



Reconocimiento de Revisión del Aviso de Prácticas de Privacidad

- He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina, que explica cómo se utilizará y divulgará la información médica de mi(s) hijo(s).
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento. Entiendo Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC tiene un enlace al Aviso de Prácticas de Privacidad en el sitio web de práctica (www.RainbowPediatricsHouston.com)

Política de la Oficina

- **Política tardía:** si llegas 15 minutos después de la hora de la consulta, tu cita será reprogramada.
- Las citas de no show/cancelación deben cancelarse 24 horas antes de la hora de la cita. Habrá una tarifa de \$25.00 sin show aplicada a su cuenta que tendrá que ser pagada en su totalidad antes de la próxima hora programada de la cita. Esta tarifa no se puede facturar a su compañía de seguros. Es posible que se le recuerde su próxima cita mediante recordatorio del portal, texto, correo electrónico o llamada telefónica. Por favor, entienda que estos recordatorios con respecto a su cita son solo CORTESÍA. Cualquier disputa con respecto a no shows debido a una llamada de cortesía o texto "no recibido" NO será renunciado. Si usted tiene tres no shows será despedido de la clínica.
- **Política vacuna:** Se requieren registros de vacunas para todos los pacientes nuevos. Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC requiere que todos sus pacientes sean vacunados según las directrices de los CDC.
- **Llamadas telefónicas después del horario laboral:** las llamadas después de la hora se definen como llamadas recibidas después de las 5:00 p.m. de lunes a viernes y todos los fines de semana o días festivos. Todas las llamadas no emergentes (es decir, recargas de recetas, dosis de medicamentos, solicitudes de citas) acumularán una tarifa de llamada de \$25.00 después de horas aplicada a su cuenta. Esta tarifa no se puede facturar a su compañía de seguros.
- **Política de Formularios/Cartas:** por favor traiga cualquier formulario que necesite ser completado por un médico a su cita. Cualquier solicitud de formularios que se complete después de una cita acumulará una tarifa de \$10. Cualquier carta que solicite al médico que escriba también incurrirá en una tarifa de \$10. Estos cargos no se pueden facturar a su compañía de seguros. Por favor, dé a nuestra oficina 48 horas para completar cualquier formulario / carta.
- **Política de transferencia:** una vez que cambie el PCP o transfiera registros a otro PCP, se le desactivará en nuestro sistema y no se les permitirá regresar.
- **He leído y entiendo las políticas de esta oficina que explican el plazo y las condiciones de esta oficina con respecto a citas, cancelaciones, no espectáculos, llamadas telefónicas fuera del horario laboral, registros de vacunación, requisitos de vacunación y traslado a otra instalación.**

Política Financiera

- Entiendo que el padre o adulto acompañante es responsable del pago completo en el momento del servicio.
- Por la presente autorizo el pago directo de beneficios médicos a Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC por servicios prestados en persona o bajo supervisión.
- Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi seguro.
- Autorizo a Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC a divulgar información según sea necesario a mi compañía de seguros o pagador externo con el propósito de determinar los beneficios.
- Entiendo que tales registros pueden incluir pruebas de VIH/SIDA, sustancias o problemas de salud mental.
- Autorizo a Rainbow Pediatrics de Houston, PLLC a facturar mi seguro o pagador externo y recibir el pago directamente de la facturación en el momento del servicio a menos que se hagan otros arreglos con el departamento financiero.
- Entiendo que sigo siendo financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por la compañía de seguros.
- Autorizo el uso de esta firma en todas las reclamaciones de seguros.
- Entiendo que los pacientes que no son elegibles para Medicaid o CHIP de Texas en la fecha del servicio no serán reembolsados por ningún gasto de su bolsillo. Esto incluye planes retroactivos de Medicaid o CHIP. Al firmar esta política, doy mi consentimiento para que Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC no sea responsable de presentar reclamos retroactivos de pacientes a los planes Medicaid o CHIP.
- Entiendo que si la discusión va más allá del alcance del examen de rutina durante la visita al niño, mi compañía de seguros requiere el pago de un copago, deducible o coseguro (responsabilidad del paciente). El pago se espera en el momento de la visita.
- Entiendo que antes de hacer una cita física anual (niño sano) voy a consultar con la compañía de seguros actual con respecto a los cargos cubiertos y no cubiertos. No todos los planes cubren la audición anual, la visión y otros exámenes. Si no está cubierto, se entiende, que será responsable del pago de la cantidad permitida en el momento de la visita.
- **Autorización para el Programa de Tarjeta de Crédito en Archivo:** Autorizo a Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC a cargar mi tarjeta de crédito registrada por todos los saldos que mi plan de seguro médico considere como "responsabilidad del paciente", es decir, co-pago, deducibles, servicio no cubierto, etc.
- Entiendo que una vez que mi seguro de salud haya procesado las reclamaciones de mi hijo, recibiré una Explicación de Beneficios (EOB). La EOB mostrará los saldos debidos a que es responsabilidad del paciente.
- Estoy de acuerdo en que si el pago no se realiza antes de la fecha indicada en el estado de cuenta enviado a mí, entonces Rainbow Pediatrics de Houston, PLLC puede cargar mi tarjeta de crédito registrada por el saldo adeudado. Recibiré un recordatorio de cortesía antes de que se cargue mi tarjeta.
- Además, entiendo que si el pago es negado por la tarjeta de crédito registrada, no voy a ser capaz de programar más citas rutinarias hasta que el saldo ha sido pagado en su totalidad.



12822 Veterans Memorial Drive
Houston, TX 77014
Tele: (832) 779-3330
Fax: (832) 779-2475
RainbowPediatricsHouston.com

- Entiendo que cualquier saldo durante 120 días será enviado a colecciones.
- Soy consciente de que se cobrará una tarifa de \$25 por cualquier cheque devuelto por fondos insuficientes, más cualquier cargo bancario incurrido.
- Los registros médicos se pueden transferir a otro médico/clínica sin cargo alguno. Si desea una copia de sus registros, la tarifa es de \$0.25 por página para las primeras veinte páginas y \$0.50 por página por cada copia a partir de entonces. Si solicita registros médicos en formato eléctrico, la tarifa es de \$25 si es menos de 500 páginas y \$50 si más de 500 páginas.

Política de Seguro

- Entiendo que es mi responsabilidad mantener Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC actualizado con la información correcta del seguro.
- Es mi responsabilidad entender el plan de beneficios del paciente.
- Presentaré la tarjeta de seguro adecuada en cada visita para verificar que Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC tiene la tarjeta más actualizada registrada.
- Si la tarjeta/plan de seguro presentado es incorrecto o no válido, seré responsable del pago de la visita y debo presentar los cargos al plan correcto para el reembolso.
- Si la compañía de seguros adecuada no ha sido informada de que Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC o uno de sus proveedores es el proveedor de atención primaria, entonces la visita debe ser pagada en su totalidad o la visita debe ser reprogramada.
- Estoy autorizando Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC para divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen prestado a mi hijo durante el período de dicha atención a terceros pagadores o mi seguro de salud. Autorizo a mi plan de seguro a hacer el pago directo de beneficios médicos, para incluir beneficios médicos importantes, a Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC.

Consentimiento para el registro del niño, Liberación de Registros de Inmunización a Entidades Autorizadas

Entiendo que, al otorgar el consentimiento a continuación, estoy autorizando la divulgación de la información de inmunización del niño a DSHS y entiendo además que DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac"). Una vez en ImmTrac, la información de inmunización del niño puede ser accedida por ley por:

- Un distrito de salud pública o un departamento de salud local, con fines de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- Un médico u otro proveedor de atención médica legalmente autorizado para administrar vacunas, para tratar al niño como paciente;
- Un agencia estatal que tiene la custodia legal del niño
- Una escuela o centro de cuidado infantil de Texas en el que el niño está inscrito
- Un pagador actualmente autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas con respecto a la cobertura para el niño.
- Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre mi hijo en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para divulgar información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita al Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas, ImmTrac Group, MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.
- Según mi firma, concedo su consentimiento para el registro. Deseo incluir la información de mi hijo en el registro de inmunización de Texas.

Consentimiento de Telemedicina

- Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina. Como siempre, su compañía de seguros tendrá acceso a sus registros médicos para una revisión/auditoría de calidad.
- Entiendo el proceso de telemedicina incluyendo la tecnología de videoconferencia, y que puedo hacerle al proveedor cualquier pregunta con respecto a la consulta de telemedicina, incluyendo los riesgos, beneficios y alternativas
- Entiendo que se realizará un examen físico limitado durante la consulta de telemedicina y puedo optar por interrumpir la consulta en cualquier momento sin afectar mi derecho a una futura consulta de telemedicina
- Entiendo que hay alternativas a una consulta de telemedicina, y puedo elegir, en cualquier momento, para una consulta directa por cualquier proveedor de atención médica en cualquier consultorio médico o centro de emergencia
- Entiendo que la transmisión de información médica podría interrumpirse o distorsionarse durante la consulta debido a dificultades técnicas.
- Entiendo que la imagen de vídeo o cualquier información no se puede transmitir claramente para hacer una determinación precisa; y el proveedor puede recomendar una visita de seguimiento en el consultorio médico, o un centro de atención de urgencia o centro de emergencia
- Entiendo que no todas las condiciones médicas deben ser evaluadas usando telemedicina; las condiciones médicas en aumento deb en evaluarse por contacto directo con un proveedor
- Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi cuidado en cualquier momento, sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento futuro. Puedo revocar mi consentimiento oralmente o por escrito poniéndose en contacto con Rainbow Pediatrics of Houston, El Oficial de Privacidad de PLLC al 832-779-3330. Mientras este consentimiento esté en vigor (no ha sido revocado), Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC y sus proveedores pueden proporcionarme servicios de telemedicina sin necesidad de que firme otro formulario de consentimiento.
- Entiendo que seré responsable de cualquier copago, coseguro o deducible que se aplique a mi visita de telemedicina. Si mi seguro no cubre la telemedicina, entiendo que seré responsable del saldo.



12822 Veterans Memorial Drive
Houston, TX 77014
Tele: (832) 779-3330
Fax: (832) 779-2475
RainbowPediatricsHouston.com

Comunicado de Fotografía General

Por la presente autorizo a Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC, a publicar fotografías tomadas de mí y/o de mi(s) hijo(s) en eventos de la Clínica, para su uso en Rainbow Pediatrics of Houston, el sitio web de PLLC, Facebook, impresiones, materiales de marketing en línea y basados en video, así como otras publicaciones de la Compañía. Por la presente libero y extiendo a Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC, de cualquier expectativa razonable de privacidad de confidencialidad asociada con las imágenes especificadas anteriormente.

Reconozco además que mi participación es voluntaria y que no recibiré compensación financiera de ningún tipo asociada con la toma o publicación de estas fotografías o la participación en materiales de marketing de la empresa u otras publicaciones de la Compañía. Reconozco y acepto que la publicación de dichas fotos no confiere ningún derecho de propiedad o regalías. Por la presente libero Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC, sus contratistas, sus empleados y cualquier tercero involucrado en la creación o publicación de materiales de marketing, de la responsabilidad por cualquier reclamo por mí o cualquier tercero en relación con mi participación.

(Marque esta casilla si acepta la versión general de fotografía anterior)

He leído y comprendo completamente esta política de la oficina en su totalidad en Español y doy mi consentimiento a las políticas anteriores.

Nombre de paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma de padre/tutor legal: _____

Nombre de padre/tutor legal: _____

Fecha de hoy: _____