

INFORMACIÓN DEL PADRE, DE LA MADRE Y/O DEL TUTOR

<p>Nombre de la madre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>N.º DPTO./UNIDAD: _____</p> <p>Ciudad/Estado/Cód. postal: _____</p> <p>N.º de teléfono particular: () _____</p> <p>N.º de teléfono celular: () _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>NSS: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p> <p>Empleador: _____</p> <p>Número del médico empleador: _____</p> <p>Familiar más cercano/Teléfono/Vínculo: _____</p>	<p>Nombre del padre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>N.º DPTO./UNIDAD: _____</p> <p>Ciudad/Estado/Cód. postal: _____</p> <p>N.º de teléfono particular: () _____</p> <p>N.º de teléfono celular: () _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>NSS: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p> <p>Empleador: _____</p> <p>Número del médico empleador: _____</p> <p>Familiar más cercano/Teléfono/Vínculo: _____</p>
---	---

Farmacia: _____ N.º de teléfono y/o ubicación: _____

INFORMACIÓN SOBRE LOS HIJOS (NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA)

- 1) Nombre: _____ FDN: _____ Hombre Mujer NSS: _____
- 2) Nombre: _____ FDN: _____ Hombre Mujer NSS: _____
- 3) Nombre: _____ FDN: _____ Hombre Mujer NSS: _____

Idioma principal: _____

Raza (marcar una opción con un círculo): Negro/Afroamericano Asiático Blanco Hispano Indoamericano/Nativo de Alaska
 Nativo de Hawái/Islas del Pacífico Otro No responde

Etnia (marcar una opción con un círculo): Hispano/Latino No hispano/No latino No responde

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO (COMPLETAR SI EL TITULAR DE LA PÓLIZA NO ES EL PACIENTE EN NINGUNA PÓLIZA)

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Vínculo del paciente con el titular de la póliza: Usted mismo Cónyuge Hijo Otro: _____

Número de Seguro Social del titular de la póliza: _____ Sexo: Hombre Mujer

Dirección del titular de la póliza (de ser diferente de la del paciente): _____

Ciudad/Estado/Cód. postal: _____ N.º de Teléfono: () _____

Por el presente documento reconozco y/o acepto lo siguiente:

- 1) Por el presente documento, autorizo a este proveedor a que me atienda a mí, o a mi hijo, y doy fe de que la información personal y financiera proporcionada anteriormente es verdadera y de que no se ha falsificado ninguna información.
- 2) Por el presente documento autorizo a NCHMD, INC a que se contacte conmigo a través de mi dirección de correo electrónico si la proporciono en este formulario.
- 3) Un padre o tutor responsable del pago de la factura acompañará al niño al momento de recibir el servicio, a menos que se haya firmado un formulario de permiso por separado. NCHMD, INC no puede estar obligado por ningún contrato de divorcio o de otro vínculo familiar.
- 4) Por el presente documento autorizo que los beneficios del seguro, incluidos los beneficios de Medicare, se paguen directamente al médico que provee los servicios y reconozco que es mi responsabilidad pagar todos los servicios sin cobertura. También autorizo a todos los encargados de conservar mi información médica a divulgar a los Centros para Medicare y Medicaid (CMS) y a sus agentes, y a otras agencias de responsabilidad civil o compañías de seguro externas, toda información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.
- 5) Autorizo a NCHMD, INC a aplicar cualquier fondo recibido conforme a esta cesión que supere el monto necesario para pagar mis cargos de cualquier factura adeudada a NCHMD, INC, que me corresponda a mí o a un familiar directo.
- 6) He revisado y comprendo toda la información que se encuentra al reverso de este documento, incluida la Declaración de la Notificación de Prácticas de Privacidad de HIPAA, tal como lo indican mi firma y la fecha a continuación.
- 7) Que los patólogos y radiólogos que pueden proporcionarme servicios NO son agentes ni empleados del Grupo de médicos de NCH sino profesionales independientes; que el Grupo de médicos de NCH delega a los patólogos y radiólogos la obligación de prestarme servicios profesionales, lo que libera al Grupo de médicos de NCH de cualquier obligación contractual de suministrar dichos servicios; que el Grupo de médicos de NCH no se hace responsable legal ni indirectamente de la conducta ni las acciones de los patólogos o radiólogos que me puedan prestar servicios.
- 8) Que por el presente documento, el que suscribe exime al Grupo de médicos de NCH, a sus agentes, empleados, funcionarios y directores de responsabilidad por todos los actos de los mencionados médicos, ya sea por negligencia o por otro motivo.

Firma del garante _____ Fecha _____

**BIENVENIDO AL GRUPO DE MÉDICOS DE NCH.
GRACIAS POR ELEGIRNOS COMO SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA.**

Creemos que es importante que nuestros pacientes comprendan perfectamente nuestra Política Financiera y reconozcan haber leído nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad. Revise la siguiente Política Financiera y lea detenidamente el documento de la Notificación de Prácticas de Privacidad por separado. A fin de evitar malentendidos con respecto a cualquiera de las políticas, es necesario que lea ambas y las firme en la primera página de este documento, antes de prestar los servicios de tratamiento. Haga todas las preguntas que pueda tener sobre cualquier documento y llévese una copia de ambas políticas para referencia futura, de ser necesario.

NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA

Esta política cubre visitas a consultorio, pruebas de laboratorio o radiología y servicios terapéuticos realizados en las instalaciones de NCHMD, INC (que opera como el Grupo de médicos de NCH). Al firmar la primera página de este documento, acepto los términos de esta Política Financiera.

Pacientes de Medicare: Somos médicos que trabajamos con Medicare. Esto significa que usted será responsable del 20 % de la tarifa aprobada de Medicare por los servicios cubiertos, del deducible actual por año y del pago total de los servicios sin cobertura. Los servicios sin cobertura incluyen, pero no se limitan a, la mayoría de los exámenes físicos anuales y la mayoría de las pruebas de laboratorio y diagnóstico con fines de detección.

Los pagos se realizan al momento de recibir el servicio: Los pagos se realizan por completo al momento de realizar los servicios a menos que tenga cobertura de Medicare o de otra compañía de seguro con la que trabajemos (consulte el apartado sobre seguro a continuación). Se le cobrará una tarifa de servicio de \$35 por cheques devueltos, sin excepciones.

Seguro: A los pacientes se les solicitará que exhiban su tarjeta de seguro al recepcionista para que copien los datos al momento de registrarse en el consultorio cada vez que tengan que realizar una consulta para recibir servicios médicos. Comprométase a traer su tarjeta de seguro cada vez que visite nuestro consultorio. Las reclamaciones que su compañía de seguro no pague en un plazo de 45 días pasarán a ser su responsabilidad. Recibirá un resumen por estos servicios y deberá contactarse con su compañía de seguro para recibir reembolsos.

En el caso de pacientes que posean cobertura de planes de seguro de los que SEAMOS proveedores participantes, todos los copagos, deducibles y servicios no cubiertos se deberán pagar al momento de recibir los servicios. Presentaremos una reclamación a la compañía de seguro en su nombre. Dado el caso de que esté cubierto por (o de que su cobertura cambie por) un plan del que NO SEAMOS proveedores participantes, es posible que le exijamos un pago total al momento de recibir los servicios. Los cargos que no pague su compañía de seguro son su responsabilidad. Su póliza de seguro es un contrato entre **USTED** y su compañía de seguro. **Usted es responsable de todas las certificaciones previas de procedimientos o pruebas. Infórmenos con antelación si su compañía de seguro lo requiere.**

Recargo por citas incumplidas: Los pacientes pueden estar sujetos a un recargo por citas incumplidas *si no se cancelan*, como mínimo, 24 horas antes de la hora de la cita. Consulte a su proveedor con respecto a su política. Más de tres citas incumplidas sin la debida notificación puede derivar en el cese de la práctica médica.

Muestras de laboratorio: Las muestras de laboratorio se pueden enviar a NCH Lab, LabCorp o Quest, y usted puede recibir resúmenes adicionales de uno de estos laboratorios. Estos cargos se basan en el tipo de muestra(s), en estudios adicionales necesarios para completar la prueba y en el tipo de cobertura de seguro que pueda tener. Al firmar la página uno, usted reconoce que comprendió lo anteriormente mencionado.

RECONOCIMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se me ha dado la oportunidad de revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad del Grupo de médicos de NCH (un documento aparte) antes de firmar este reconocimiento. El Grupo de médicos de NCH se reserva el derecho de modificar su Notificación de Prácticas de Privacidad en cualquier momento.

Al firmar en la primera página de este documento, reconozco, por medio del presente documento, que he sido notificado de lo siguiente:

- El Grupo de médicos de NCH utiliza un sistema de registros médicos electrónicos y esto permite el acceso a su historial de recetas, a la cobertura de beneficios para medicamentos y permite, además, que las recetas nuevas se puedan enviar electrónicamente a la farmacia de su elección.
- El Grupo de médicos de NCH participa en un Intercambio de Información de Salud (*Health Information Exchange*, HIE), que es una organización que permite a los proveedores de atención médica de diferentes lugares acceder a información sobre su persona, de manera que cada proveedor tenga un panorama completo de su salud. Los HIE también pueden evitarle la necesidad de que se someta a pruebas dos veces, porque los proveedores de atención médica tendrán acceso a los resultados de pruebas que se realicen en cualquier otro lugar. La información que se puede proporcionar a un HIE incluye tanto información médica como demográfica sobre su persona. Los proveedores de atención médica que participen en el HIE podrán acceder a su información médica a menos que usted "no lo desee"; para ello, notifique hoy mismo a la persona encargada de las inscripciones o infórmenos por correo electrónico a: optouthie@nchmd.org; o bien, llame al (239) 624-2236.
- El Grupo de médicos de NCH puede utilizar y divulgar mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones relacionadas con tratamientos, pagos y atención médica. La Notificación de Prácticas de Privacidad del Grupo de médicos de NCH proporciona una descripción completa de tales usos y divulgaciones. Los usos y divulgaciones que no figuren en la Notificación de Prácticas de Privacidad requerirán mi autorización previa por escrito. El Grupo de médicos de NCH está autorizado a utilizar mi información personal para garantizar el pago de servicios prestados y cumplirá con toda medida razonable para seguir las normas de la Comisión Federal de Comercio (*Federal Trade Commission*, FTC) relacionadas con el robo de identidad. Comprendo que puedo exigir que no se divulgue información médica a un plan de salud si pago por esos servicios de mi bolsillo. Puedo efectuar restricciones en cuanto al uso y a la divulgación de mi información médica protegida o revocar una solicitud de restricción previa en cualquier momento, excepto en la medida en que la institución médica ya haya hecho divulgaciones en función de mi autorización previa. Ambas solicitudes de restricción y revocaciones deben realizarse por escrito. Al firmar la primera página de este documento reconozco que he recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad del Grupo de médicos de NCH y que comprendo mis derechos de modificar la manera en que se utiliza y divulga mi información médica. Si el Grupo de médicos de NCH determina que mis restricciones le imposibilitan llevar a cabo operaciones relacionadas con mis tratamientos, pagos y atención médica, pueden rechazar aceptarme como paciente.