Patterson & Tedford Pediatrics

A DIVISION OF BASS MEDICAL GROUP

Información Del Niño:

Apellido:	Primer Nombre:	Fecha De Nacimiento:	Sexo Al Nacer:

Parte Financiera Responsable: Madre____ Padre____

Dirección Del Padre/Madre/Tutor(/a) A La Que Se Enviarán Las Facturas:

Seguro Médico Primario Para La Cuenta Del Paciente:

Compañía Aseguradora, Dueño De La Póliza, y Número De Identificación De Miembro:

(1) Información De Los Padres: Padre/Tutor legal del menor mencionado anteriormente ¿Mandato judicial? Si____ No____

Apellido:	Primer Nombre:	Fecha De Nacimiento:	Número De Seguro Social:

Dirección:	Dirección Postal (Si Es Diferente):	Ciudad:

Estado Y Código Postal:	Teléfono De Casa:	Teléfono Celular:	Teléfono Del Trabajo:

Relación: ❑ Madre ❑ Padre ❑ Tutor(/a) Legal	Número De Licencia/Estado Emitido:	Empleador:
	Correo Electrónico (Necesario):	

(2) Información De Los Padres: Padre/Tutor legal del menor mencionado anteriormente ¿Mandato judicial? Si____ No____

Apellido:	Primer Nombre:	Fecha De Nacimiento:	Número De Seguro Social:

Dirección:	Dirección Postal (Si Es Diferente):	La Ciudad:

Estado Y Código Postal:	Teléfono De Casa:	Teléfono Celular:	Teléfono Del Trabajo:

Relación: ❑ Madre ❑ Padre ❑ Tutor(/a) Legal	Número De Licencia/Estado Emitido:	Empleador:
	Correo Electronico (Necesario):	

Contacto De Emergencia (Que No Sea El Padre)

Nombre Y Apellido:	Relación:	Teléfono Celular:

Yo sí autorizo y consiento a todo tratamiento médico que se considere necesario para tratar al paciente mencionado anteriormente. Además, autorizo la liberación de registros médicos y pagos de beneficios por los servicios prestados por el médico.

Firma Del Padre: X _____ Fecha: _____

Tratamiento Médico De Un Menor

Nombre Del Niño: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Consentimiento Por Poder

Concedo autoridad a lo siguiente para ser mi representante legalmente autorizado en el cuidado médico de mi hijo mencionado anteriormente. Pueden dar su consentimiento al tratamiento o pruebas necesarias para mi hijo según lo recomendado por un proveedor de Pediatría de Patterson y Tedford. (Ejemplo: Tía, Hermano, Abuelo(/a), Padrastro, Niñera)

- Este consentimiento NO permite que los representantes nombrados autoricen las vacunas
- Este consentimiento por poder permanece vigente durante un año
- Este consentimiento no reemplaza una orden judicial

Nombre Del Representante:_____ Relación con el niño:_____

Nombre Del Representante:_____ Relación con el niño:_____

Nombre Del Representante:_____ Relación con el niño:_____

Nombre Del Representante:_____ Relación con el niño:_____

Nombre Del Representante:_____ Relación con el niño:_____

Menor No Acompañado

❑ Concedo permiso para que mi hijo menor de edad sea visto en Patterson y Tedford Pediatrics sin un padre/tutor/representante designado presente y para dar su consentimiento al tratamiento o pruebas necesarias según lo recomendado por un Proveedor de Pediatría Patterson y Tedford.

Las vacunas se pueden administrar en una visita sin acompañante solo si un padre/tutor está disponible por teléfono para dar su consentimiento verbal en el momento de la visita

Firma Del Padre/Tutor:_____

Nombre Impreso Del Padre/Tutor:_____ Fecha:_____

❑ Soy Un Padre Con Custodia Legal

❑ Soy Un Tutor Con Custodia Legal

Política Financiera

- Yo, la parte responsable, certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de los retrasos en el pago del seguro o la denegación de la cobertura del seguro

- Es mi responsabilidad verificar con mi seguro si BASS Medical Group es un proveedor contratado. Bass y/o sus representantes harán todo lo posible para ayudarle, pero BASS no será responsable de entender cada plan de seguro

- Por la presente autorizo A BASS Medical Group a solicitar beneficios y recibir pagos directamente en mi nombre por los servicios cubiertos prestados. También pueden revelar parte o todas las partes de mi historial clínico a cualquier compañía de seguros que cubra los servicios con el propósito de satisfacer los cargos facturados

- Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra índole necesaria para procesar reclamaciones de pago

- Además, acepto pagar todos los costos de cobro, honorarios de abogados y cualquier otro costo de cobro que pueda incurrir en el intento de cobrar cantidades pendientes de responsabilidad del paciente

- También entiendo que si se me envían directamente pagos de seguros, es mi responsabilidad enviar este dinero directamente a BASS Medical Group, inmediatamente después de recibirlo

- Entiendo que se me facturará los montos adeudados por mí (copagos/coseguros/deducibles) y que tengo la responsabilidad financiera de pagar estos montos

- Entiendo que se me proporcionará al menos 2 estados de cuenta para cualquier saldo adeudado después del pago del seguro. El pago completo debe realizarse dentro de los 30 días posteriores a su primer estado de cuenta, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Entiendo que si no he hecho el pago antes de que se envíe el tercer estado de cuenta, el estado de cuenta será un aviso final y puede resultar en que mi cuenta sea enviada a un servicio de cobro externo si todavía no cumplo con mis obligaciones financieras. También entiendo que seré responsable de cualquier cobro, interés o gastos legales asociados con esos esfuerzos de cobro

- Hay una tarifa para producir una copia completa de los registros. La tarifa varía ya que se calcula en función del registro individual. Además, la tarifa para enviar un registro por correo es responsabilidad del solicitante

- El cargo por un cheque de fondos insuficientes (NSF) es de $25. Usted debe pagar en su totalidad por el cheque NSF y la tarifa NSF dentro de los 10 días de aviso. Durante los próximos 12 meses, se requiere pago en efectivo o equivalente en el momento del servicio

Continuación De La Política Financiera

- Necesitamos un aviso de 24 horas para cancelar o reprogramar una cita. Para las citas programadas dentro de las 24 horas siguientes a la cita, se requiere un preaviso de 2 horas. Si llegas 10 minutos tarde a tu cita, la has perdido; Por lo tanto, se cobrará una penalización por cancelación tardía, tanto si te ven en ese momento como si no

- No dar el aviso adecuado para la cancelación o reprogramación resultará en:
  - Un cargo de $25.00 por citas de vacunación perdidas o cancelaciones tardías, *por niño*
  - Un cargo de $50.00 por la primera cita perdida, *por niño*
  - Un cargo de $75.00 por la segunda cita perdida, *por niño*
  - Un cargo de $100.00 por la tercera cita perdida, *por niño*
  - Tu familia podría estar sujeta a despedida por una tercera o una cita pérdida posterior

- Yo, el paciente, o el representante del paciente, entiendo que todos los médicos de BASS Medical Group están autorizados y regulados por la Junta Médica de California. Puedo verificar esto poniéndome en contacto con la Junta Médica al (800) 633-2322 o a través de Internet en su sitio web: www.mbc.ca.gov

Mi firma a continuación confirmo que he leído estas políticas de facturación y mis obligaciones financieras respecto al departamento del laboratorio de BASS Medical Group

_____	_____	_____
Firma Del Padre O Tutor Legal	Relación Con El Paciente	Fecha

HIPAA/AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - Página 1 de 3

Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de la información de salud. La autorización para la divulgación de información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla privada puede causar que la información ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad estatales y federales. De acuerdo con las leyes estatales y federales de privacidad del paciente, incluida HIPPA (Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996), este Aviso describe cómo se puede usar o divulgar su información de salud y cómo usted, el paciente, puede obtener esta información. Por favor revise este Aviso cuidadosamente.

USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS: La ley nos permite usar o divulgar su información de salud a los siguientes:

- Otro especialista o médico que esté involucrado en su atención.
- Su compañía de seguros, con el fin de obtener el pago de nuestros servicios.
- Nuestro personal, con el propósito de ingresar su información a nuestro sistema computarizado
- Otras entidades durante el curso de su tratamiento, con el fin de obtener autorizaciones, visitas de derivación, programación de pruebas, etc. Gran parte de esta información se envía por fax, que es un uso permitido por ley. Tenemos en archivo con estas fuentes, la verificación de la confidencialidad del fax utilizado y su acceso limitado por personal autorizado.
- Si se vende esta práctica, su información de salud pasará a ser propiedad del nuevo propietario.
- Podemos divulgar parte o la totalidad de su información de salud cuando lo exija la ley. Excepto como se describe anteriormente, esta práctica no usará ni divulgará su información de salud sin su autorización previa por escrito.

Las leyes federales y estatales nos permiten usar y divulgar la información de salud protegida de nuestros pacientes para brindarles servicios de atención médica, para facturar y cobrar pagos por esos servicios, y en relación con nuestras operaciones de atención médica. También utilizamos un registro médico electrónico compartido que permite que tanto nuestros médicos como el personal accedan a la información de salud de nuestros pacientes. El propósito de este acceso es agilizar la derivación de pacientes dentro de BASS Medical Group, otros proveedores y para ayudar a brindar y administrar su atención de manera coordinada. La información en el expediente médico electrónico se puede divulgar fuera de BASS Medical Group solo con la autorización expresa del paciente o según lo permita o requiera específicamente la ley.

DERECHOS DEL PACIENTE: La ley también establece los derechos del paciente y nuestra responsabilidad de informarle sobre esos derechos. Éstos incluyen:

- Tiene derecho a solicitar por escrito cualquier uso o divulgación que hagamos con su información de salud más allá de los usos normales mencionados anteriormente.
- Tiene derecho a limitar el uso o restringir la divulgación del uso de su información de salud. Nuestra oficina seguirá cualquier restricción anotada por usted en la página 2 de este formulario.
- Tiene derecho a solicitar por escrito inspeccionar y/o recibir una copia de su información de salud.* Nuestra oficina puede cobrar una tarifa razonable para cubrir la copia y el envío por correo de estos registros. Algunas divulgaciones de su información de salud pueden requerir que se complete y envíe una solicitud o formulario por separado de este, según lo determine nuestro Oficial de privacidad.

- Tiene derecho a solicitar un medio o lugar alternativo para recibir comunicaciones sobre su información de salud.* De lo contrario, dichas comunicaciones se enviarán por correo a la dirección de su casa en su registro médico o de facturación y/o se enviarán a la dirección alternativa y/o por los medios alternativos de comunicación que designe a continuación (por ejemplo, a través de un mensaje de texto telefónico o correo electrónico).
- Tiene derecho a solicitar por escrito una enmienda o cambio a su información de salud. Nuestra oficina puede estar de acuerdo o no está de acuerdo con su solicitud por escrito, pero estaremos encantados de incluir su declaración como parte de sus registros. Si se acepta un acuerdo para modificar o cambiar, tenga en cuenta que la documentación anterior se considera un documento legal y no se puede eliminar ni eliminar. Nuestra oficina simplemente anotará la enmienda y el motivo y la agregará a sus registros.

  *Pueden aplicarse condiciones y limitaciones; obtener información adicional de nuestro Oficial de Privacidad.
- Podemos usar su información para comunicarnos con usted. Por ejemplo, podemos usar el correo de los EE. UU., el teléfono, un mensaje de texto, o correo electrónico para recordarle una cita o llamarlo con información sobre su atención. Si no está en casa, esta información puede quedar en su contestador automático, correo de voz, enviarse por mensaje de texto, por correo electrónico o con la persona que contestó el teléfono. En caso de emergencia, podemos divulgar su información de salud a un familiar u otra persona designada como responsable de su atención.
- **MENORES:** Nos tomamos muy en serio las leyes de privacidad de los pacientes. El Estado de California limita el tipo de información de salud que podemos compartir con los padres o tutores legales de niños adolescentes menores de edad entre 12 y 17 años. En consecuencia, mantendremos un número de teléfono y/o dirección de correo electrónico exclusivos para menores de esta edad. rango, según lo designen.
- **SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, INDIQUE LA EDAD** _____ **Y FECHA DE NACIMIENTO:** _____
- **A QUIÉN DESIGNO: Designe a quién PUEDEN divulgar su información de salud nuestras oficinas, incluidos, entre otros, correspondencia, resultados de pruebas, recetas, registros médicos o información de facturación, que tengan 18 años o más, marcando las casillas a continuación y firmando abajo:**

Esta autorización para divulgar información de salud es voluntaria.

☐ **ACEPTAR al cónyuge: Indique el nombre. dirección alternativa. número de teléfono. y dirección de correo electrónico del cónyuge. según corresponda:**

_____

☐ **Está bien para los miembros de la familia: Indique el(los) nombre(s). dirección alternativa. números de teléfono. y direcciones de correo electrónico de los miembros de la familia. según corresponda:**

_____

☐ **Aprobar a otro (por ejemplo, abogado, contador, asesor financiero, tutor legal, curador u otro agente o representante legalmente autorizado). Por favor enumere el(los) nombre(s). dirección alternativa. números de teléfono. y direcciones de correo electrónico de las personas o entidades autorizadas:**

_____

HIPAA/AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - Página 3 de 3

☐ **Está bien dejar información de salud en el contestador automático, el correo de voz, el mensaje de texto del teléfono o el correo electrónico.**

☐ **NO DIVULGUE NI ENVÍE NINGUNA INFORMACIÓN a nadie más que a mí (el Paciente). Envíe mi información a la dirección de mi casa o a la dirección, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico alternativos que incluyo aquí:**

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Dirección de correo electrónico: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, INDIQUE LA EDAD AGE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

☐ **NO LIBERAR A: [Enumere los nombres, según corresponda].** _____

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y las condiciones de este aviso en cualquier momento y sin previo aviso. En caso de cambios, se publicará un aviso actualizado y nuestra oficina le notificará los cambios por escrito. Tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independent Avenue, S.W., Room 509F, Washington, DC 20201. Nuestra oficina no tomará represalias contra usted por presentar una queja. Sin embargo, antes de presentar una queja o para obtener más información o asistencia con respecto a la privacidad de su información de salud, comuníquese con nuestro Oficial de privacidad al (925) 627-3424.

RECONOCIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Esto reconoce que ha recibido y leído una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad y consentimiento para la divulgación de su información de salud a la(s) persona(s) o entidades que ha designado anteriormente. Este documento permanecerá como parte de su registro médico y de facturación.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si la persona que firma no es un paciente, proporcione el nombre e identifique la relación con el paciente y en qué capacidad está firmando (por ejemplo, padre, tutor, curador):

Nombre: _____

Capacidad y / o relación con el paciente: _____

Esta autorización/consentimiento puede revocarse en cualquier momento antes de la divulgación de la información solicitada. La revocación debe ser por escrito, firmada por el paciente o su representante autorizado y entregada a BASS en la dirección que se indica a continuación.

El representante autorizado del paciente tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización.

VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO: A menos que usted lo revoque, rescinda, revise, actualice o cambie de otro modo en un escrito firmado por usted, esta Autorización y Consentimiento no caducará y tendrá una duración indefinida.