

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: _____ Nombre de la Madre/Tutora: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa/mensaje: _____ Teléfono de casa/mensaje: _____

Celular: _____ Celular: _____

Número de seguro social: _____ - _____ - _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Nombre de compañía de seguro: _____ Nombre de compañía de seguro: _____

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

Número de grupo: _____ Número de grupo: _____

Nombre del asegurado principal/portador de la póliza: _____ Nombre del asegurado principal/portador de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del portador del la póliza: _____ Fecha de nacimiento del portador del la póliza: _____

Relación con el paciente: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección para mandar cobros/facturas al seguro: _____ 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: _____



Consentimiento para Tratamiento

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento del Padre, Madre o Tutor Legal para Personas Autorizadas

Como padre, madre o tutor legal, autorizo a la(s) persona(s) que se indica(n) a continuación a acompañar a mi hijo/a para recibir atención médica relacionada únicamente con la(s) visita(s) a la(s) que asistan en mi nombre.

Entiendo que la(s) persona(s) autorizada(s) podrá(n) otorgar su consentimiento y recibir información relacionada **solo** con la atención brindada durante dicha visita, incluyendo:

- Evaluación y tratamiento
- Vacunas administradas durante la visita
- Referencias generadas a partir de la visita
- Acceso a expedientes médicos e información de salud relevante para esa visita
- Revisión del historial médico necesaria para respaldar la atención de esa visita

Esta autorización **no** otorga acceso al expediente médico completo de mi hijo/a más allá de lo necesario para esa visita.

Por favor, indique a continuación el nombre de la(s) persona(s) autorizada(s) a acompañar a su hijo/a para recibir atención y otorgar consentimiento **únicamente para el tratamiento relacionado con la visita.**

Nombre completo de la persona autorizada

Relación con el/la menor

Si **ninguna** otra persona está autorizada para acompañar o dar consentimiento para su hijo/a, marque la siguiente casilla:

Ninguna / No hay personas autorizadas

Nombre del padre/madre o tutor legal: _____

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____



Desert Valley Pediatrics – Políza de la Oficina

Políza Financieras

Seguro y Pagos

Desert Valley Pediatrics (DVP) presentará reclamaciones a su seguro como cortesía. El pago de copagos, deducibles, coseguro y servicios no cubiertos **vence en el momento del servicio**. Los copagos no pueden ser descontados. El pago se cobra durante el proceso previo a la visita o al registrarse en la oficina.

Los pacientes son responsables de entender sus beneficios y de asignar a DVP como su médico de atención primaria (PCP), cuando sea requerido. Para beneficios fuera de la red, las reclamaciones se presentarán como cortesía; cualquier saldo restante será responsabilidad del garantizador. Notifique a DVP de cualquier cambio en su seguro, dirección o número de teléfono.

Medicaid

Los pacientes deben tener cobertura activa. De no ser así, la visita puede considerarse de pago directo. Los servicios no cubiertos serán responsabilidad del garantizador.

Pacientes Sin Seguro Médico (Self-Pay)

Los pacientes sin seguro se consideran de pago directo. El pago total es requerido en el momento del servicio. La lista actual de tarifas está disponible en nuestro sitio web www.dvpeds.com o puede comunicarse con la oficina para obtener información.

Cheques Devueltos

Se cobrará una tarifa de **\$35** por cheques devueltos. Posteriormente, el pago deberá realizarse con fondos certificados. No se aceptarán más cheques personales en la cuenta.

Cuentas Vencidas

Los saldos vencidos pueden dar lugar al envío de estados de cuenta, avisos y llamadas de cobranza. Las cuentas con saldos pendientes pueden tener restricciones para programar citas hasta que se resuelvan.

Cargos de Laboratorio

Usted recibirá un cargo separado por servicios de laboratorio externos. Cualquier servicio de laboratorio no cubierto por su seguro será su responsabilidad. Es su responsabilidad acudir a un laboratorio contratado por su seguro. Desert Valley Pediatrics no está afiliado a ningún laboratorio.

Procedimientos Electivos

Las circuncisiones y las perforaciones de orejas pueden no estar cubiertas por el seguro. Se requiere el pago total en el momento del servicio. No se aceptan cheques.

Citas y Programación

Citas

No se aceptan visitas sin cita previa ni agregar hermanos a una cita existente. Las preocupaciones urgentes deben atenderse a través de una enfermera de evaluación.

Si llega tarde a su cita, llame o envíe un mensaje de texto. El personal determinará si puede ser atendido o si deberá reprogramar su cita.

Inasistencias y Cancelaciones Tarde

Las citas canceladas con menos de **6 horas** de anticipación o las citas perdidas pueden afectar a otros pacientes. **Tres (3) ocurrencias dentro de 6 meses** pueden resultar en la expulsión de la práctica.

Información de Visitas y Facturación

Visitas y Codificación

Los proveedores codifican según toda la atención brindada. Los problemas importantes tratados durante las visitas de **Chequeo del Niño Sano (Well Child Check)** pueden resultar en facturación adicional. Pueden facturarse tanto como servicios preventivos y orientación a problemas si ambos se proporcionan durante la misma visita.

Comunicación y Responsabilidades Familiares

Información de la Visita

Los proveedores no realizarán revisiones telefónicas después de la visita. Los resúmenes e instrucciones están disponibles a través del portal del paciente. Se recomienda que ambos padres o tutores estén presentes cuando sea posible.

Divorcio y Custodia

DVP no puede intervenir en disputas entre padres. El padre, madre o tutor que traiga al niño/a es responsable financieramente. Los padres deben comunicarse entre sí con respecto a la programación y cancelación de citas. Las interrupciones repetidas pueden resultar en restricciones de programación o otras consecuencias.

Privacidad y Consentimiento

DVP se compromete a proteger la privacidad de su hijo/a. Nuestro **Aviso de Prácticas de Privacidad** explica el uso y la divulgación de la información de salud protegida. Puede revisarlo en cualquier momento; hay copias actualizadas disponibles.

Al firmar, usted consiente el uso y la divulgación de la información de salud por parte de DVP para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, así como la recepción del Aviso de Prácticas de Información de Salud de **Health Current**. El tratamiento puede estar condicionado a este consentimiento. Las solicitudes para restringir divulgaciones deben hacerse por escrito; cualquier restricción acordada será respetada.

Este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

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

Su Firma: _____ **Fecha:** _____



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA DE SU HIJO/A PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Nuestro Compromiso con la Privacidad

Desert Valley Pediatrics entiende que la información médica es personal. Estamos comprometidos a proteger la Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de su hijo/a de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), las regulaciones federales aplicables y las leyes del estado de Arizona. Creamos y mantenemos expedientes médicos para brindar atención a su hijo/a y para cumplir con los requisitos legales y regulatorios.

Este Aviso explica:

- Cómo podemos usar y divulgar la PHI de su hijo/a
- Sus derechos con respecto a la PHI de su hijo/a
- Nuestras obligaciones legales con respecto a esa información

La ley nos exige mantener la privacidad de la PHI, proporcionarle este Aviso y cumplir con los términos de la versión vigente de este Aviso.

Fecha de vigencia: 23/09/2013

Fecha de revisión: 03/06/2026

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicará a toda la PHI que mantengamos, incluida la información creada o recibida antes de los cambios. La versión vigente del Aviso estará disponible en nuestra oficina y en nuestro sitio web a solicitud.

Información de Contacto

Si tiene preguntas sobre este Aviso o necesita información adicional, comuníquese con:

Oficial de Privacidad: Terri Hale, Director of Operations

Dirección postal: 4137 N. 108th Ave., Phoenix, AZ 85037

Teléfono: 623-877-7337

Fax: 623-772-0686

¿Qué es la Información de Salud Protegida (PHI)?

La Información de Salud Protegida es información que identifica a su hijo/a y se relaciona con:

1. La condición o el estado físico o mental pasado, presente o futuro de su hijo/a;
 2. La prestación de servicios de atención médica a su hijo/a; o
 3. El pago pasado, presente o futuro por servicios de atención médica.
-

Cómo Podemos Usar y Divulgar la PHI

Para Tratamiento

Podemos usar o divulgar la PHI para proporcionar, coordinar o administrar la atención médica de su hijo/a. Esto puede incluir compartir información con médicos, enfermeras, especialistas, laboratorios, farmacias u otros proveedores de atención médica involucrados en su atención.

Para Pago

Podemos usar y divulgar la PHI para facturar y cobrar el pago por los servicios brindados a su hijo/a. Esto puede incluir verificación de elegibilidad, presentación de reclamaciones, revisión de utilización y actividades de autorización.

Para Operaciones de Atención Médica

Podemos usar y divulgar la PHI para fines operativos, incluidos la evaluación de calidad, capacitación del personal, licencias, acreditaciones, auditorías y planificación empresarial.

Recordatorios de Citas y Comunicaciones Relacionadas con la Salud

Podemos comunicarnos con usted para recordarle citas, proporcionar instrucciones, hablar sobre opciones de tratamiento o informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud.

Comunicaciones Electrónicas

Podemos comunicarnos con usted sobre la atención de su hijo/a mediante:

- Portales para pacientes
- Correo electrónico
- Mensajes de texto

Estas comunicaciones pueden incluir recordatorios de citas, información de registro, avisos de facturación o mensajes relacionados con la atención. Aunque tomamos medidas razonables para proteger las comunicaciones electrónicas, estas pueden conllevar cierto riesgo de interceptación. Al proporcionar su información de contacto y utilizar estos servicios, usted reconoce y acepta estos riesgos.

Puede solicitar métodos alternativos de comunicación en cualquier momento.

Padres, Tutores y Menores

Por lo general, los padres o tutores legales pueden acceder a la PHI de su hijo/a menor de edad. Sin embargo, el acceso puede estar restringido en ciertas situaciones según lo exijan las leyes federales o del estado de Arizona, incluidas las circunstancias en las que un menor pueda consentir legalmente su propia atención. Cumpliremos con las leyes aplicables sobre la confidencialidad de los menores y el acceso de los padres.

Usos y Divulgaciones Adicionales Permitidos

También podemos usar o divulgar la PHI:

- **Según lo exija la ley** – Para cumplir con leyes federales, estatales o locales.
 - **Actividades de salud pública** – Incluyendo el reporte de nacimientos, defunciones, enfermedades transmisibles, reacciones adversas a medicamentos, retiros de productos y abuso o negligencia infantil.
 - **Actividades de supervisión de la salud** – Como auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias.
 - **Para evitar una amenaza grave** – Para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad.
 - **Asociados comerciales** – A proveedores que realizan servicios en nuestro nombre bajo contratos que requieren protecciones de privacidad y seguridad.
 - **Cumplimiento de la ley y procedimientos legales** – Según lo permita o exija la ley.
 - **Médicos forenses, examinadores médicos y directores funerarios** – Para llevar a cabo sus funciones.
 - **Compensación laboral** – Según lo autorizado por la ley.
 - **Notificación de violaciones de seguridad** – Para notificarle sobre accesos no autorizados a PHI no protegida.
-

Usos y Divulgaciones que Requieren Oportunidad de Aceptar u Oponerse

Personas Involucradas en la Atención de su Hijo/a

A menos que usted se oponga, podemos compartir la PHI con familiares, parientes u otras personas involucradas en la atención de su hijo/a o en el pago de la atención. Si usted no está disponible, podemos usar nuestro criterio profesional para determinar si la divulgación es en el mejor interés de su hijo/a.

Ayuda en Casos de Desastre

Podemos divulgar la PHI a organizaciones de ayuda en casos de desastre para coordinar la atención o notificar a familiares, cuando sea apropiado.

Usos y Divulgaciones que Requieren Autorización Escrita

Obtendremos su autorización escrita antes de usar o divulgar la PHI para:

- Fines de mercadeo que involucren pago
- Venta de PHI

Usted puede revocar una autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos actuado basándonos en ella.

Sus Derechos con Respecto a la PHI

Usted tiene derecho a:

- Inspeccionar y obtener copias de la PHI de su hijo/a
- Recibir una copia electrónica de los expedientes médicos electrónicos
- Solicitar enmiendas a la PHI
- Solicitar un registro de las divulgaciones
- Solicitar restricciones sobre ciertos usos o divulgaciones
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Recibir notificación de una violación de seguridad de PHI no protegida
- Obtener una copia impresa de este Aviso en cualquier momento

Las solicitudes deben presentarse por escrito al Oficial de Privacidad. Pueden aplicarse tarifas según lo permita la ley.

Quejas

Usted puede presentar una queja si cree que se han violado los derechos de privacidad de su hijo/a. No habrá represalias por presentar una queja.

Para presentar una queja con nosotros: Comuníquese con el Oficial de Privacidad a la dirección indicada anteriormente.

Para presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.: Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Asistencia Lingüística

Si tiene dificultad para leer o entender el inglés, hay asistencia lingüística gratuita y versiones traducidas de este Aviso disponibles a solicitud, incluido el español.

Este Aviso se aplica a todos los servicios proporcionados por Desert Valley Pediatrics.



healthcurrent

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 generará 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 envía 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 gobierno 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 a 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.