



Política de Oficina de ABC Pediatric Clinic

Reconocimiento de Revisión del Aviso de las Prácticas de Privacidad

- He revisado el Aviso de las Prácticas de Privacidad de esta oficina, que explica cómo se utilizará y divulgará la información médica de mi(s) hijo/hija(s).
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Política de la Oficina

- **Política de Retraso** – Si usted llega 15 minutos después de la hora de su cita, la cita será reprogramada.
- **Política de No Presentarse** – Las citas deben cancelarse una hora antes de la hora acordada. De no presentarse tres veces, se le solicitará que firme un documento por no presentarse. De no presentarse cuatro veces, será expulsado de la clínica.
- **Política de Vacunas** – Se exigen los registros de vacunas para todos los pacientes nuevos. ABC Pediatric Clinic exige que todos sus pacientes se vacunen según lo recomendado por los protocolos del CDC.
- **Política de Transferencia** – Cuando usted cambie a su PCP (médico de atención primaria o médico de cabecera) o transfiera sus registros a otro PCP, usted se inactivará en nuestro sistema y no se le permitirá regresar.
- **He leído y entiendo las políticas de esta oficina que explican los términos y condiciones de esta oficina en lo relacionado a citas, no presentarse, registros de vacunación, requisitos de vacunación y traslado a otro centro.**

Política Financiera

- Entiendo que el padre o adulto acompañante es responsable de pagar la totalidad del servicio.
- Autorizo el pago directo de los beneficios médicos a ABC Pediatric Clinic por los servicios prestados en persona o bajo supervisión.
- Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo que mi seguro no cubra.
- Autorizo a ABC Pediatric Clinic a divulgar la información que sea necesaria a mi aseguradora o a un tercer pagador con el fin de determinar los beneficios.
- Entiendo que dichos registros pueden incluir pruebas de VIH/SIDA, problemas con sustancias o de salud mental.
- Autorizo a ABC Pediatric Clinic a facturar a mi seguro o a un tercero y recibir el pago directamente de la facturación al momento del servicio, a menos que se hagan otros arreglos con el departamento financiero.
- Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por la aseguradora.
- Autorizo el uso de esta firma en todas las solicitudes del seguro.
- Entiendo que el(los) Paciente(s) que no son elegibles para Texas Medicaid o CHIP en la fecha del servicio no tendrán un reembolso por cualquier gasto efectuado. Esto incluye planes retroactivos de Medicaid o CHIP. Al firmar esta política, permito que ABC Pediatric Clinic no sea responsable de presentar reclamaciones retroactivas a los planes de Medicaid o CHIP.
- Entiendo que, si el servicio va más allá del alcance de un examen de rutina durante la consulta del niño(a), mi aseguradora exige el pago de un copago, deducible o co-seguro (responsabilidad del paciente). Se espera que realice este pago al momento de la consulta.
- Entiendo que antes de hacer una consulta física anual (niño sano), consultaré con mi aseguradora actual en relación a los cargos cubiertos y no cubiertos. No todos los planes cubren exámenes anuales de audición y vista. Si no está cubierto, se entiende que seré responsable del pago de la cantidad permitida al momento de la consulta.
- **Autorización para el Programa de Tarjeta de Crédito Registrada:** Autorizo a ABC Pediatric Clinic a cargar a mi tarjeta de crédito registrada todos los saldos que mi plan de seguro médico considere como “responsabilidad del paciente”, es decir, copagos, deducibles, servicios no cubiertos, etc.
- Entiendo que una vez que mi seguro médico haya procesado las solicitudes de mi hijo(a), recibiré una Explicación de Beneficios (EOB). La EOB mostrará los saldos adeudados que son responsabilidad del paciente.
- Acepto que, si el pago no se realiza en la fecha indicada en el estado de cuenta que se me envió por correo, entonces, ABC PEDIATRIC Clinic puede cobrar a mi tarjeta de crédito registrada el saldo pendiente. Recibiré un aviso recordatorio de cortesía antes de que se cargue a mi tarjeta.
- Además, entiendo que, si el pago es denegado por la tarjeta de crédito registrada, no podré programar más consultas de rutina hasta que el saldo haya sido pagado en su totalidad.

Planes de Seguros

- Entiendo que es mi responsabilidad mantener actualizada a la ABC Pediatric Clinic con mi información de seguro correcta.
- Es mi responsabilidad entender el plan de beneficios para el paciente.
- Al llegar, vendré preparado para presentar la tarjeta de seguro correspondiente en cada visita para verificar que ABC Pediatric Clinic tenga la tarjeta más actualizada en el archivo.
- Si la tarjeta/plan de seguro presentado es incorrecta o no es válida, seré responsable del pago de la consulta y debo presentar los cargos al plan correcto para un reembolso.
- Si no se ha informado a la aseguradora apropiada que ABC Pediatric Clinic o uno de sus proveedores es el médico de cabecera, entonces la consulta debe pagarse en su totalidad o debe ser reprogramada.
- Autorizo a ABC Pediatric Clinic a divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen prestado a mi hijo(a) durante el período de dicha atención a terceros pagadores o a mi seguro de salud. Autorizo a mi plan de seguro a hacer pagos directos de beneficios médicos y a incluir beneficios médicos mayores a la ABC Pediatric Clinic.



Política de Oficina de ABC Pediatric Clinic

Consentimiento para el registro del Niño(a) y Divulgación de Registros de Vacunación a Entidades Autorizadas

Entiendo que, al otorgar este consentimiento, estoy autorizando la divulgación de la información de vacunación del niño(a) al DSHS y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de vacunaciones del estado ("ImmTrac"). Al estar en el ImmTrac, se puede acceder por ley a la información de vacunación del niño(a) a través de: A public health district or local health department, for public health purposes within their areas of jurisdiction:

- Un distrito de salud pública o departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- Un médico u otro proveedor de atención médica legalmente autorizado para administrar vacunas y para tratar al niño(a) como paciente;
- Una agencia estatal que tenga la custodia legal del niño(a)
- Una escuela o centro de cuidado infantil en Texas en el que el niño(a) esté inscrito
- Un pagador, actualmente autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas con respecto a la cobertura del niño(a).
- Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre mi hijo(a) en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para divulgar la información del registro en cualquier momento mediante una comunicación por escrito al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, Grupo ImmTrac – MC1946, Apartado Postal 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Con mi firma, doy mi consentimiento para el registro. Deseo incluir la información de mi hijo(a) en el registro de vacunación de Texas.

Autorización para Telemedicina

- Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina. Como siempre, su aseguradora tendrá acceso a sus registros médicos para una revisión/auditoría de calidad.
- Entiendo el proceso de telemedicina, incluyendo la tecnología de videoconferencia, y que puedo hacerle al proveedor cualquier pregunta relacionada a la consulta de telemedicina, incluyendo los riesgos, beneficios y alternativas
- Entiendo que se realizará un examen físico limitado durante la consulta de telemedicina y puedo optar por interrumpir la consulta en cualquier momento sin afectar mi derecho a una futura consulta de telemedicina
- Entiendo que hay alternativas a una consulta de telemedicina, y puedo elegir, en cualquier momento, una consulta directa con cualquier proveedor de atención médica en cualquier consultorio médico o centro de emergencias
- Entiendo que la transmisión de información médica podría interrumpirse o distorsionarse durante la consulta debido a dificultades técnicas.
- Entiendo que la imagen de video o cualquier información puede no ser transmitida claramente para emitir un diagnóstico preciso; y el proveedor puede recomendar una visita de seguimiento en el consultorio médico, un centro de atención de urgencias o un centro de emergencias
- Entiendo que no todas las condiciones médicas pueden evaluarse mediante la telemedicina; las condiciones médicas con riesgo de empeorar deben evaluarse por contacto directo con un proveedor
- Entiendo que tengo el derecho de suspender o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el transcurso de mi asistencia en cualquier momento, sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento en el futuro. Puedo revocar mi consentimiento oralmente o por escrito contactando al Funcionario de Privacidad de la ABC Pediatric Clinic 713-455-7777. Mientras este consentimiento esté vigente (no haya sido revocado), la ABC Pediatric Clinic y sus proveedores pueden brindarme servicios de atención médica a través de la telemedicina sin la necesidad de que firme otro formulario de consentimiento.
- Entiendo que seré responsable de cualquier copago, co-seguro o deducible que se aplique a mi consulta de telemedicina. Si mi seguro no cubre la telemedicina, entiendo que seré responsable de pagarlo.

Permiso General para Fotografías

Por la presente autorizo a ABC Pediatric Clinic a publicar fotografías que me hayan tomado en eventos de la Clínica, para usarlas en el sitio web de la ABC Pediatric Clinic, Facebook, impresiones, materiales de publicidad en línea y en video, así como otras publicaciones de la Empresa. En virtud de este acto libero y eximo a ABC Pediatric Clinic de cualquier responsabilidad o expectativa razonable de privacidad o confidencialidad asociada a las imágenes especificadas anteriormente.

Asimismo, reconozco que mi participación es voluntaria y que no recibiré compensación financiera de ningún tipo asociado con la toma o publicación de estas fotografías o participación en materiales de publicidad de la empresa u otras publicaciones de la Empresa. Reconozco y acepto que la publicación de dichas fotos no confiere derechos de propiedad o regalías de ningún tipo.

Por la presente libero a ABC Pediatric Clinic, a sus contratistas, a sus empleados y a los terceros involucrados en la creación o publicación de materiales de publicidad, de toda responsabilidad por cualquier reclamo de mi parte o de un tercero en relación a mi participación.

(Marque esta casilla si acepta el Permiso General para Fotografías definido anteriormente)

He leído y comprendo completamente esta política de la oficina en su totalidad en Español

Nombre de Niño/a:

Fecha de Nacimiento

Nombre del Padre/Tutor Legal

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha