facture a la compañía de seguros de mi hijo por los servicios prestados.
- **No todos los servicios están cubiertos por todos los planes.** Como garante/padre/tutor legal, es mi responsabilidad comprender y conocer mi plan de seguro. **Cualquier servicio no cubierto por mi plan será mi responsabilidad.**
- Soy consciente de que, según mi plan de seguro, soy responsable de todos los copagos, deducibles y coseguros. Los copagos, deducibles y coseguros deben abonarse en el momento de recibir el servicio. En caso de no pagarse en ese momento, se añadirá un cargo administrativo de \$20 al saldo.
- Soy consciente de que si mi cuenta no se paga y se envía a una agencia de cobranza, se le pedirá al paciente que busque otro proveedor.
- La oficina solicita que se avise con 24 horas de anticipación si se necesita cancelar o reprogramar una cita. **Se aplicará un cargo de \$50 por no presentarse a la cita. Si no se presenta a una cita de sábado, no se programarán más citas de sábado para su hijo/a en el futuro.**
- Entiendo que existen códigos de procedimiento para citas en días festivos/sábados, telemedicina, asesoramiento telefónico, comunicación digital y servicios de atención primaria longitudinal, según lo definen las normas CPT de la AMA. Estos servicios tienen un costo y se facturan a la aseguradora. Es posible que la aseguradora no los pague o que los cubra, pero asigne la responsabilidad al paciente. En estos casos, el costo corre a cargo del paciente. Podemos proporcionarle una lista de estos cargos si lo solicita.

Intercambio de información sanitaria

Acuso recibo y he leído y comprendido el Aviso sobre prácticas de información de salud con respecto a la participación de mi proveedor en el Intercambio de información de salud (HEI) estatal, o bien, ya recibí esta información y rechazo recibir otra copia.

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

continua en la parte de atras



KATHERINE KRIEG, M.D. * SHARON NOVY, M.D.

1425 W. Elliot Rd., Suite 204 Gilbert, Arizona 85233
Phone: 480-792-1012 Fax: 480-792-1013



Consentimiento para que un familiar o persona que no sea el tutor legal traiga a su(s) hijo(s) a nuestra oficina.

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

PCC #:

Desea que una persona que NO SEA LA MADRE BIOLÓGICA O EL PADRE BIOLÓGICO traiga a su hijo/a a nuestra oficina?

Elija una (1) opción a continuación.

- ☐ No Sí Enuméralos a
☐ continuación.

En mi ausencia:

Yo, padre/madre/tutor legal del/de los menor/es mencionado/s anteriormente, por la presente autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a actuar en mi nombre para autorizar la atención médica del/de los menor/es mencionado/s anteriormente durante mi ausencia. Asimismo, autorizo a Children's Oasis Pediatrics a hablar sobre la atención de mi/s hijo/s con las siguientes personas.

Nombre:

Parentesco con el niño:

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta) _____

Firma _____

Fecha _____