

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR / NIÑO(A)**

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, padre/madre o tutor legal del menor nombrado en este documento, doy permiso al proveedor de atención médica para administrar cualquier examen, tratamiento, prueba, vacuna, plan médico y procedimientos que se consideren necesarios durante la atención del menor.

**RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA):**

Entiendo que he recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad (Aviso de Privacidad), el cual proporciona una descripción más completa sobre el uso y divulgación de la información. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmarlo. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que el proveedor de atención médica ya haya tomado medidas basadas en mi autorización.

Yo, el padre/madre o tutor legal del paciente nombrado en este documento, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

**ENVÍO DE INFORMACIÓN DE VACUNAS AL REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE CALIFORNIA (CAIR)**

Yo, el padre/madre o tutor legal de este paciente, doy permiso a Alta Loma Pediatrics para enviar los registros de vacunación al Registro de California (CAIR).

**Aviso de Privacidad para el Intercambio de Información Médica Manifest MedEx:**

Yo, el padre/madre o tutor legal de este paciente, doy permiso a Alta Loma Pediatrics para compartir electrónicamente la información médica personal de mi hijo(a) entre proveedores de atención médica, con el fin de que el tratamiento médico se base en un historial lo más completo posible.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA:**

La información necesaria sobre mí para respaldar mis reclamaciones de seguro puede ser utilizada por el proveedor de atención médica involucrado en mi atención. Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros con la que tenga una póliza a pagar directamente al proveedor de atención médica cualquier beneficio de dichas pólizas por los servicios prestados, siempre que dicho proveedor acepte esta asignación.

Acepto pagar todos los cargos que no sean cubiertos en su totalidad por el seguro asignado. Si las cantidades adeudadas al proveedor de atención médica no son pagadas después de una notificación razonable, la cuenta se considerará morosa y se agregarán cargos por servicio al monto adeudado. En caso de incumplimiento en el pago de mi cuenta, acepto ser responsable de los gastos de cobranza e intereses sobre las cantidades vencidas, incluyendo costos judiciales y honorarios razonables de abogados. Si la deuda es asignada a un tercero para su cobranza, acepto ser responsable de los gastos de cobranza e intereses sobre las cantidades en mora.

**POLÍTICA FINANCIERA DE LA OFICINA:**

❖ **PAGOS / COPAGOS:** El paciente debe presentar una tarjeta de seguro en cada visita. Todos los copagos y saldos vencidos deben pagarse al momento del servicio. El paciente/padre debe informar a la oficina sobre cualquier cambio de plan de salud/seguro o información de contacto en cada visita.

❖ **CUENTAS DE PAGO DIRECTO (SELF-PAY):** Las cuentas de pago directo incluyen pacientes cubiertos por planes de seguro en los cuales el proveedor no participa, pacientes sin tarjeta de seguro registrada o pacientes sin cobertura médica. Los padres deberán pagar el monto completo al momento del servicio.

❖ **PLANES DE SEGURO NO PARTICIPANTES:** Presentaremos reclamaciones a estos planes como reclamaciones no asignadas como cortesía para nuestros pacientes. Los padres deberán pagar el monto completo al momento del servicio. La compañía de seguros puede o no reembolsar al padre/madre por reclamaciones no asignadas.

❖ **REEMBOLSOS A PACIENTES:** Se deben cumplir los siguientes criterios antes de emitir un reembolso: no debe haber reclamaciones pendientes con el seguro en la cuenta familiar y no debe haber saldos pendientes del paciente en la cuenta familiar.

❖ **CASOS DE CUSTODIA DE MENORES:** El padre custodio es responsable de los copagos al momento del servicio para seguros participantes y de todos los saldos vencidos. Si el padre no custodio tiene el seguro, la oficina facturará a esa compañía de seguros. Es obligación de los padres llegar a un acuerdo y asegurar el pago a nuestra oficina.

❖ **SERVICIOS FUERA DE HORARIO:** Se puede aplicar un cargo por cualquier servicio médico prestado fuera del horario de atención, incluyendo consultas médicas por teléfono.

❖ **CHEQUES:** NO aceptamos cheques.

❖ **CARGO POR FORMULARIOS:** Se puede aplicar un cargo por formularios de examen físico escolar/deportivo, cartas especiales, registros de vacunas y expedientes médicos.

**CITAS PERDIDAS:**

Se puede aplicar un cargo de \$25.00 por citas perdidas, a menos que sean canceladas o reprogramadas con 24 horas de anticipación.

Al firmar este documento, acepto y doy permiso para todos los puntos enumerados en este documento.

---

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente (circule una):**

Madre, Padre, Padre/Madre de Crianza, Tutor Legal, Otro: \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_