

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Con mi consentimiento, Wonderfully Made Pediatrics PLLC, puede usar y divulgar información médica protegida (PHI) sobre mí y / o mi hijo para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPHO). Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Wonderfully Made Pediatrics PLLC para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

Tengo derecho y me ha sido proveído la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento.

Con mi consentimiento, Wonderfully Made Pediatrics PLLC puede llamar a mi casa y / u otra ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que pueda ayudar a la práctica en la realización de la TPHO. Esto incluye, entre otros, recordatorios de citas, artículos del seguro y cualquier llamada relacionada con la atención clínica de mi hijo, incluyendo los resultados de laboratorio y otros.

Con mi consentimiento, Wonderfully Made Pediatrics PLLC puede enviar por correo a mi casa y / u otra ubicación designada cualquier artículo que puede ayudar a la práctica a realizar la TPHO, incluyendo, entre otras, tarjetas recordatorias de citas y estados de cuenta del paciente. Esta correspondencia también puede enviarse por correo electrónico (e-mail).

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que Wonderfully Made Pediatrics PLLC use y divulgue mi PHI para llevar a cabo la TPHO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en la medida en que la práctica ya ha hecho divulgaciones a causa de mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Wonderfully Made Pediatrics PLLC puede negarse proveerme tratamiento y/o a mi hijo.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Padre/Guardian legal Nombre del Padre/Guardian legal Fecha**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

**Política Financiera de la Oficina**

**Los padres deben pagar la atención médica de sus hijos en el momento en que se brindan los servicios**. Si lo solicita, estaremos encantados de proporcionarle una estimación del costo de servicios específicos antes de su cita. Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard, American Express, Discover, Visa y tarjetas de débito. Para su conveniencia, también ofrecemos la opción de mantener una tarjeta de crédito registrada. Al hacerlo, autoriza a Wonderfully Made Pediatrics PLLC a procesar el pago de estados de cuenta con cargos de $50 o menos. Si los estados de cuenta son más de $ 50, se le notificará por teléfono, correo electrónico o correo postal al menos 3-4 semanas antes de que se procese el pago.

**Seguro:** Aceptamos seguros de las principales compañías de seguros. Requerimos que nos proporcione una copia de la información de su seguro primario actual ***en cada visita***. Nuestro departamento de facturación presentará su reclamo de seguro a su seguro primario y luego a cualquier seguro secundario.

Nuestra oficina no puede decirle con anticipación si sus cargos serán cubiertos por su plan de seguro. Cada compañía de seguros tiene varios planes que varían según los contratos grupales del empleador. Es su responsabilidad familiarizarse con su propio plan de seguro, incluyendo los tipos de cobertura y las restricciones sobre imágenes, laboratorios, centros de atención de urgencia y salas de emergencia.

**Remisiones:** algunas compañías de seguros requieren una remisión si su hijo necesita ver a un especialista por cualquier motivo. Es su responsabilidad llamar a su compañía de seguros para determinar si se necesita una remisión. Si se requiere una remisión, háganoslo saber y lo organizaremos por usted. **Las remisiones DEBEN solicitarse con al menos 72 horas de anticipación.**

**Política de no presentación:** Valoramos a nuestros pacientes y les agradecemos por elegirnos como su proveedor de atención médica. **Los pacientes que falten a sus citas o cancelen sus citas con menos de 48 horas de anticipación puedan pagar una tarifa de $ 35.00 por retiros o citas para pacientes nuevos.** Es posible que los pacientes nuevos no puedan reprogramar si tienen más de 1 cita perdida. Este tiempo ha sido reservado especialmente para ellos. Manteniendo su cita ayuda a mantener un horario eficiente para nuestra oficina y para otros pacientes. Se documentará una “no presentación” cuando no llegue a una cita programada para el mismo día. **Si tiene 3 ausencias dentro de un año, su(s) hijo(s) pueden ser despedidos de la práctica.**

**Política de copagos:** Según el contrato que tenga con su compañía de seguros, los copagos deben hacerse al momento del servicio

**Servicios cubiertos / no cubiertos:** Wonderfully Made Pediatrics PLLC no es responsable de conocer la cobertura de su póliza de seguro. Debe comunicarse con su compañía de seguros para determinar que cubrirá su póliza. Entiendo que el personal de facturación de Wonderfully Made Pediatrics PLLC presentará todas las reclamaciones por los servicios cubiertos con mi compañía de seguros si el proveedor es un proveedor contratado. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo adeudado al proveedor como resultado de lo siguiente:

-Coseguro o copagos

-Cargos fuera de la red

-Sin cobertura de seguro

-No responde a la correspondencia o consultas de la compañía de seguros

-No incluye a nuestro proveedor como su proveedor de atención primaria

-No notifica por adelantado que el laboratorio / centro de imágenes no es un proveedor preferido

-Cantidades deducibles anuales

-Servicios no cubiertos

-Cobertura terminada/Beneficios agotados

**Decretos de divorcio:** Esta oficina ***no puede*** ser parte de su decreto de divorcio. La responsabilidad de la factura de los menores es de los padres o guardián legal. **Es nuestra política cobrar el pago en el momento del servicio del padre, guardián o cuidador que trae a los niños a la cita**. Nuevamente, nuestra responsabilidad principal es proveer atención médica a sus hijos y no manejar disputas de facturación o cobertura de seguro entre padres separados o divorciados.

**Divulgación de información y autorización de pago**:

**Todas las compañías de seguros, terceros pagadores y pólizas gubernamentales**: Por la presente autorizo ​​a Wonderfully Made Pediatrics PLLC y / o cualquiera de sus representantes a presentar un reclamo a mi Compañía de seguros o sus intermediarios por todos los servicios prestados por el proveedor(es) y autorizo ​​mi seguro transportista o sus intermediarios para remitir el pago directamente a Wonderfully Made Pediatrics PLLC y / o proveedores que dan el servicio. Autorizo ​​la divulgación de toda la información médica a mi compañía de seguros o sus intermediarios con respecto a los servicios proveídos. Certifico que la información dado al solicitar el pago bajo el título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta.

**Garantía de pago:** Entiendo que presentar un reclamo ante mi compañía de seguros u otro pagador externo, bajo ninguna circunstancia, no me exime de mi responsabilidad por el pago de todos los cargos, además reconozco que soy responsable del pago de todos los cargos por los servicios dados por Wonderfully Made Pediatrics PLLC para mí y / o mis hijos indicados. Al firmar este documento, garantizo personalmente el pago de estos cargos por los servicios médicos dados. Esto incluye, pero no se limita a, reclamos presentados por Compensación Laboral y / o reclamos debido accidentes / enfermedades por lesiones personales. Estoy de acuerdo en que esta autorización será válida hasta que sea rescindida por escrito o reemplazada por una fecha posterior.

**Firma del Padre/ Guardian Legal** **Fecha**