Desert Valley Pediatrics

Phone: 623-877-7337 Fax: 623-772-0686

Apellido del Paciente:_____ Nombre:_____ Inicial 2do Nombre:_____

Fecha de nacimiento: _____ Edad_____ Sexo: F M Lenguaje primario:_____

Por favor escriba los nombres de otros miembros de su familia que acuden a médicos de DVP: _____

Farmacia:_____
(Nombre) (Ubicación)

Nombre del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____

Teléfono de casa/mensaje:_____

Celular:_____

Número de seguro social:_____-_____-_____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Nombre de la Madre/Tutora: _____

Dirección: _____

Ciudad:_____Estado:_____ Código Postal:_____

Teléfono de casa/mensaje:_____

Celular:_____

Número de seguro social:_____-_____-_____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Nombre de compañia de seguro: _____

Número de identificación del paciente:_____
(incluya el número de miembro si es aplicable 01, 02, 03, etc.)

Número de grupo:_____

Nombre del asegurado principal/portador de la póliza:_____

Fecha de nacimiento del portador del la póliza:_____

Relación con el paciente:_____

Dirección para mandar cobros/facturas al seguro:

_____

_____

_____

Nombre de compañia de seguro: _____

Número de identificación del paciente:_____
(incluya el número de miembro si es aplicable 01, 02, 03, etc.)

Número de grupo:_____

Nombre del asegurado principal/portador de la póliza:_____

Fecha de nacimiento del portador del la póliza:_____

Relación con el paciente:_____

Dirección para mandar cobros/facturas al seguro:

_____

_____

_____

Liberación de beneficios e información: Consiento al tratamiento médico, he verificado el seguro enlistado en ésta forma y autorizo que mis beneficios sean pagados directamente al doctor. Soy financieramente responsable por cualquier balance a pagar Autorizo a Desert Valley Pediatrics mandar información requerida para cualquier factura.

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Aviso de Prácticas de Información de la Salud

Usted está recibiendo este aviso porque su proveedor de salud participa en una organización no lucrativa, no gubernamental de intercambio de información sobre la salud (HIE –por sus siglas en inglés) llamada Health Current. Esto no le generara ningún costo y puede ayudar a su médico, proveedores de salud y planes de salud a coordinar mejor su cuidado compartiendo de forma segura su información médica. Este aviso explica cómo funciona el HIE y le ayudará a entender sus derechos con respecto al HIE bajo las leyes estatales y federales.

De qué manera Health Current le ayuda a obtener un mejor cuidado? En un sistema de registro basado en papel, su información médica se enviada por correo o por fax a su médico, pero a veces estos registros se pierden o no llegan a tiempo para su cita. Si usted permite que su información de salud sea compartida a través del HIE, sus médicos serían capaces de acceder a su información electrónicamente de una manera segura y oportuna.

Qué información de salud está disponible a través de Health Current? Los siguientes tipos de información de salud pueden estar disponibles:

- Registros hospitalarios
- Historial médico
- Medicamentos
- Alergias
- Resultados de pruebas de laboratorio
- Informes de radiología
- Información de visitas a clínicas y médicos
- Inscripción en planes de salud y elegibilidad
- Otra información útil para su tratamiento

Quién puede ver su información de salud a través de Health Current y Cuándo puede ser compartida? Las personas que participan en su cuidado tendrán acceso a su información médica. Esto puede incluir a sus médicos, enfermeras, otros proveedores de salud, planes de salud y cualquier organización o persona que trabaja en nombre de sus proveedores de salud y plan de salud. Ellos podrían acceder a su información para tratamientos, coordinación del cuidado, administración del caso o el cuidado, o transición de la planificación del cuidado y la población de servicios de salud.

Usted puede permitir a otros acceder a su información de salud mediante la firma de una forma de autorización. Ellos sólo podrán acceder a la información de salud descrita en la forma de autorización para las finalidades indicadas en dicha forma.

Health Current también podría utilizar su información de salud según lo requiere la ley y según sea necesario para llevar a cabo servicios a proveedores de salud, planes de salud y otras personas que participan con Health Current.

La Junta Directiva de Health Current podrá ampliar los motivos del porque proveedores de la salud y otros pueden tener acceso a su información de salud en un futuro, siempre y cuando el acceso sea permitido por la ley. Esa información está en el sitio web de Health Current, www.healthcurrent.org/permitted-use.

Recibe Health Current información de salud mental y si es así, ¿Quién puede acceder a ella? Health Current recibe información sobre salud mental, incluyendo los registros de tratamiento de abuso de sustancias. La ley federal otorga protección especial de confidencialidad a los registros de tratamiento y programas de abuso de sustancias asistido por el gobernó federal. Health Current mantiene por separado estos registros de tratamiento de abuso de sustancias protegidos del resto de su información

médica. Health Current solamente compartirá los registros de tratamiento de abuso de sustancias en los siguientes dos casos:

Uno, el personal médico puede acceder a esta información en una emergencia médica. Dos, usted puede firmar un formulario de consentimiento dando a su proveedor de la salud u otros acceder a esta información.

Cómo se protege la información de su salud? Las leyes federales y estatales, tales como HIPAA, protegen la confidencialidad de su información médica. Su información se comparte mediante una transmisión segura. Health Current tiene medidas de seguridad para evitar que alguien que no está autorizado tenga acceso. Cada persona tiene un nombre de usuario y contraseña, y el sistema registra todos los accesos a su información.

Sus derechos con respecto al Intercambio de Información Electrónica Segura

Usted tiene derecho a:

1. Pedir una copia de su información de salud que está disponible a través de Health Current. Si contacta a su proveedor de salud usted puede obtener una copia dentro de 30 días.

2. Solicitar que cualquier información en el HIE sea corregida. Si cualquier información en el HIE es incorrecta, usted puede preguntar a su proveedor de salud corregir la información.

3. Pedir una lista de las personas que han visto su información a través de Health Current. Contacte a su proveedor de salud para obtener una copia dentro de los 30 días. Por favor, notifique a su proveedor de salud si usted cree que alguien que no debería ha visto su información.

Usted tiene derecho en virtud del artículo 27, apartado 2 de la Constitución de Arizona y Estatutos Revisados de Arizona título 36, sección 3802 evitar que su información médica se comparta electrónicamente a través de Health Current:

1. Usted puede optar "opt out" por tener su información médica disponible para compartir en forma electrónica a través de Health Current. Para excluir su participación, pregunte a su proveedor de salud por el formulario de exclusión opt-out. Después de enviar el formulario, su información médica no estará disponible para compartir en forma electrónica través de Health Current.
   Precaución: Si usted decide no participar, su información médica no estará disponible para sus proveedores de salud, inclusive en caso de emergencia.

2. Usted puede excluir que alguna información sea compartida. Por ejemplo, si usted ve a un médico y no desea que su información médica sea compartida con otros, usted puede impedirlo. En el formulario de exclusión opt-out, escriba el nombre del proveedor de salud con la información médica que no desee compartir con los demás.
   Precaución: Si ese proveedor de salud trabaja para una organización (como un hospital o un grupo de médicos), toda su información médica desde ese hospital o grupo de médicos puede ser confidencial para ser vista.

3. Si usted cuenta con una exclusión opt-out en la actualidad, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento completando el formulario de aceptación opt-in que puede obtener a través de su proveedor de salud.

4. Si usted no hace nada hoy y permite que su información médica sea compartida a través de Health Current, usted puede optar por "opt out" en el futuro.

SI NO HACE NADA, SU INFORMACIÓN PUEDE SER COMPARTIDA DE FORMA SEGURA A TRAVÉS DE HEALTH CURRENT.

Póliza de Oficina y Financiera

Gracias por elegir Desert Valley Pediatrics (DVP) para el cuidado de su hijo. Esta póliza de oficina y financiera es una parte importante del cuidado de su hijo. Debido al aumento de demandas de la compañía de seguros médico, le pedimos que lea y acepte las siguientes pólizas de DVP.

Pacientes Sin Seguro Médico: Si no tiene cobertura de seguro médico, el pago total es esperado en el momento del servicio. Para precios, por favor póngase en contacto con un empleado de la oficina.

Seguro Médico Comercial: Como cortesía, DVP presentará su reclamo a su compañía de seguro médico; sin embargo, en el momento del servicio usted será responsable de todos los cargos que no estén cubiertos por su seguro médico, incluyendo copagos, co-seguros, deducibles y servicios no cubiertos o artículos recibidos. El copago NO PUEDE ser descontado por nuestra práctica, ya que es un requisito puesto en usted por su compañía de seguros. Nos esforzamos por ser los más exactos posible en el cálculo de su responsabilidad, pero con tantas variaciones en pólizas y listas de tarifas, no siempre somos exactos. Usted puede recibir un estado de cuenta de nuestra oficina para cualquier deuda. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, American Express y Discover), y giros postales. También se aceptan pagos a través de nuestro portal de pacientes. Conocer y entender sus beneficios de seguro médico es su responsabilidad. Si usted tiene " beneficios fuera de la red" con un plan con el cual no estamos contratados, facturaremos a su seguro médico como cortesía. Cualquier responsabilidad del paciente será facturada al tutor listado en nuestro archivo. Por favor póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener en cuanto a su cobertura. Es su responsabilidad notificar a DVP si hay un cambio en su cobertura de seguro, residencia o número de teléfono. En última instancia, es decisión de usted conocer sus beneficios de seguro.

Las llegadas tarde: Si esta tarde para la hora de su cita, por favor llame para informar al personal. Ellos revisarán el horario para determinar si la cita tendrá que ser reprogramada para otro día o acomodarle la cita detrás de otras citas ya programadas.

Cancelación /Cita perdida: Una cita perdida deja una cita abierta que podría haber sido usada por un paciente en necesidad de asistencia médica. Una cita perdida ocurre cuando uno de los padres o tutor legal no da el aviso adecuado de que no puede asistir a la cita. Si el padre o tutor legal falla en cancelar o reprogramar una cita para las 8:00AM del día de la cita previamente programada, resultara en una cita perdida. Si tres (3) citas pérdidas son acumuladas durante un año civil (enero - diciembre) la familia será despedida del consultorio y no podrá recibir tratamiento en DVP en el futuro.

Citas: Agregar a los hermanos y llegar sin cita no es aceptado. Queremos encargarnos de la enfermedad de su hijo; sin embargo, es injusto preguntar a nuestros pacientes que tienen una cita programada que esperen mientras que alguien sin una cita pre-programada es visto. Si usted siente que su hijo no puede esperar para ser visto, pida hablar con una enfermera para una evaluación y le darán una recomendación.

Visitas: Se requiere que el proveedor codifique la visita basándose en toda la información de cuidado proporcionada. Si un problema preexistente es dirigido en el proceso de realizar un examen de salud médico y si el problema es lo suficientemente importante como para requerir tratamiento adicional (ya sea durante la visita o después), cargos adicionales sobre el problema pueden ocurrir durante la visita. Con esto en mente, mientras que la cita puede haber sido programada para un examen de salud médico o simplemente para un problema (s), si ambos tipos de servicios son proporcionados durante el examen, entonces ambos tipos de servicios pueden ser facturados.

Costos de prueba de laboratorio: Usted recibirá un cobro por separado del laboratorio por servicios de laboratorio externos. Cualquier servicio de laboratorio que no esté cubierto por su seguro médico será su responsabilidad. Es su responsabilidad ir a un laboratorio contratado. Desert Valley Pediatrics no está afiliado con ningún laboratorio.

Circuncisiones: Las circuncisiones son electivas y algunos seguros médicos no cubren este procedimiento. El pago completo es requerido en el momento de servicio si no es un beneficio cubierto.

Cobros por cheques sin fondo: Hay un cobro de $35 por cualquier cheque devuelto por el Banco. Cheques de fondos no suficientes deben ser pagados en su totalidad con fondos certificados (giro postal, cheque certificado o dinero en efectivo). Ya no podrá realizar pagos en su cuenta con un cheque. En cambio, los pagos futuros solamente tendrán que ser en efectivo, tarjeta de crédito o giro postal.

Cuentas vencidas: Si su cuenta se vuelve vencida, tomaremos las medidas necesarias para cobrarle esta deuda. Usted recibirá varios estados de cuenta con cartas y una llamada telefónica final con el intento de coleccionar. Si tenemos que referir su cuenta a una agencia de colección, habrá un recargo de $25 impuesto a su cuenta y usted está de acuerdo en pagar todos los costos de colección que se incurran.

Divorcio/Custodia: No podemos y no vamos a involucrarnos con los conflictos de facturación paternales en el divorcio y/o casos de custodia. Nuestra póliza es mantener a los padres que traen al niño para el tratamiento médico responsable del pago en el momento del servicio.

Consentimiento De Privacidad: Estamos preocupados por proteger su privacidad. Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar información protegida acerca de su hijo(a). Usted tiene el derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Pueden cambiar los términos de nuestro aviso, y usted puede obtener una copia revisada al ponerse en contacto con nuestra oficina.

Al firmar el formulario proporcionado, usted da su consentimiento para nuestro uso y divulgación de información protegida de salud acerca de su hijo para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud como se describe en nuestro aviso. La práctica puede condicionar el recibo del tratamiento en este consentimiento.

Usted tiene derecho a solicitar, por escrito, que restrinjamos la divulgación de información médica sobre su hijo. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo.

Al firmar este reconocimiento, usted acepta la póliza de privacidad de DVP así como también reconoce el recibimiento de Aviso Actuales de Salud de las prácticas de Información De Salud.

Entiende que este consentimiento permanecerá en vigor desde este momento y que podrá ser revocado al proporcionar notificación escrita.

He leído y entiendo las pólizas financieras y de oficina de DVP y estoy de acuerdo con sus términos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos en el caso de que mi seguro niegue el pago después de que un reclamo haya sido presentado por DVP. Entiendo que mi aseguranza es un acuerdo entre mi compañía de seguro médico y yo, y que es mi responsabilidad entender mis beneficios.

Nombre del Paciente y Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la persona responsable (en letra de molde):_____

Su Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento para Tratar

Fecha: _____
(Válido por 1 año, debe ser actualizado cada año)

Consentimiento de los padres o tutores para personas autorizadas:

Como padre o guardián de_____, Estoy otorgando permiso para la persona (s) nombrada abajo para traer a mi hijo/a para tratamiento y/o cuidado.

Estoy otorgando permisos completos, lo que significa que la persona (s) nombrada abajo se le permitirá aceptar:

- **Tratamientos**
- **Vacunas**
- **Referencias**
- **Record médicos**
- **Todo el historial médico relacionados con mi hijo**

_____ **Iniciales**

Por favor, nombre a las personas aquí	**Relación al paciente**
_____	_____
_____	_____
_____	_____

<u>Consentimiento para dejar un correo de voz</u>

Estoy otorgando permiso a Desert Valley Pediatrics para dejar mensajes telefónicos con respecto a la salud médica de mi hijo al número (s) proporcionado en el formulario de registro.

_____ **Iniciales**

Firma de padre/guardián Fecha