Children's Cardiology Clinic

Información de Paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:		Nombre:			
Cumpleaños:		Sexo:		Teléfono:	
Dirección Postal:				Apt/Unit #:	
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Correo Electrónico (para acceder al portal):					
¿Cómo te enteraste de nosotros?					

INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES (Si el paciente es menor de 18 años)

Nombre de la Madre:			☐ Contacto principal
Correo Electrónico:		Teléfono:	
Nombre del Padre:			☐ Contacto principal
Correo Electrónico:		Teléfono:	

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre Completo:			
Teléfono:		Relación:	

SEGURO PRIMARIO

Nombre del Seguro:				Teléfono:	
Nombre del Asegurado:				Cumpleaños:	
Relación con la Paciente:		ID# / Policy #:		Grupo:	

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del Seguro:				Teléfono:	
Nombre del Asegurado:				Cumpleaños:	
Relación con la Paciente:		ID# / Policy #:		Grupo:	

INFORMACIÓN PARA MEDICO PRIMARIO

Nombre del Medico:				Teléfono:	
Dirección Postal de Medico:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	

INFORMACIÓN PARA FARMACIA

Nombre de la Farmacia:				Teléfono:	
Dirección Postal de la Farmacia:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	

CHILDREN'S CARDIOLOGY CLINIC

una división de Florida Pediatric Associates

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Entiendo que, como parte de mi atención médica, el consultorio crea y mantiene registros en papel y/o electrónicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para tratamientos futuros. Entiendo que esta información sirve como:

- Bases para planificar mi atención y tratamiento
- Medios de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi atención, como derivaciones.
- Fuente de información para aplicar mi información de diagnóstico y tratamiento a mi factura
- Medios por los cuales un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron realmente prestados
- Herramienta para operaciones sanitarias de rutina, como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia del personal.

Reconozco que se me ha proporcionado un "*Aviso de prácticas de privacidad del paciente"* que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información y de mis derechos de privacidad. Entiendo que tengo derecho a:

- Revise el "*Aviso*' antes de reconocer este consentimiento
- Restringir o revocar el uso o divulgación de mi información de salud para otros usos o propósitos
- Solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.

Entiendo que, como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede ser necesario divulgar información médica a otra entidad, p. derivaciones a otros proveedores de atención médica. Entiendo que mi información puede ser utilizada o divulgada, sin autorización, según lo permita o exija la ley.

Por la presente permito y autorizo a la práctica a discutir mi información de salud protegida (PHI) o la del paciente con las personas que se enumeran a continuación, incluidas las que pueden acompañarme a mí o al paciente a esta oficina para una evaluación o tratamiento médico. Las personas autorizadas deben presentar una identificación positiva en persona o indicar mi contraseña si me comunico por teléfono. Entiendo que puedo comunicarme con esta oficina para editar o rescindir esta autorización en cualquier momento.

(OPCIONAL) Código de acceso para ser utilizado por personas autorizadas: _____

Nombre:_____Relación:_____ Teléfono:_____

Nombre:_____Relación:_____ Teléfono:_____

Nombre:_____Relación:_____ Teléfono:_____

<u>Al firmar a continuación, certifico que he leído y entiendo este documento, que tengo el derecho y la autoridad legal para ejecutar este documento y que acepto sus términos como Paciente o padre o tutor legal del Paciente. Si firmo en formato electrónico, entiendo que mi marca electrónica recibirá la misma autoridad legal que si firmara este documento en papel.</u>

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

<u>Indique si el paciente es menor de edad o no puede firmar</u>:
☐- El paciente es menor de edad. ☐- El paciente no puede firmar porque: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____ **Fecha**: _____

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado: _____

Autoridad del representante para firmar en nombre del paciente: ☐ - Padre ☐ - Tutor Legal ☐ - Orden judicial ☐ - Otro: _____

CHILDREN'S CARDIOLOGY CLINIC

una división de Florida Pediatric Associates

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

REVISE DETENIDAMENTE Y SOLICITE AL PERSONAL QUE LE EXPLIQUE LOS TÉRMINOS QUE LE RESULTEN DESCONOCIDOS O CONFUSOS.

Consentimiento general para tratamiento. Doy mi consentimiento para la atención médica y el tratamiento para el paciente nombrado a continuación (el "Paciente") por parte de esta división de Florida Pediatric Associates, LLC y sus profesionales contratados o empleados (denominados colectivamente la "Práctica"), para incluir, entre otros, exámenes médicos y físicos de rutina, órdenes y procedimientos de laboratorio, pruebas de diagnóstico, administración y prescripción de medicamentos, vacunas (cuando las indique y proporcione esta oficina) y otros servicios médicos y/o de diagnóstico que se consideren necesarios o aconsejables a juicio del médico u otros profesionales que brindan atención al paciente en el consultorio. Entiendo que ciertos aspectos de la atención pueden ofrecerse en un centro propiedad del consultorio o del médico tratante y, de ser así, esta información se divulgará y se identificarán centros alternativos. Entiendo y acepto que los estudiantes profesionales de atención médica que no sean empleados de la práctica pueden participar en la atención del paciente bajo la supervisión de un médico tratante u otro profesional de atención médica. Soy consciente de que la práctica de la medicina (incluidas la cirugía y las pruebas de diagnóstico) no es una ciencia exacta y reconozco que ningún proveedor ni personal del consultorio de la práctica ha brindado garantía alguna sobre los resultados que se pueden obtener. Entiendo que la práctica puede negarse a brindar atención si me niego a firmar este consentimiento o si, en cualquier momento, decido revocar este Consentimiento general para el tratamiento.

Consentimiento para recetas electrónicas (E-Prescribing). Autorizo voluntariamente la E-Prescribing para recetas, que permite a los proveedores de atención médica transmitir recetas electrónicamente a la farmacia de mi elección y revisar la información de beneficios farmacéuticos y el historial de dispensación de medicamentos mientras exista una relación médico/paciente.

Fotografía y grabación. Doy mi consentimiento para que se tome una fotografía del paciente que solo se utilizará con fines de identificación. Dependiendo de las necesidades de tratamiento del Paciente, el uso de fotografías clínicas también puede ser necesario en relación con el diagnóstico y tratamiento continuo de ciertas afecciones, y doy mi consentimiento para que se tomen imágenes del Paciente durante el curso del tratamiento del Paciente con fines de tratamiento cuando esté indicado. . Las fotografías se utilizarán con fines de tratamiento e identificación y se mantendrán en los registros médicos del paciente y estarán sujetas a los requisitos de confidencialidad de HIPAA. Reconozco que está prohibido grabar al personal, los pacientes y los proveedores de la práctica. Para la privacidad de todos los pacientes y proveedores, acepto no realizar grabaciones de audio o visuales (incluso mediante el uso de un teléfono inteligente) en el consultorio sin el consentimiento previo del consultorio.

Consentimiento para la divulgación de información de salud. Entiendo que la práctica, sus socios comerciales, otros proveedores tratantes y/o mi compañía de seguros pueden obtener, usar y/o divulgar la información de salud del paciente para fines de tratamiento y pago ("fines autorizados"). Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de la información del Paciente para estos Propósitos Autorizados y como se describe con más detalle en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica. Este consentimiento para el uso y divulgación de la información de salud del Paciente incluye específicamente todos los registros médicos, registros de facturación, planes completos de tratamiento, resúmenes de progreso, notas de tratamiento y cualquier otra información contenida en el registro designado del Paciente establecido en la práctica, incluido, entre otros, información y diagnóstico de salud mental, información de salud reproductiva, VIH/SIDA y/u otras pruebas e información de diagnóstico de ETS, información sobre uso o abuso de sustancias, información genética y cualquier otro documento relacionado o información registrada en la práctica. Autorizo a la Clínica a solicitar y divulgar dicha información a proveedores de tratamiento externos y a cualquier tercero pagador responsable del pago de los servicios brindados al Paciente. Si la práctica participa en una

investigación, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de la información de salud del paciente para revisiones preparatorias para la investigación y para fines de investigación cuando una junta de revisión institucional haya aprobado la investigación y la investigación cumpla con los requisitos según la ley aplicable.

_____ **Al marcar esta casilla, reconozco que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la práctica**.

Consentimiento de comunicaciones. Garantizar una comunicación oportuna con la práctica es fundamental para la calidad de la atención al paciente. Entiendo y acepto que es posible que la práctica necesite comunicarse conmigo con respecto a citas, atención preventiva, resultados de pruebas, recomendaciones de tratamiento, mi factura, saldos pendientes, otros asuntos relacionados con el tratamiento o el pago, o para solicitar comentarios sobre los servicios recibidos u ofrecerme una oportunidad. para completar una encuesta. Doy mi consentimiento para que me contacten sobre dichos asuntos y entiendo que estas comunicaciones pueden realizarse mediante llamadas automáticas, correos electrónicos y/o mensajes de texto enviados a mi teléfono fijo y/o dispositivo móvil. Si proporciono un número de teléfono o una dirección de correo electrónico a la práctica, autorizo a la práctica y a sus socios comerciales a comunicarse conmigo mediante una llamada telefónica, un mensaje de correo electrónico o un mensaje de texto a la información de contacto proporcionada o adquirida posteriormente y a salir en vivo, pregrabado. mensajes, o mensajes de texto relacionados con los asuntos aquí descritos. Reconozco que soy responsable de cualquier cargo en el que pueda incurrir mi proveedor de telecomunicaciones y que el uso de cualquier comunicación electrónica no segura (como correo electrónico normal o mensajes de texto estándar) para comunicarme puede presentar riesgos para la seguridad de la información. Estos riesgos incluyen posible interceptación de la información por parte de partes no autorizadas, correos electrónicos mal dirigidos, cuentas compartidas, reenvío de mensajes o almacenamiento de la información en plataformas y/o dispositivos no seguros. Al proporcionar un número de teléfono móvil y/o dirección de correo electrónico a la Clínica, o al comunicarme con la Clínica utilizando estas formas de comunicación, acepto estos riesgos y confirmo que cualquier número de teléfono o dirección de correo electrónico que proporcione está asociado conmigo y no tercero. Entiendo que soy responsable de mantener mi información de contacto actualizada con la práctica. Puedo optar por no recibir mensajes de texto o comunicaciones por correo electrónico, informar inquietudes o solicitar una restricción en cualquier momento comunicándome con Privacidad de la práctica al (866)-635-8765 o icomply@floridapeditrics.com. Además, reconozco que si actualizo mi información o preferencias de comunicación con la Práctica, los sistemas electrónicos pueden tardar en actualizarse y que puedo recibir mensajes que no estén actualizados hasta que dicha actualización se haya completado en los sistemas que mantienen mi información. Si se recibe un mensaje sobre mi cuenta después de que mi cuenta esté actualizada o se realicen otras actualizaciones, entiendo que puedo ignorar el mensaje.

Pruebas de consentimiento en caso de exposición de trabajadores sanitarios. En caso de que un trabajador de la salud quede expuesto accidentalmente a la sangre o fluidos corporales del paciente, puede ser necesario que el paciente se someta a un análisis de sangre para determinar la presencia del antígeno de superficie de la hepatitis B o C y/o anticuerpos del síndrome de inmunodeficiencia humana (VIH). . Entiendo que estas pruebas se realizan extrayendo y analizando una pequeña cantidad de sangre del Paciente. Reconozco que estas pruebas pueden, en algunos casos, indicar que una persona ha estado expuesta a estos virus cuando no lo ha hecho (falso positivo) o pueden no detectar que una persona ha estado expuesta a estos virus cuando en realidad ha estado expuesta. expuesto (falso negativo). Si alguna prueba es positiva, la práctica brindará asesoramiento sobre el significado de estas pruebas en relación con la atención médica del paciente. Los resultados de estas pruebas se mantendrán de acuerdo con las leyes de privacidad aplicables y solo se divulgarán según lo autorice la ley.

Planes de tratamiento. Los profesionales de la práctica pueden recomendar planes de tratamiento que pueden incluir pruebas de diagnóstico, modalidades de terapia, medicamentos recetados y/o derivaciones a especialidades necesarias para diagnosticar y/o tratar eficazmente la afección del paciente. No seguir el plan de tratamiento recomendado puede afectar negativamente los resultados de salud y la relación médico-paciente. Acepto hablar con el proveedor del paciente si tengo alguna pregunta o inquietud sobre el plan de atención recomendado o las alternativas de tratamiento. Entiendo que el incumplimiento continuo

del plan de tratamiento del paciente puede impedir la relación médico-paciente en la medida en que el proveedor del paciente pueda determinar que la terminación de la práctica es necesaria.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entiendo este documento, que tengo el derecho y la autoridad legal para ejecutar este documento y que acepto sus términos como Paciente o padre o tutor legal del Paciente. Si firmo en formato electrónico, entiendo que mi marca electrónica recibirá la misma autoridad legal que si firmara este documento en papel.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Indique si el paciente es menor de edad o no puede firmar:

☐- El paciente es menor de edad. ☐- El paciente no puede firmar porque: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____ **Fecha**: _____

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado: _____

Autoridad del representante para firmar en nombre del paciente: ☐ - Padre ☐ - Tutor Legal ☐ - Orden judicial ☐ - Otro: _____

CHILDREN'S CARDIOLOGY CLINIC

una división de Florida Pediatric Associates

AVISO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

REVISE DETENIDAMENTE Y SOLICITE AL PERSONAL QUE LE EXPLIQUE LOS TÉRMINOS QUE LE RESULTEN DESCONOCIDOS O CONFUSOS. SE REQUIERE FIRMA.

Responsabilidad financiera. Al firmar este formulario, reconozco que soy responsable del pago de los servicios prestados al paciente mencionado anteriormente (el "Paciente") por esta división de Florida Pediatric Associates, LLC y sus proveedores (colectivamente, el "Consultorio"), y Por la presente asume y garantiza el pronto pago de todos los gastos incurridos en esta Clínica para el Paciente. En consideración de los servicios prestados al Paciente, acepto la responsabilidad financiera y acepto pagar los cargos por todos los servicios ordenados o proporcionados al Paciente por esta Práctica. Acepto pagar todos los copagos y coseguros aplicables y cualquier deducible restante que se aplique antes o en el momento del servicio. Entiendo que cualquier saldo adeudado por servicios no cubiertos, o como resultado de no tener seguro o tener un seguro insuficiente, se pagará de inmediato. Además, entiendo que si no pago puntualmente los saldos adeudados, mi cuenta asociada con el Paciente puede ser remitida a un agente de cobranza y/o abogado, y yo aceptar pagar todo costos de cobranza razonables. Entiendo que no mantener actualizada la información del seguro en la práctica o no cumplir con los requisitos aplicables de mi plan de seguro puede resultar en una reducción o denegación del pago de beneficios y seré responsable de cualquier saldo adeudado. A los pacientes que pagan por cuenta propia y a los que no tienen seguro se les proporcionará una estimación de buena fe, por escrito o electrónicamente, del costo total esperado de cualquier artículo o servicio de atención médica que recibirá el paciente cuando lo solicite o al programar dichos artículos o servicios.

Asignación de Beneficios. Por la presente asigno todos los seguros y/u otros beneficios de terceros pagadores, incluido Medicare y todos los demás terceros pagadores, a la práctica y solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizados se realice en mi nombre directamente a la práctica. Al firmar a continuación, reconozco que soy responsable de cualquier deducible, copago, coseguro y cualquier otro gasto de bolsillo requerido por mi seguro. Autorizo a la Práctica a tomar todas las acciones necesarias, incluida la presentación de acciones legales, en mi nombre para obtener pagos de mi proveedor de seguros o de cualquier otro tercero requerido para realizar pagos por los servicios proporcionados por la Práctica.

Divulgación de información médica para fines de pago. Autorizo específicamente el uso y divulgación de la información de salud del Paciente según sea necesario para fines de pago, incluida la divulgación de información de salud a cualquier tercero responsable del pago, incluidos, entre otros, mi compañía de seguros, agencias de cobranza y agencias de crédito, cuando corresponda. . Reconozco y acepto que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede incluir todos los registros médicos y la siguiente información (si la mantiene la práctica en relación con el paciente): información de salud reproductiva, información de salud psiquiátrica y mental, información sobre el tratamiento del trastorno por uso de sustancias, información genética y/o estado de VIH/SIDA. Entiendo que si no doy mi consentimiento para la divulgación de información con fines de pago, es posible que la práctica no pueda procesar reclamos de pago a través de mi compañía de seguros u otro tercero responsable del pago y se me facturará directamente por dichos servicios. Los pacientes con dispositivos implantables dan su consentimiento para que se divulguen sus números de Seguro Social al fabricante del dispositivo para cumplir con la Ley de Dispositivos Médicos Seguros. Además, autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por equipos o servicios relacionados a la organización, la Administración de Financiamiento de Atención Médica, mi compañía de seguros u otra entidad médica. Se puede enviar una copia de esta autorización a la Administración de Financiamiento de la Atención Médica, a mi compañía de seguros u otra entidad si así lo solicita.

Servicios no autorizados, no cubiertos o fuera del plan. Reconozco que algunos servicios realizados por la práctica pueden no estar cubiertos por mi compañía de seguros, Medicaid o Medicare, según corresponda ("Servicios no cubiertos"). En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo y/o la documentación adicional relacionada con los servicios prestados a los que pertenece el reclamo. Entiendo que si mi plan de salud no considera ningún servicio prestado como un "servicio cubierto" según mi plan de salud, o si mi plan de salud no ha autorizado este servicio, no pagarán el servicio prestado por la práctica. También entiendo y reconozco que en el caso de que los servicios brindados al Paciente sean servicios que están fuera del plan/red, puede haber beneficios reducidos y es posible que deba pagar cargos de bolsillo mayores que si estuvieran cubiertos por mi plan de salud. plan. Entiendo que soy responsable de la factura completa o del saldo de la factura según lo determine la práctica y/o mi plan de salud si se niega el pago de los reclamos presentados o de cualquier parte de ellos, sujeto a la ley aplicable y al acuerdo vigente entre la práctica y mi plan de salud (si corresponde). Sin embargo, si recibo atención de emergencia o que no sea de emergencia en un centro en el que mi aseguradora tiene un contrato participante o si tengo cobertura de Medicaid, la práctica no me cobrará ni intentará cobrarme más de lo permitido por ley.

Sólo para beneficiarios de Medicare. Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre al consultorio por cualquier servicio brindado al paciente por el consultorio. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre el Paciente a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. En el caso de los beneficios de la Parte B de Medicare, solicito el pago a mí mismo o a la parte que acepta la asignación.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entiendo este documento, que tengo el derecho y la autoridad legal para ejecutar este documento y que acepto sus términos como Paciente o padre o tutor legal del Paciente. Si firmo en formato electrónico, entiendo que mi marca electrónica recibirá la misma autoridad legal que si firmara este documento en papel.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Indique si el paciente es menor de edad o no puede firmar:

☐- El paciente es menor de edad. ☐- El paciente no puede firmar porque: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____ **Fecha**: _____

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado: _____

Autoridad del representante para firmar en nombre del paciente: ☐ - Padre ☐ - Tutor Legal ☐ - Orden judicial ☐ - Otro: _____

CHILDREN'S CARDIOLOGY CLINIC

una división de Florida Pediatric Associates

POLÍTICA DE PAGO

REVISE DETENIDAMENTE Y SOLICITE AL PERSONAL QUE LE EXPLIQUE LOS TÉRMINOS QUE LE RESULTEN DESCONOCIDOS O CONFUSOS. SE REQUIERE FIRMA.

Gracias por elegir esta división de Florida Pediatric Associates, LLC (denominadas colectivamente el "Consultorio" o "nosotros"), para las necesidades de atención médica del paciente. Nuestra relación funciona mejor cuando las expectativas se comprenden claramente. Debido a que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas sobre la responsabilidad del paciente y del seguro por los servicios prestados, desarrollamos esta política de pago para ayudarlo a comprender mejor sus responsabilidades financieras en relación con la atención médica que brindamos. Le pedimos que lea la política, haga cualquier pregunta que pueda tener y firme al final de este formulario. Se le proporcionará una copia si la solicita. Todos los pacientes o su tutor legal, según corresponda, deben proporcionar al consultorio una identificación válida (como una licencia de conducir) y una copia actual de su(s) tarjeta(s) de seguro principal (y secundario, si corresponde). Hacemos todo lo posible para confirmar la elegibilidad del seguro y determinar qué montos deberá antes de su visita, pero a veces ese monto cambia según el alcance de los servicios realmente brindados. Aceptamos pagos en efectivo, cheques personales, tarjetas de débito y crédito. Sin embargo, pueden aplicarse cargos adicionales si se rechaza un cheque personal por fondos insuficientes.. Nos reservamos el derecho de negar atención que no sea de urgencia si se niega a cumplir con sus obligaciones de pago.

Seguro. Esta práctica tiene contrato con la mayoría de las compañías de seguros, incluidas Medicaid y Medicare, y presentaremos reclamaciones a dichos terceros pagadores en su nombre cuando nos haya informado sobre la cobertura que tiene para los servicios prestados. Sin embargo, debe tener en cuenta que los planes de seguro pueden restringir el tipo y/o la cantidad de servicios cubiertos y/o la cantidad o tipo de proveedores elegibles. Conocer los beneficios de su seguro es su responsabilidad. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene preguntas sobre su cobertura y confirme que nuestros proveedores participan en su plan de seguro, ya sea que se requiera o no una referencia de atención primaria o una autorización de seguro, y que los servicios que necesita estarán cubiertos por su plan de salud. . Si está asegurado por un plan de salud con el que hacemos negocios, pero no tiene la información de su seguro o una tarjeta de seguro actualizada, sujeto a cualquier limitación según la ley aplicable, se requiere el pago completo por cada visita hasta que su cobertura está verificado. En caso de que la información del seguro no se proporcione hasta una fecha posterior, presentaremos un reclamo por los servicios cuando hayamos recibido su información del seguro y emitiremos un reembolso, según corresponda, por cualquier monto adeudado después de que su compañía de seguros procese el reclamo. Si no tenemos contrato con su compañía de seguros, se espera el pago de todos los servicios en el momento del servicio. Como cortesía, enviaremos reclamos a su compañía de seguros. Si no tiene cobertura de seguro, se espera el pago de todos los servicios al momento del servicio. Proporcionaremos a los pacientes que pagan por su cuenta una estimación de buena fe, por escrito o electrónicamente, del costo total esperado de cualquier artículo o servicio de atención médica que se recibirá cuando lo soliciten o al programar dichos artículos o servicios.

Facturas y Pago. Todos los copagos, deducibles y coseguros requeridos por su compañía de seguros deben pagarse en el momento del servicio sin excepción, a menos que se hagan otros arreglos por adelantado (sujeto a los requisitos de su plan de seguro). Se le proporcionará una factura y hasta un recordatorio relacionado con los saldos adeudados en su cuenta. Debe pagar con prontitud todos los montos que su compañía de seguros determine que son su responsabilidad. Si su cuenta no se paga dentro de los 90 días posteriores a la fecha del servicio, la práctica puede solicitar la asistencia de una agencia de cobranza externa o un abogado. Si no ha pagado su cuenta a tiempo y utilizamos una agencia de cobro para el cobro de los saldos adeudados en su cuenta con la práctica, usted acepta ser responsable de cualquier costo razonable de cobro, incluidas verificaciones de crédito, costos judiciales y honorarios de abogados. Si proporciona un número de teléfono o una dirección de correo electrónico, autoriza a la práctica y a su agencia de cobranza externa o abogado a comunicarse con usted sobre el estado de su factura mediante una llamada telefónica o un mensaje de texto al número o dirección proporcionados, que puede ser a través de un correo electrónico. marcador. Al firmar a continuación, reconoce que comprende que es responsable de mantener actualizada su información de contacto y acepta ser responsable de cualquier tarifa aplicada por su proveedor de comunicaciones telefónicas. Además, reconoce que los sistemas pueden tardar en actualizarse después de realizar pagos en su cuenta, y que puede recibir mensajes que no estén actualizados hasta que se actualicen los sistemas (en cuyo caso puede ignorar dichos mensajes). Si tiene alguna pregunta sobre su factura o tiene dificultades financieras, llame a nuestra oficina para hacer otros arreglos.

Servicios no cubiertos. Tenga en cuenta que algunos (y quizás todos) los servicios que recibe pueden no estar cubiertos o su plan de seguro no los considera razonables o necesarios. Debe pagar estos servicios en su totalidad al momento de la visita. Si no tiene seguro o paga por su cuenta, le proporcionaremos una estimación de buena fe de todos los artículos y servicios primarios esperados cuando programe los artículos o servicios o cuando lo solicite. Esta estimación de buena fe incluirá cualquier cargo anticipado por los artículos o servicios esperados que prestarán los coproveedores. Si se nos considera un proveedor no participante en su red de seguro pero le brindamos servicios en un centro participante, solo le cobraremos lo que está permitido por ley por los servicios cubiertos. Sin embargo, si su plan de seguro no cubre servicios o artículos en el centro y dichos servicios se consideran servicios que no son de emergencia, usted comprende que debe pagar el total de los servicios no cubiertos.

Presentación de reclamaciones. Presentaremos sus reclamos y lo ayudaremos en todo lo que podamos razonablemente para ayudarlo a pagar sus reclamos. Es posible que su compañía de seguros necesite que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que una vez que hayamos cumplido con las obligaciones de presentación de reclamos aplicables, el saldo restante de su cuenta por los montos que se consideren responsabilidad del paciente será su responsabilidad.

Cambios de cobertura. Si su seguro cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos realizar los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus máximos beneficios.

Falta de pago. Tenga en cuenta que si queda un saldo impago, podemos derivar su cuenta a una agencia de cobranza como se describe anteriormente y es posible que lo despidan de la práctica.

Citas perdidas. Ayúdenos a brindarle un mejor servicio manteniendo su cita programada regularmente y avisando con al menos 24 horas hábiles de anticipación si necesita cancelar o reprogramar su cita. Se aplicará un cargo de $50 por cita perdida si falta o cancela una cita sin previo aviso con al menos un día hábil, excepto en el caso limitado de una emergencia. Los cargos por citas perdidas son su responsabilidad y deben pagarse antes de programar su próxima cita. Esta política se aplica a todos los pacientes, a menos que lo prohíba cualquier tercero pagador aplicable. Debe tener en cuenta que la cobertura del seguro no cubre los cargos por citas perdidas. Más bien, usted será responsable de pagar de su bolsillo las tarifas de las citas perdidas. El exceso de citas perdidas también puede resultar en el alta de la práctica. Al firmar este formulario, usted acepta pagar las tarifas de las citas perdidas como se describe en esta política.

Pacientes Menores. El adulto que acompaña a un menor y/o los padres (o tutores del menor) son responsables del pago al momento del servicio. Se negará el tratamiento que no sea de emergencia para menores no acompañados a menos que se hayan hecho arreglos de pago con anticipación.

Preguntas sobre facturación
Si tiene alguna pregunta relacionada con la facturación, comuníquese con Florida Pediatric Associates, LLC al 727-456-3288.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entiendo este documento, que tengo el derecho y la autoridad legal para ejecutar este documento y que acepto sus términos como Paciente o padre o tutor legal del Paciente. Si firmo en formato electrónico, entiendo que mi marca electrónica recibirá la misma autoridad legal que si firmara este documento en papel.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Indique si el paciente es menor de edad o no puede firmar:
☐- El paciente es menor de edad. ☐- El paciente no puede firmar porque: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____ **Fecha**: _____

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado: _____

Autoridad del representante para firmar en nombre del paciente: ☐ - Padre ☐ - Tutor Legal ☐ - Orden judicial ☐ - Otro: _____

CHILDREN'S CARDIOLOGY CLINIC

una división de Florida Pediatric Associates

POLÍTICA DE CITAS PERDIDAS

Esta política se aplica a las citas perdidas y a las citas canceladas sin previo aviso, en cualquier división de Florida Pediatric Associates, LLC (esta "Práctica").

Proceso de programación y cancelación de citas

El proceso de programación de esta práctica hace todo lo posible para hacer coincidir las necesidades del paciente con la disponibilidad de citas. Una vez confirmadas las citas, la práctica enviará recordatorios antes de las próximas citas para permitirle cancelar y reprogramar la cita. Es importante para nosotros que todos los pacientes puedan ser atendidos según sea necesario para sus necesidades de tratamiento, y esto permite suficiente tiempo para programar a otros pacientes que ya esperan ser atendidos. Sin suficiente tiempo, los pacientes que esperan una cita se ven privados de la oportunidad de ser atendidos antes de lo que el cronograma permitiría.

Excepto en caso de emergencias repentinas, Esta práctica requiere que usted proporcione un aviso previo adecuado cuando necesite cancelar su cita. Requerimos que los pacientes avisen con al menos un día hábil de anticipación a la cita programada.. Eso significa que si tiene una cita un martes, debe cancelarla antes del final del horario laboral del lunes anterior. Si tiene una cita un lunes, debe cancelarla antes del final del horario laboral del viernes anterior.

Penalización por citas perdidas o canceladas sin el aviso adecuado

A menos que lo prohíba su contrato de seguro o la ley aplicable, podemos cobrarle por faltar o cancelar su cita inicial o de seguimiento sin el aviso adecuado requerido. El cargo por citas perdidas o canceladas en las que no proporcionó un aviso previo como se describe en esta política es de **$50**. Este cargo es su responsabilidad y debe pagarse antes de programar otra cita. Esta política se aplica y será del mismo monto para todos los pacientes en los que el tercero pagador (cuando corresponda) permite el cobro de una tarifa por cita perdida y no se limita a los beneficiarios de Medicare. Debe tener en cuenta que la cobertura del seguro no cubre los cargos por citas perdidas. Más bien, usted será responsable de pagar cualquier tarifa de cita perdida directamente a la práctica.

Terminación de la relación de tratamiento

Las citas perdidas interrumpen la atención al paciente e impiden que nuestro equipo realice la tarea crítica de revisar y evaluar sus problemas médicos y la atención que le recetamos. En algunos casos, las citas perdidas o canceladas podrían perjudicar una relación de tratamiento beneficiosa e impedir los mejores resultados del tratamiento para un paciente si no se atiende a tiempo al paciente después de faltar o cancelar una cita. Garantizar una atención médica de calidad es de suma importancia para esta práctica. Por lo tanto, si falta o cancela la cita inicial o dos citas de seguimiento sin previo aviso, podemos terminar nuestra relación de tratamiento con usted. Si eso ocurre, le enviaremos un aviso por escrito con un tiempo razonable para encontrar un nuevo proveedor de tratamiento. Durante ese período de notificación, continuaremos estando disponibles para usted según sea necesario para brindarle continuidad de la atención y garantizar que pueda encontrar un nuevo proveedor. Sin embargo, si determinamos que existe un problema de seguridad para nuestro personal o proveedores, es posible que se aplique un período de notificación más corto.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entiendo este documento, que tengo el derecho y la autoridad legal para ejecutar este documento y que acepto sus términos como Paciente o padre o tutor legal del Paciente. Si firmo en formato electrónico, entiendo que mi marca electrónica recibirá la misma autoridad legal que si firmara este documento en papel.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Indique si el paciente es menor de edad o no puede firmar:

☐- El paciente es menor de edad. ☐- El paciente no puede firmar porque: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____ **Fecha**: _____

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado: _____

Autoridad del representante para firmar en nombre del paciente: ☐ - Padre ☐ - Tutor Legal ☐ - Orden judicial ☐ - Otro: _____

CHILDREN'S CARDIOLOGY CLINIC

una división de Florida Pediatric Associates

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA E-RESCRIBE

Las divisiones de Florida Pediatric Associates, LLC han implementado la receta electrónica como parte de un esfuerzo continuo para mejorar su atención médica. La receta electrónica se refiere a un sistema utilizado para enviar recetas electrónicamente a una farmacia de su elección. Al eliminar el papel, la receta electrónica crea un proceso más eficiente y seguro para que los pacientes accedan a sus medicamentos. Este proceso electrónico tiene como objetivo prevenir errores de prescripción y mejorar la seguridad del paciente. El programa ePrescribe también puede incluir:

Transacciones de formulario y beneficios – Proporciona información a su médico sobre qué medicamentos están cubiertos por su plan de beneficios de medicamentos.

Llenar notificación de estado - Le permite a su médico recibir un aviso electrónico de la farmacia informándole si su receta fue retirada, no retirada o surtida parcialmente.

Transacciones del historial de medicación - Proporciona a su médico información sobre sus recetas actuales y pasadas para minimizar posibles problemas de medicación y eventos adversos de medicación. Los datos del historial de medicación pueden indicar: cumplimiento de los regímenes prescritos; intervenciones terapéuticas; interacciones entre medicamentos y alergias a medicamentos; reacciones adversas a medicamentos; y terapia duplicativa.

La información del historial de medicamentos incluiría los medicamentos recetados por su profesional de atención médica de Florida Pediatric Associates, así como por otros proveedores de atención médica involucrados en su atención. La información del historial de medicamentos puede incluir información confidencial que incluye, entre otros, medicamentos relacionados con afecciones de salud mental, enfermedades venéreas/enfermedades de transmisión sexual, enfermedades genéticas y VIH/SIDA. ***Como parte de este Formulario de consentimiento, usted acepta específicamente la divulgación de esta y otra información de salud confidencial..***

Consentir

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que su médico de Florida Pediatric Associates pueda solicitar y utilizar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o terceros pagadores de beneficios farmacéuticos para fines de tratamiento.

Puede decidir no firmar este formulario. Su elección no afectará su capacidad para recibir atención médica, el pago de su atención médica ni sus beneficios de atención médica. Su elección de dar o negar su consentimiento puede no ser la base para negarle servicios de salud. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado.

Este formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que usted revoque su consentimiento. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero si lo hace, no tendrá efecto sobre ninguna acción tomada antes de recibir la revocación.

Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado al profesional de atención médica de Florida Pediatric Associates, LLC para que me inscriba en este programa ePrescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entiendo este documento, que tengo el derecho y la autoridad legal para ejecutar este documento y que acepto sus términos como Paciente o padre o tutor legal del Paciente. Si firmo en formato electrónico, entiendo que mi marca electrónica recibirá la misma autoridad legal que si firmara este documento en papel.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Indique si el paciente es menor de edad o no puede firmar:

☐- El paciente es menor de edad. ☐- El paciente no puede firmar porque: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____ **Fecha**: _____

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado: _____

Autoridad del representante para firmar en nombre del paciente: ☐ - Padre ☐ - Tutor Legal ☐ - Orden judicial ☐ - Otro: _____

CHILDREN'S CARDIOLOGY CLINIC

una división de Florida Pediatric Associates

Formulario de Consentimiento de Telemedicina

La telemedicina es la prestación de servicios de atención médica cuando el proveedor de atención médica y el paciente (el "Paciente") no se encuentran en la misma ubicación física y se comunican a través de tecnología. La información transmitida electrónicamente puede usarse para diagnóstico, tratamiento, seguimiento, prescripción o educación y puede incluir registros médicos, imágenes médicas, comunicaciones interactivas de audio, video y/o datos, y datos de salida de dispositivos médicos, archivos de sonido y video.

Nombre:_____Relación:_____ Teléfono:_____

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entiendo este documento, que tengo el derecho y la autoridad legal para ejecutar este documento y que acepto sus términos como Paciente o padre o tutor legal del Paciente. Si firmo en formato electrónico, entiendo que mi marca electrónica recibirá la misma autoridad legal que si firmara este documento en papel.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Indique si el paciente es menor de edad o no puede firmar:

☐- El paciente es menor de edad. ☐- El paciente no puede firmar porque: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado: _____

Autoridad del representante para firmar en nombre del paciente: ☐ - Padre ☐ - Tutor Legal ☐ - Orden judicial ☐ - Otro: _____

Children's Cardiology Clinic

Release of Medical Records
DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

PATIENT NAME: _____ **DOB:** _____
(Nombre del paciente) (Nacimiento)

Release of Medical Records TO Children's Cardiology Clinic FROM:
Divulgación de registros médicos A la Clínica de Cardiología Infantil DE:

Name (Nombre): _____

Address (dirección): _____

Phone (Teléfono): _____

Fax: _____

******Please include any cardiology clinic notes, echocardiogram reports, ECG's, cardiac monitor results, genetic test results and EP or Cath lab reports for _____ to _____.***
DATE FROM DATE TO
Please fax records to 888-494-2369. Call the office at 407-588-0550 if any questions. ****

Please use SEPARATE forms for different providers. (Por favor use un formulario separado para diferentes medicos.)

Release of Medical Records FROM Children's Cardiology Clinic TO:
Divulgación de registros médicos DE la Clínica de Cardiología Infantil A:

Name (Nombre): _____

Address (dirección): _____

Phone (Teléfono): _____

Fax: _____

I consent to allow my protected health information to be released as noted above. I understand that this authorization will expire one year from the date it is signed unless I specify otherwise. I understand that there may be a $25 Medical Records Processing Fee associated with records being forwarded from Children's Cardiology Clinic to another healthcare provider.

Doy mi consentimiento para permitir que mi información de salud protegida sea divulgada como se indicó anteriormente. Entiendo que esta autorización expirará un año a partir de la fecha en que se firme, a menos que especifique lo contrario. Entiendo que puede haber una tarifa de procesamiento de registros médicos de $25 asociada con los registros que se envían de Children's Cardiology Clinic a otro proveedor de atención médica.

Patient/Guardian Signature (firma)_____

Full Name of Guardian (nombre de tutor) _____

Date (fecha) _____

Children's Cardiology Clinic
A Division of Florida Pediatric Associates, LLC

AUTORIZACIÓN PARA ACOMPAÑAMIENTO DE MENOR

(Solo necesitan completar si el padre/tutor no lo acompaña el paciente para la cita)

Yo, _____, el padre/tutor de

_____ (fecha de nacimiento _____)

autorizo _____ (relación _____)

puede acompañar _____ para su cita con el Dr. Bhavya

Trivedi. También autorizo a Children's Cardiology Clinic, una división de Florida Pediatric

Associates, y al Dr. Trivedi a proporcionar cualquier información de salud protegida

necesaria a _____ durante la visita a la
Nombre de la adulta que acompaña a la paciente

oficina.

Firma del padre / tutor: _____

Fecha: _____

www.childrens-cardiology.com info@childrens-cardiology.com
Phone: (407) 588-0550 Fax: (888) 494-2369