

PEDIATRIC ASSOCIATES OF DURANGO
POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE

18+ Papeleo del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de envío: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

E-mail: _____ Teléfono Principal: _____

¿Todavía está cubierto bajo la póliza de seguro de sus padres / guardianes? (por favor marque) Si No
(En caso afirmativo, sus padres deberán completar el formulario de responsabilidad financiera adjunto)

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Relacion: _____ # de
Teléfono: _____

Farmacia Preferida: _____

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Pediatric Associates of Durango mantiene un registro de los servicios de atención médica que se brindan a nuestros pacientes. Compartiremos esta información, según lo permita la ley, para proporcionar tratamiento médico, administrar nuestra organización y facturar por estos servicios. Tiene derecho a ver, obtener una copia o modificar estos registros si es necesario.

Nuestro **Aviso de Prácticas de Privacidad** describe con más detalle sus derechos sobre su información de salud y cómo se puede usar y divulgar esta información. Compartir su información de salud generalmente se usa para mejorar la continuidad de la atención que recibe. Ejemplos comunes incluyen el envío de registros de inmunización a nuestro registro estatal, el uso de un Intercambio de información de salud (HIE) con otras organizaciones de atención médica involucradas en su atención y el acceso a su historial de recetas de los beneficios de farmacia. Si tiene preguntas o desea analizar las opciones para disminuir el intercambio de información, comuníquese con nuestro Oficial de Cumplimiento.

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN: Por el presente, autorizo a Pediatric Associates of Durango a instituir cualquier atención necesaria en mi ausencia, incluida la hospitalización, para los pacientes mencionados anteriormente. Además, apoyó un enfoque integrado de la atención médica y autorizo a los proveedores de salud conductual a compartir, revisar y discutir cualquier información provista durante las conversaciones, reuniones informales o sesiones de terapia con los proveedores para que puedan proporcionar el plan de atención más completo.

POR FAVOR INICIALE LO QUE APLIQUE

Inicial _____ Entiendo que Pediatric Associates of Durango ya no se comunicará con mis padres/guardianes sobre mi atención médica sin una autorización firmada en el archivo. Informaré al personal de la oficina si deseo dar mi consentimiento para las comunicaciones con mis padres/guardianes.

Inicial _____ Autorizo a los Pediatric Associates of Durango a que me llamen y dejen un mensaje sobre mi atención, incluidos los resultados de laboratorio y radiografías, en mi ausencia.

Inicial _____ Autorizo a Pediatric Associates of Durango a acceder información sobre los medicamentos que me han recetado en el pasado.

EL FIRMADO CERTIFICA QUE HA LEÍDO Y ENTIENDE LAS CONDICIONES DE CONSENTIMIENTO ANTERIORES Y HA RECIBIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA CUALQUIERA Y TODOS LOS PACIENTES MENCIONADOS ANTERIORMENTE

Nombre impreso de la parte responsable

Firma de la parte responsable

Fecha

PEDIATRIC ASSOCIATES OF DURANGO

Responsabilidad Financiera

¿QUIÉN ES EL GARANTE FINANCIERO? Esta es la persona que recibirá los resúmenes de facturación por correo. (Los padres deben acordar quién es el garante financiero. Si hay algún problema de pago, deben resolverse entre los padres. Los Asociados de Pediatría de Durango no pueden involucrarse en argumentos internos sobre quién recibe los Estados de Cuenta)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____ SS# _____ - _____ - _____

Dirección de envío: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Lenguaje Preferido: _____ E-mail: _____

Mejor Numero de Telefono _____ Dejar Mensaje S/N Alternativo: _____ Dejar Mensaje S/N

Relación con el paciente(s) _____ **Vive con el Paciente?** _____ **Si** _____ **No**

En Pediatric Associates of Durango, a nadie se le negará el acceso a los servicios debido a la imposibilidad de pagar. Lea atentamente la siguiente información e inicial donde se indica, reconociendo su comprensión y aceptación de sus obligaciones financieras.

Inicial ____ Autorizo a Pediatric Associates of Durango a divulgar cualquier información adquirida durante el tratamiento de mi / nuestro hijo / sea necesario para procesar los reclamos de seguro.

Inicial ____ Entiendo que es mi responsabilidad confirmar con mi compañía de seguros que el proveedor está actualmente bajo contrato con mi plan de seguro o que está dispuesto a ser visto en beneficios "fuera de la red". Cualquier pregunta sobre atención médica, de bienestar del bebé / cuidado preventivo, análisis de laboratorio / radiografías y cobertura de inmunización, debe dirigirse a mi compañía de seguros antes de mis visitas. Acepto ser responsable de todos los copagos, deducibles y servicios no cubiertos según lo determine mi plan de seguro.

Inicial ____ Si tengo un copago, acepto pagar el monto total del copago al momento del servicio.

Inicial ____ Autorizo el pago directamente al proveedor por los servicios prestados por cualquier beneficio disponible bajo mi seguro, y soy financieramente responsable por los servicios prestados no cubiertos.

Inicial ____ Entiendo que durante las visitas de niños sanos pueden surgir otros problemas que no están cubiertos por el seguro bajo la definición de visitas de bienestar y, por lo tanto, puede haber cargos por estos servicios adicionales.

Inicial ____ Entiendo que si, después de 60 días de la facturación, no pago el saldo adeudado en mi cuenta, se pueden tomar medidas adicionales, incluida la solicitud de asistencia de una agencia de cobranza externa, a menos que se hayan hecho arreglos previos para pagar el saldo pendiente y aprobado por Pediatric Associates of Durango. Si mi cuenta se envía a cobros, entiendo que habrá cargos adicionales asociados con el proceso de cobranza además del saldo adeudado.

Inicial ____ Estoy consciente de que el hospital, el proveedor o el laboratorio individual al que **me remiten** me facturaran por ese servicio y que Pediatric Associates of Durango no tienen control sobre esta facturación. Esto incluye cualquier condición preexistente. Si hay un problema con esta facturación, me pondré en contacto con el hospital correspondiente o con el consultorio de otro proveedor.

Inicial ____ Estoy de acuerdo en proporcionar a Pediatric Associates of Durango una copia de mi tarjeta de seguro antes o en mi primera visita y si mi cobertura de seguro cambia en algún momento en el futuro, acepto proporcionarles esta información actualizada.

Inicial ____ Entiendo que puedo elegir Auto Pagar. Si pago el **monto total el día del servicio**, se aplicará un descuento por los servicios, **sin** incluir los laboratorios enviados desde la clínica. **Si elige pagar con el tiempo, este descuento no se aplicará.** Además, entiendo que Pediatric Associates of Durango ofrece un programa de tarifa variable basado en las pautas federales de pobreza que utiliza el tamaño de la familia y los ingresos del hogar según lo define la Oficina del Censo. Se requiere comprobante de ingresos y la participación en el Programa de tarifas móviles debe ser aprobada por Pediatric Associates of Durango.

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del paciente o padre /guardián si el paciente es menor de 18 años

PEDIATRIC ASSOCIATES OF DURANGO

Nombre Impreso