

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTROS SERVICIOS? por Internet Evento escolar o de la salud Recomendación de otra persona Soy un empleado de CHST/CMC Otro medio

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre) _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____ Masculino () Femenino () NSS # ____ - ____ - ____

Dirección _____ #Apt. _____

Ciudad _____ Estado _____ CP _____ Número de teléfono del paciente _____

El paciente vive con MADRE PADRE TUTOR LEGAL OTRO _____

Correo electrónico: _____ Farmacia Preferida: _____ Lugar: _____

Raza (por favor escoja el grupo apropiado): indioamericana/nativa de Alaska asiática nativa de las islas del Pacífico blanca negra otra

Grupo Étnico (por favor escoja el grupo étnico apropiado): latino/hispano otro

INFORMACIÓN DEL PADRE/ TUTOR LEGAL

Nombre de la Madre/Tutor legal: _____ Nombre del Padre/Tutor: _____

Seguro Social de la Madre/Tutor legal _____ Seguro Social de la Padre/ Tutor legal _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____ Fecha de nacimiento (mes/ día/año): _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Número principal de teléfono: _____ Número principal de teléfono: _____

Lugar de empleo: _____ Lugar de empleo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA ¿A quién deberíamos llamar en caso de emergencia?

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Autorizo a Children's Health Pediatric Group que divulgue información de la salud y de facturación a este contacto Sí NO

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

¿Tiene cobertura de seguro médico el paciente? Sí NO

Nombre de la persona responsable de pagar los gastos médicos _____ Relación al paciente Madre Padre Otra _____

Dirección: Mismo como niño Otra _____

Número principal de teléfono (si es diferente al anterior) _____ Número de celular) _____

SEGURO PRINCIPAL

Titular de la póliza Niño Madre Padre Otro _____ Nombre del seguro _____

Número de seguro social del titular de la póliza ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza ____/____/____

SEGURO SECUNDARIO

Titular de la póliza Niño Madre Padre Otro _____ Nombre del seguro _____

Número de seguro social del titular de la póliza ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza ____/____/____

Certifico que la información contenida en esta forma es cierta y correcto. Además comprendo que soy mi responsabilidad y obligación informar a Children's Health Pediatric Group sobre cualquier cambio que suceda en el futuro.

Nombre y apellido en letra de molde del padre o tutor legal

Firma

Fecha

Children's Health Pediatric Group

Consentimiento general para tratamiento y reconocimientos (Página 1 de 2)

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento de atención médica y tratamiento

Entiendo que el paciente, que puede definirse como el suscrito, su hijo o un niño bajo su responsabilidad legal, necesita atención médica y tratamiento. Doy mi consentimiento para que el paciente reciba dicho tratamiento en Children's Health Pediatric Group. El tratamiento proporcionado por los profesionales médicos, personal de enfermería y auxiliares de enfermería en Children's Health Pediatric Group puede consistir en evaluación y control, vacunaciones, análisis de laboratorio y otros exámenes médicos de rutina, así como cuidados y procedimientos de enfermería y auxiliares de enfermería. Entiendo que se pueden tomar fotografías o video del paciente relacionados al tratamiento y para fines operativos, de mejoramiento de la calidad y de enseñanza. Entiendo que Children's Health Pediatric Group está afiliado a una institución de enseñanza y acepto que médicos residentes, subespecialistas en capacitación y estudiantes observen y participen en la atención y tratamiento del paciente con la supervisión adecuada.

Sin garantías: Admito que no se extienden garantías con respecto al tratamiento o los servicios a ser prestados por Children's Health Pediatric Group. Entiendo que todos los materiales, dispositivos médicos y demás bienes que Children's Health Pediatric Group proporciona al paciente los proporciona TAL CUAL (AS IS) y Children's Health Pediatric Group deniega cualquier garantía expresa o implícita.

Derechos del paciente: He recibido información sobre los derechos y responsabilidades del paciente. Allí se explica cómo presentar cualquier queja o reclamo que tenga en relación con la atención médica del paciente en Children's Health Pediatric Group.

Detección de enfermedades contagiosas: Acepto que si algún empleado o profesional de salud de Children's Health Pediatric Group queda expuesto a la sangre u otro líquido corporal del paciente, de acuerdo con las leyes de Texas, Children's Health Pediatric Group podrá realizarle análisis al paciente para detectar enfermedades contagiosas, por ejemplo, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la hepatitis. Entiendo que los resultados de estos análisis se mantendrán confidenciales.

Eliminación de muestras: Reconozco que Children's Health Pediatric Group podrá, a su entera discreción, extirpar, conservar o eliminar tejidos o partes del cuerpo que se hayan extraído del paciente.

Mensajes de texto: Entiendo que Children's Health Pediatric Group puede enviar avisos a mi teléfono celular. Estos mensajes provienen de un número que no admite respuesta y se envían solo con fines informativos. No tienen la finalidad de establecer una comunicación recíproca. Reconozco que se cobrarán las tarifas y cargos normales por mensajes de texto y que estos mensajes emplean una red telefónica pública, por lo que no se garantiza su seguridad total. Además, cualquier persona que tenga acceso a mi teléfono podrá ver esos mensajes, a menos que yo tome las medidas para proteger mi teléfono con una clave o código numérico personal.

Información médica protegida

Aviso de prácticas de privacidad: Recibí el *Aviso de Prácticas de Privacidad* de Children's Health Pediatric Group. Puedo dirigir cualquier pregunta o inquietud al ejecutivo de privacidad de Children's Health Pediatric Group.

Uso y divulgación de información: Entiendo que el expediente médico del paciente es confidencial y no se puede divulgar sin mi autorización por escrito, excepto en los casos que la ley lo autorice. Las divulgaciones autorizadas están contempladas en el *Aviso de Prácticas de Privacidad* que he recibido. Entiendo que la información médica del paciente comprende la información pasada, presente y futura, y puede incluir pruebas o consejería genéticas, información sobre enfermedades contagiosas, entre ellas del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), registros relacionados con el tratamiento de salud mental o atención psiquiátrica y del diagnóstico o tratamiento por abuso del alcohol o de otras sustancias (en lo sucesivo, Información Médica). Autorizo la divulgación de esa Información Médica como parte del expediente médico del paciente. Entiendo que Children's Health Pediatric Group debe conservar el expediente médico del paciente por el periodo de tiempo que exige la ley y después puede desecharlo como lo permita o lo exija la ley.

Consentimiento para la compartición e intercambio de información médica electrónicamente: Autorizo a Children's Health Pediatric Group a utilizar la información médica del paciente para el tratamiento y otros servicios relacionados. A menos que yo ponga objeción en el presente, autorizo a Children's Health Pediatric Group a que divulgue y envíe la Información Médica del paciente a proveedores de atención de la salud que no sean Children's Health Pediatric Group por vía electrónica o a través de un Intercambio de Información de la Salud (Health Information Exchange), que es una organización que presta servicios para hacer posible la compartición electrónica de información relativa a la salud. La Información Médica divulgada conforme a esta autorización puede utilizarse con fines de tratamiento, pago y operativos. La Información Médica divulgada puede convertirse en parte del expediente médico del paciente con el proveedor de atención que no sea Children's Health Pediatric Group, y puede estar sujeta a divulgación subsiguiente por el receptor y ya no quedar protegida por las leyes de privacidad estatales o federales. Entiendo que si el paciente es también paciente en Children's, la Información Médica del expediente de Children's puede también divulgarse al firmar yo esta autorización.

Entiendo que si cambio de parecer puedo retirar esta autorización en cualquier momento, pero Children's Health Pediatric Group no puede recuperar la información que ya haya sido compartida electrónicamente. Este consentimiento sigue siendo válido a menos que yo lo haya retirado.

No quiero que la Información Médica del paciente se comparta electrónicamente con otros proveedores de atención médica que no sean Children's Health Pediatric Group. Entiendo, no obstante, que si la compartición electrónica la exige la ley, Children's Health Pediatric Group debe proceder en cumplimiento de la ley.

No quiero que la Información Médica del paciente se comparta con ningún Intercambio de Información de la Salud. Entiendo, no obstante, que si la compartición electrónica con un Intercambio de Información de la Salud la exige la ley, Children's Health Pediatric Group debe proceder en cumplimiento de la ley. Además, entiendo que cierta Información Médica puede compartirse con un Intercambio de Información de la Salud de tal forma que no identifique al paciente.

Children's Health Pediatric Group
Consentimiento general para tratamiento y reconocimientos (Página 2 de 2)

Responsabilidad financiera

Acepto pagar la totalidad de los cargos facturados en relación con los bienes y servicios proporcionados al paciente, independientemente de cualquier pago de beneficios o seguro correspondiente, y entiendo que todos los montos deben pagarse a Children's Health Pediatric Group al momento que los solicite. Salvo en la medida en que lo prohíba la ley, acepto pagar todos los cargos no cubiertos y los cargos cubiertos que no hayan sido abonados en su totalidad por el plan de beneficios o seguro correspondiente, lo que incluye cargos pagaderos como coaseguro, deducibles y beneficios que no estén cubiertos a causa de exclusiones, limitaciones de la póliza o el plan, o el incumplimiento de los requisitos del plan o del seguro.

Asimismo, acepto y entiendo que si la cuenta del paciente cae en mora y se deriva a un abogado o agencia de cobranzas, o se inician acciones legales, seré responsable de pagar todos los cargos, honorarios razonables de abogados, costos y gastos de cobranzas. Doy mi consentimiento para que las agencias de crédito realicen indagaciones y para recibir llamadas por marcado automático con mensajes pregrabados y generados por computadora en mi teléfono celular y en cualquier número telefónico proporcionado durante el proceso de registro del paciente con Children's Health Pediatric Group los proveedores y sus empresas afiliadas y representantes, los cuales incluyen, entre otros, compañías de gestión de cuentas, contratistas independientes y agentes de cobranzas.

Si lo solicito, puedo recibir un cálculo aproximado de los cargos previstos. Entiendo que dicho presupuesto podrá variar significativamente en comparación con los cargos finales debido a una variedad de factores, como el curso del tratamiento, la intensidad del cuidado, las prácticas del proveedor y la necesidad de suministrar bienes y servicios adicionales.

Solo para pacientes de Medicaid: Entiendo que es posible que los bienes y servicios que el suscrito o el paciente soliciten para el paciente no estén cubiertos por Medicaid como razonables o médicamente necesarios para la atención del paciente. Comprendo que Medicaid o su agente de seguros determina la necesidad médica de los bienes y servicios que se solicitan para el paciente. Si Medicaid determina que ciertos bienes y servicios no son médicamente necesarios para la atención del paciente y aun así los solicito, a pesar de la denegación de Medicaid, entiendo que seré el único responsable del pago de dichos bienes y servicios. Si la atención del paciente es gestionada por Medicaid, es posible que estas disposiciones no se apliquen. Certifico que la información proporcionada por el paciente o en su nombre para solicitar el pago a través de Medicaid es correcta. Autorizo la divulgación de información médica o de otra índole sobre el paciente a la Administración del Seguro Social, los intermediarios o aseguradoras, según sea necesario, para los reclamos relacionados con Medicaid.

Aviso a los pacientes: información sobre terceros pagadores (miembro del plan de la salud)

Reconozco que de acuerdo con la información que proporciono en este momento sobre el seguro u otra cobertura por terceros del paciente,

Children's Health Pediatric Group ES/ NO ES proveedor participante en la cobertura de terceros pagadores, seguro o plan de beneficios.

Cesión de beneficios

Asigno y cedo de manera irrevocable directamente a Children's Health Pediatric Group y cualquier empresa que proporcione servicios a los pacientes de Children's Health Pediatric Group (proveedores) todos los beneficios, intereses y derechos, incluso los derechos de demandas, reclamos por incumplimiento de ERISA (Employee Retirement Income Security Act) u otros reclamos legales o administrativos y el derecho a exigir el pago, de acuerdo con cualquier póliza de seguros, planes de beneficios, planes de indemnización, planes de salud prepagados, pólizas de responsabilidad de terceros o los beneficios proporcionados por otro pagador en nombre del paciente por bienes y servicios proporcionados al paciente por parte de Children's Health Pediatric Group y los proveedores. También autorizo el pago directo a Children's Health Pediatric Group y a los proveedores por los bienes y servicios que estos proporcionen al paciente.

Autorizo al abogado, al asegurador o al administrador del plan del paciente a que permita el acceso a Children's Health Pediatric Group y a los proveedores a todos los documentos del plan, descripción resumida de los beneficios, póliza de seguros o información del acuerdo, siempre que Children's Health Pediatric Group o los proveedores lo soliciten por escrito para reclamar beneficios de salud.

Por medio de esta asignación, cedo a Children's Health Pediatric Group y a los proveedores todos mis derechos a reclamar (o embargar) beneficios relacionados con los bienes y servicios ofrecidos por Children's Health Pediatric Group y los proveedores al paciente, incluso los derechos con respecto a cualquier acuerdo, seguro o indemnizaciones legales o administrativas, incluso de daños y perjuicios originados por los reclamos por incumplimiento de ERISA y el derecho a apelar o continuar reclamos denegados o demorados. Children's Health Pediatric Group y los proveedores tendrán derecho a (1) obtener toda la información con respecto al reclamo; (2) presentar evidencias; (3) realizar declaraciones sobre hechos o la ley; (4) realizar solicitudes, incluso entregar o recibir avisos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial y presentar reclamos, derechos de demandas o derechos contra partes responsables, compañías de seguros, planes de beneficios o administradores de planes. Children's Health Pediatric Group y los proveedores podrán presentar demandas contra cualquier plan de beneficios, administrador de plan o compañía de seguros en mi nombre y en relación de dependencia conmigo.

Reconozco que he leído y entiendo la información contenida en las secciones de consentimiento de atención médica y tratamiento, información médica protegida, responsabilidad financiera, aviso a pacientes - información sobre terceros pagadores (miembro del plan de la salud) y cesión de beneficios.

Firma del paciente o del representante legalmente autorizado

Fecha

Hora

Nombre en letra de molde del paciente o del representante legalmente autorizado

Fecha

Hora

Parentesco con el paciente

Testigo

Fecha

Hora

Release of Information Policy

Children's HealthSM Pediatric Group has a legal and ethical responsibility to preserve the confidentiality of patient information that we retain in our medical records. To comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, we are required to have patients sign a written release of information form before providing our patient records to other individuals or agencies.

- Authorization to release medical records is valid for 180 days and requires a specific Medical Authorization (see following page).
- Requests made are processed in order of receipt. If the situation warrants, priority will preempt order of receipt.
- We do not provide copies of records to persons on a walk-in basis. *Children's Health Pediatric Group requires a formal request for medical records be made in advance and there may be a turn-around time of 48 hours or more, depending on size of the medical record.*
- Children's Health Pediatric Group reserves the right to charge a minimum of \$25 for the duplication of medical records and completion of camp and school forms.
- In order to reduce the potential liability associated with the faxing of medical records and the risk of violating patient confidentiality, Children's Health Pediatric Group is only able to fax patient records to other healthcare facilities and providers.

It is illegal to deny a patient their records or refuse the transfer of their records because their account has not been paid.

Normas generales de Liberacion de Informacion

Children's Health Pediatric Group tiene la obligación legal y ética de conservar la confidencialidad de la información del paciente contenida en nuestros registros médicos. Para dar cumplimiento al Acto de Práctica Médica en Texas de 1981, es requerido que nuestros pacientes firmen una solicitud de liberación de información antes de poder entregar esos registros a otro individuo o agencia.

- La autorización para distribuir registros médicos es valida durante un año y requiere una solicitud específica y una Liberación Médica.
- Las solicitudes son tramitadas en orden de recepción. Sin embargo, si la situación lo amerita, prioridad anticipara orden de recepción.
- No proporcionamos copias de registros a personas que se presentan directamente. Aviso avanzado es necesario y puede tardar hasta 48 horas o mas dependiendo del volumen.
- Children's Health Pediatric Group se reserva el derecho de cobrar a la parte responsable el costo (\$25.00) de la copia de registros médicos así como el llenado de formularios para campamentos o escuelas.
- Con el propósito de reducir el posible riesgo relacionado con el envío de dichos registros por fax y para proteger la confidencialidad del paciente, Children's Health Pediatric Group sólo enviara registros de pacientes a otras instalaciones médicas y proveedores.

Es ilegal negarse a entregar o transferir los registros de un paciente debido a adeudos. Sin embargo, antes de enviar los registros, un médico de Children's Health Pediatric Group debe estudiar los registros y/o ser informado de la solicitud.

Please sign to acknowledge you have read and understand this Children's HealthSM Pediatric Group

Release of Information Policy

Por favor firme para decir que usted ha leído y entiende la Poliza de Liberacion de Informacion Children's Health Pediatric Group

Parent or Legal Guardian Signature

Firma del padre o tutor legal: _____

Patient Name:

Nombre del paciente: _____

Date:

Fecha: _____