

Southeast Denver Pediatrics, P.C.
2121 S. Oneida Suite 200 Denver, CO 80224 – (303) 757-6418 – FAX (303) 757-2209
11960 Lioness Way Suite 200 Parker, CO 80134 – (303) 471-5060 – FAX (303) 471-5062

POR FAVOR INCLUYA TODA LA INFORMACIÓN

apellido	nombre de pila	MI	cumpleaños	género
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

PCP: ☐ Sagel ☐ Schwartz ☐ Miga ☐ Minick ☐ Kathryn, PA-C ☐ Rich, PA-C ☐ Sarah, PA-C

Nombre de la amiga / familiar / contacto de emergencia: _____
teléfono: _____ domicilio: _____

☐ Padre ☐ Madre ☐ otra relación _____
☐ suscriptor de seguro ☐ responsable de la factura
nombre: _____
domicilio: _____
ciudad, estado, código postal: _____
teléfono: _____ cumpleaños: _____
número de licencia de conducir: _____ estado: _____
Número de seguro social: _____
empleador: _____
domicilio: _____
ciudad, estado, código postal: _____
telefono de trabajo: _____ EXT: _____

☐ Padre ☐ Madre ☐ otra relación _____
☐ suscriptor de seguro ☐ responsable de la factura
nombre: _____
domicilio: _____
ciudad, estado, código postal: _____
teléfono: _____ cumpleaños: _____
número de licencia de conducir: _____ estado: _____
Número de seguro social: _____
empleador: _____
domicilio: _____
ciudad, estado, código postal: _____
telefono de trabajo: _____ EXT: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

compañía de seguros primaria: _____ copago: _____
nombre del suscriptor: _____ número de identificación: _____ número de grupo: _____
dirección de la compañía de seguros: _____
Número de teléfono de la compañía de seguros: _____
Nombre de la compañía de seguros secundaria: _____
nombre del suscriptor: _____ número de identificación: _____ número de grupo: _____
dirección de la compañía de seguros: _____
Número de teléfono de la compañía de seguros: _____

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar esta reclamación.
También solicito el pago de las prestaciones gubernamentales, ya sea para mí o para la parte que acepte la cesión a continuación. FIRMA DEL ASEGURADO O PERSONA AUTORIZADA: Autorizo el pago de las prestaciones médicas a Southeast Denver Pediatrics por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier saldo no cubierto por el seguro.

Fecha: _____ **Firma:** _____

Southeast Denver Pediatrics, P.C.

2121 S. Oneida St. Suite 200, Denver, CO 80224
PH: (303) 757-6418 FAX: (303) 757-2209

11960 Lioness Way Suite 200, Parker, CO 80134
PH: (303) 471-5060 FAX: (303) 471-5062

Directivas de Office

Con el fin de continuar brindando atención médica de alta calidad a sus hijos, se ha hecho necesario que nosotros, los médicos de Southeast Denver Pediatrics, formalicemos nuestras políticas de práctica. Por favor revise y firme este formulario antes de salir de la oficina hoy para que pueda ser incluido en la historia médica de su familia. Estamos encantados de proporcionar una copia adicional para sus registros.

Exámenes de niño sano:

Los "chequeos" programados regularmente son importantes en la atención médica de sus hijos. Además de monitorear el crecimiento y el desarrollo y proporcionar vacunas, estas visitas están destinadas a abordar sus inquietudes. Por lo general, se programan para 30 minutos y se programan de 6 a 8 semanas de antelación.

1. **Reprogramación y citas perdidas:** Si es necesario cancelar o reprogramar una cita, hágalo lo antes posible. Se cobrará una tarifa de \$ 100.00 a aquellos que no avisen con 24 horas de anticipación para la cancelación de un examen de niño sano (esto incluye chequeos médicos, evaluaciones de TDAH y otras citas de 30 minutos programadas regularmente). Se cobrará una tarifa de \$ 50.00 a aquellos que no avisen con 24 horas de anticipación para la cancelación de cualquier otra cita programada regularmente (esto no incluye citas para el mismo día o para el día siguiente). Se cobrará una tarifa de \$ 100.00 a aquellos que no avisen con 48 horas de anticipación para la cancelación de una cita de terapia. Además, debido a que las citas de "No Show" dificultan que otros programen exámenes de niño sano, tres "No Show" por familia pueden resultar en el despido de nuestra práctica.
2. **Llegadas tardías:** A las familias y pacientes que lleguen más de 10 minutos tarde a su examen de niño sano programado, se les puede pedir que lo reprogramen para una fecha futura. Las llegadas tardías a los chequeos disminuyen la cantidad de tiempo que podemos dedicar a atender sus inquietudes y crean retrasos no planificados para los pacientes programados más tarde en el día.

Visitas Agudas/Urgentes:

Tratamos de brindar atención médica accesible y oportuna a los pacientes que están enfermos. Las visitas generalmente se programan de 10 a 20 minutos, dependiendo de la complejidad anticipada de la enfermedad. Por lo general, estas citas se pueden hacer "el mismo día" o "al día siguiente".

1. **Visitas de emergencia/urgencia:** Si su hijo está enfermo o lesionado, llame antes de venir a la oficina. A los pacientes que llegan sin una cita programada se les puede pedir que esperen o regresen para la próxima cita disponible a discreción de nuestro personal médico. No reservamos tiempo para visitas "sin cita previa". Por lo tanto, para garantizar el tiempo y la atención adecuados para su hijo, lo mejor es tener una cita programada.
2. **Visitas los sábados/días festivos:** Las citas de los sábados no son horas de oficina programadas regularmente. Reservamos visitas los sábados solo para pacientes emergentes. Habrá un cargo adicional si su hijo es atendido en nuestra clínica un sábado. También puede haber un cargo adicional (según las pautas de codificación nacionales) para las citas que ocurren en días festivos (incluidos, entre otros, el día después del Día de Acción de Gracias, Nochebuena, Nochevieja, etc.).

Todas las visitas al consultorio::

1. **Varios hijos y hermanos:** Si tendrá más de un hijo que necesite atención médica en una visita, dígaselo a la persona que programó su cita. Incluso los problemas aparentemente menores merecen toda la atención de una cita programada. Es posible que se les pida que las visitas "complementarias" esperen o regresen para la próxima cita disponible.
2. **Copagos y pagos:** Como condición de muchos planes de seguro, los copagos por cada niño deben pagarse por cada visita al consultorio en el momento del servicio. Es su responsabilidad saber si debe o no un copago. Si no se paga en el momento del servicio, se le facturará una tarifa de \$ 25.00 además de su copago para cubrir el costo del procesamiento adicional. Si tiene preguntas sobre una factura, o cree que puede hacer arreglos de pago especiales, comuníquese con nuestro departamento de facturación lo antes posible.
3. **Cuentas morosas:** A las cuentas vencidas se les cobrará una tarifa anual del 18%. La falta de pago puntual en una cuenta vencida puede resultar en que esa cuenta sea entregada a una agencia de cobranza. Cualquier familia referida a una agencia de cobro será despedida de nuestra práctica. Después de la notificación de la salida de la práctica, estaremos disponibles para brindar atención de emergencia durante 15 días mientras se establece una nueva relación de atención primaria.
4. **El padre o tutor que trae al niño a su cita es responsable del pago, independientemente de lo que pueda establecer un decreto de divorcio. Ambos padres son responsables del pago en Southeast Denver Pediatrics. No intervendremos entre las partes; El reembolso debe hacerse entre los dos padres.**

Los niños menores de 18 años deben estar acompañados por un padre o tutor legal en CADA VISITA.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el cuidado de mi hijo.

Si tiene alguna pregunta o comentario con respecto a estas políticas, no dude en abordarlo con nuestro Gerente de Práctica o Médicos.

He leído y entiendo lo anterior:

Firma de padre/tutor

la fecha

el nombre del paciente



Formulario de reconocimiento de aviso de prácticas de privacidad

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta Oficina (el "Aviso"), que describe cómo se utiliza y comparte mi información médica. Entiendo que esta Oficina tiene el derecho de modificar este Aviso en cualquier momento.

Soy consciente de que puedo obtener una copia actualizada comunicándome con el Oficial de Cumplimiento de HIPAA de la Oficina.

Mi firma a continuación reconoce que se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad:

**Firma del paciente o
representante personal**

Nombre del paciente

**Nombre del
Representante Personal
(si aplica)**

Fecha

For Facility Use Only: Complete this section if you are unable to obtain a signature.

1. If the resident or personal representative is unable or unwilling to sign this *Acknowledgement*, or the *Acknowledgement* is not signed for any other reason, state the reason:

2. Describe the steps taken to obtain the resident's (or personal representative's) signature on the *Acknowledgement*:

Completed by

**Signature of Facility
Representative**

Date

Southeast Denver Pediatrics, P.C.

2121 S. Oneida St. Suite 200, Denver, CO 80224
PH: (303) 757-6418 FAX: (303) 757-2209

11960 Lioness Way Suite 200, Parker, CO 80134
PH: (303) 471-5060 FAX: (303) 471-5062

Consentimiento informado para los servicios de telemedicina

la introducción

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes lugares compartan información médica individual del paciente con el fin de mejorar la atención al paciente. Los proveedores pueden incluir médicos de atención primaria, especialistas y/o subespecialistas. La bahía de información se utilizará para el diagnóstico, la terapia, el seguimiento y/o la educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes:

- Historias clínicas de pacientes
- Imágenes médicas
- Audio y vídeo bidireccionales en vivo
- Datos de salida de dispositivos médicos y archivos de sonido y vídeo

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación del paciente y de imagen e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

Beneficios esperados:

- Mejora del acceso a la atención médica al permitir que un paciente permanezca en su hogar (o en un sitio remoto) mientras el médico obtiene los resultados de las pruebas y consulta a los profesionales de la salud en sitios distantes u otros lugares.
- Evaluación y gestión médica más eficientes.
- Obtención de la experiencia de un especialista distante.

Posibles riesgos:

Al igual que con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telemedicina. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- En casos raros, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, mala resolución de las imágenes) para permitir la toma de decisiones médicas adecuadas por parte del médico y el consultor (s).
- Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos debido a deficiencias o fallas del equipo.
- En casos muy raros, los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una violación de la privacidad de la información médica personal..
- En raras ocasiones, la falta de acceso a registros médicos completos puede dar lugar a interacciones adversas de medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

Consentimiento para el uso de la telemedicina

He leído y entiendo la información proporcionada con respecto a la telemedicina, la he discutido con mi médico o con la asistencia que se designe, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Por la presente, doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi atención médica.

Por la presente, autorizo a Southeast Denver Pediatrics, P.C. a usar la telemedicina durante mi diagnóstico y tratamiento.

Firma del paciente (o persona autorizada a firmar en nombre del paciente)

La Fecha

Relación con el paciente

Southeast Denver Pediatrics, P.C.

2121 S. Oneida St. Suite 200, Denver, CO 80224
PH: (303) 757-6418 FAX: (303) 757-2209

11960 Lioness Way Suite 200, Parker, CO 80134
PH: (303) 471-5060 FAX: (303) 471-5062

Descargo de responsabilidad de no cobertura

Estimado paciente:

Su póliza de seguro puede determinar que un servicio no está cubierto por el beneficio, de su salud puede procesar los servicios como "fuera de la red". Sin embargo, es posible que usted y su médico sigan creyendo que el servicio es importante para el cuidado y el desarrollo de su hijo.

Las posibles razones para la no cobertura de su póliza son:

- Un servicio está excluido de su póliza individual
- Su compañía de seguros considera un servicio en particular como "innecesario".
- No tiene "beneficios de rutina"
 - o Es responsabilidad del paciente asegurarse de que tiene la cobertura adecuada para los servicios prestados.
 - o Los exámenes físicos de rutina se facturan como tales, incluidos todos los exámenes y procedimientos recomendados por la Academia Estadounidense de Pediatría, y también pueden incluir cargos por los servicios prestados para abordar cualquier problema de salud o inquietud que se presente en el momento de/o además del examen programado regularmente.
 - o Si no tiene "beneficios de rutina", será responsable de pagar el saldo de los servicios prestados.

Planes de salud fuera de la red

- o Si nuestra oficina determina que su plan de salud podría estar "fuera de la red" y aún así elige que los servicios sean realizados por Southeast Denver Pediatrics, es posible que sea responsable del costo total de la visita. Verifique su cobertura de red con su seguro o plan de salud antes de cualquier visita programada regularmente para evitar demoras o discrepancias en la facturación.

No cobertura de inmunización

- o **Si la póliza actual que tiene está bajo Kaiser, Tricare, Liberty Health Share, Medi-Share, Christian Care Ministries o cualquier otro plan de salud compartida; Es posible que las vacunas de su hijo no estén cubiertas. Si elige recibir las vacunas en nuestras instalaciones, es posible que sea responsable del costo total sin descuento. Alternativamente, puede visitar un Centro de Salud de los Tres Condados para recibir las vacunas que puedan ser necesarias..**

No podemos apelar reclamaciones que hayan sido denegadas como "no cubiertas" o "fuera de la red" por su plan. Si tiene preguntas sobre la facturación, comuníquese con nuestro departamento de facturación o con el Gerente de la Práctica. Si tiene preguntas sobre su cobertura o el procesamiento de un reclamo, comuníquese con su compañía de seguros.

Acuerdo de Beneficiario:

Mi médico me ha notificado que mi compañía de seguros o plan puede negar el pago de los servicios prestados según los términos de mi póliza de seguro. Si mi compañía de seguros niega el pago y asigna el saldo restante como "adeudado por el paciente"; Acepto ser personal y totalmente responsable del pago. Entiendo que el consultorio de mi médico no puede apelar ni volver a facturar ningún servicio que se niegue debido a la falta de cobertura o al estado "fuera de la red". Si la cuenta se envía a cobranzas, acepto pagar todas las tarifas de cobranza, costos judiciales y honorarios de abogados, con o sin demanda, incurridos en el cobro de cualquier saldo vencido.

La Firma

La Fecha

nombre en letra de molde