

CLÍNICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que me han ofrecido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Médico. El Aviso de Práctica de Privacidad proporciona información detallada sobre cómo la clínica puede usar y divulgar mi información confidencial. Entiendo que el médico se ha reservado el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad que se describen en el aviso. También entiendo que se me proporcionará una copia de cualquier aviso revisado o ponerla a mi disposición.

Firma _____

Relación con el paciente _____ Fecha _____

Responsabilidad financiera

Entiendo que soy responsable de todos los honorarios, independientemente de la cobertura del seguro. Se requiere el pago al momento del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos de pago por adelantado con el departamento de facturación. La Clínica para Niños y Adolescentes presenta reclamos a varias compañías. Consultaré con la recepcionista para ver si mi plan es uno de ellos. Todos los demás reclamos de seguro son responsabilidad de la familia.

Los copagos y deducibles deben pagarse al momento del servicio. Se aplica un cargo por copagos no realizados al momento del servicio. Cualquier cargo que mi compañía de seguros no pague dentro de los 30 días posteriores a la fecha del servicio será responsabilidad de la familia.

Prevención: El enfoque de la Visita de Atención de Bienestar de su hijo

Casi todos los seguros tienen "visitas especiales de atención médica" que están completamente cubiertas como parte del beneficio de Servicios Preventivos. Su hijo puede tener problemas o afecciones de salud que usted / nosotros estamos manejando, pero el objetivo de una Visita de Atención de Bienestar será evitar futuros problemas de salud y rastrear los hitos del desarrollo. Las Visitas de Atención de Bienestar incluyen: revisión del historial médico, evaluación de riesgos, pruebas de detección, inmunizaciones y asesoramiento sobre conductas saludables. Las Visitas de Atención de Bienestar generalmente NO incluyen: evaluación de un nuevo problema de salud, tratamiento de afecciones de salud existentes, pruebas de laboratorio o imágenes para afecciones nuevas o existentes, prescripción o ajuste de medicamentos, manejo de enfermedades crónicas para asma, ADAH, depresión, etc.

Los servicios no incluidos en una Visita de Atención de Bienestar deberán codificarse adecuadamente y enviarse a su plan de seguro. En este caso, se le podría facturar una visita al consultorio o pruebas de diagnóstico, según corresponda. Esto significa que se aplicará un copago, coseguro o deducible. Si desea mantener estas visitas separadas, estaremos encantados de programar otra cita en una fecha diferente. La salud de su hijo es importante para nosotros y queremos abordar sus inquietudes. También queremos ayudar a evitar cualquier "sorpresa" de facturación. Para obtener detalles sobre su cobertura, llame al departamento de servicio al cliente de su plan de salud.

He leído las políticas anteriores. Por la presente, asigno al médico todos los pagos por los servicios médicos prestados. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por mi seguro.

Firma _____ Fecha _____

Gracias por confiarnos el cuidado de su hijo.