

POLÍTICA FINANCIERA

Definiciones: "yo", "me" y "mi" se refieren al paciente. "Clínica" se refiere a la ST. PAUL CHILDREN'S CLINIC, junto con sus entidades afiliadas y sus empleados. Firme este acuerdo para obtener servicios. Una fotocopia del presente formulario tendrá la misma efectividad y validez que el original.

Hemos asumido el compromiso de brindarle atención de calidad. Si usted tiene seguro médico, queremos ayudarle para que reciba el máximo beneficio permisible. Para alcanzar estos objetivos, necesitamos su colaboración y que comprenda nuestra política de pagos.

Nuestros médicos participan en varias redes de HMO y PPO. Queda bajo su responsabilidad verificar que el médico/establecimiento ante quien usted realice la consulta "esté en la red". Verifique este dato llamando al número telefónico "800", que consta en su credencial del seguro colectivo, o consulte con su empleador cómo obtener esta información.

Si pertenece a una compañía de seguros que requiere una referencia de su médico de atención primaria, traiga la referencia cuando venga a su cita. Debemos tener una autorización de referencias antes de verte.

Los copagos se cobran en cada visita. Si usted no estuviera asegurado por una de las compañías de seguro de HMO o PPO participantes, el pago se cobrará de acuerdo con los beneficios fuera de la red de su plan. Si carece de cobertura médica, se le exige el pago completo en el momento de su visita, a menos que se hayan hecho acuerdos previos. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, MasterCard, Visa, Discover y American Express. Quizá reciba facturas adicionales por otros servicios, además de los servicios profesionales del médico, como por ejemplo, en concepto de servicios de anestesiología, patología, laboratorio y radiología y los cargos del establecimiento.

Medicaid: aceptamos Medicaid. Si tiene algún seguro complementario, traiga esta información cuando venga para su cita. Como beneficiario de Medicare, Medicare le exige que haga un pago del coseguro, tanto por la visita a este hospital como por los servicios profesionales de su médico. El monto real del pago del coseguro depende de los servicios que reciba hoy de esta institución hospitalaria y de su médico.

Indemnización laboral: si está recibiendo tratamiento por una lesión relacionada con el trabajo (por indemnización laboral), es necesaria la aprobación de su tasador antes de su cita, para poder facturar el servicio como atención por lesión laboral. Necesitaremos los siguientes datos: compañía de seguros, domicilio, número de teléfono, nombre del tasador y el número de reclamo o de caso.

Si se busca tratamiento por un accidente automovilístico o por una lesión personal de otra índole, usted deberá hacerse responsable de la factura, es decir, de las visitas al consultorio, las radiografías, cualquier análisis o procedimientos y/o cirugía posterior. No aceptamos seguros de ningún tercero ni cartas de protección de abogados.

Si usted necesita tratamiento por una lesión que tuvo lugar en un campus universitario, debe traer un formulario de reclamo completo por el oficial apropiado de tal establecimiento. Este formulario de reclamo debe incluir los detalles del accidente y el nombre y domicilio de la compañía de seguros de la universidad.

Debemos hacer hincapié en que, como proveedores de servicios de salud, nuestra relación es con usted y no con su compañía de seguros. El hecho de presentar los reclamos ante el seguro sólo es un gesto de cortesía de nuestra parte para con los pacientes, por lo que todos los cargos correspondientes quedan bajo responsabilidad suya desde la fecha de prestación de los servicios. Somos conscientes de que los problemas financieros temporarios pueden afectar el pago puntual de su cuenta. De surgir inconvenientes de esta naturaleza, le recomendamos que se comunique con nosotros de inmediato, para solicitar asistencia en la administración de su cuenta. Habrá un cargo de \$30 por todos los cheques rebotados. No aceptamos cheques posdatados.

HE LEÍDO Y ENTIENDO PLENAMENTE LA POLÍTICA FINANCIERA DE LA CLINICA DE ST PAUL CHILDREN'S CLINIC. ASIMISMO, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE TODO SALDO ACREEDOR QUE TENGA EN MI CUENTA CON ST PAUL CHILDREN'S CLINIC PUEDE APLICARSE PARA CANCELAR CUALQUIER DEUDA QUE PUEDA TENER EN MI CUENTA CON ST PAUL CHILDREN'S CLINIC.

Firma del paciente y/o de la parte responsable

Fecha

ST PAUL CHILDREN'S CLINIC

@MRN@
@NAME@
@DOB@



INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO MÉDICO (HIPAA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), FORMULARIO DE ACCESO

Entiendo que las leyes estatales y federales le permiten ST PAUL CHILDREN'S CLINIC compartir información sobre mí, incluyendo información relacionada con los servicios de atención médica que recibí (mi información médica protegida), con mi familia y amigos que están involucrados en mi cuidado o en el pago de mis servicios de atención médica. También entiendo que tengo: (i) el derecho de conceder a ciertas personas el acceso a mi información médica protegida; y (ii) la posibilidad de restringir el acceso a mi información médica protegida de ciertas personas que de otro modo podrían tener acceso. Yo entiendo que al conceder acceso **NO** le permite a la persona obtener copias de mis registros médicos.

ACCESO: Me gustaría que las personas a continuación tengan acceso a mi información médica protegida.

NOMBRES (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

FECHA DE NACIMIENTO

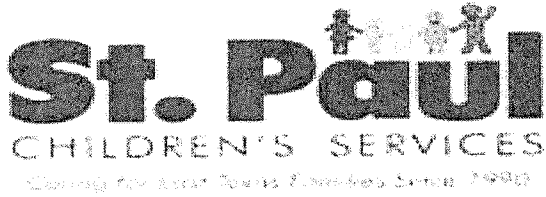
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Entiendo que puedo cambiar o revocar este formulario en cualquier momento al comunicarme a la clínica ST PAUL CHILDREN'S CLINIC. Entiendo que tales cambios o revocación no serán efectivos para las divulgaciones que ya se hayan realizado o acceso que ya se haya obtenido con base a este formulario.

Puede dejar la información médica confidencial en mi máquina contestadora/correo de voz

Firma del paciente/parte responsable Fecha Firma del testigo

MRN: @MRN@ CSN: @CSN@
 @NAME@ @TMFSEX@ @DOB@



Autorización para Obtener Tratamiento para un Menor de Edad

Tutores Legales del Menor:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Yo, _____ como padre o tutor legal del menor _____
Nombre de padre o tutor legal Nombre del menor
 doy permiso para que los individuos siguientes busquen y autorizen todo y cualquier
Fecha de nacimiento
 tratamiento médico necesario para el menor anteriormente mencionado.

Nombre de Individuo	Fecha de nacimiento	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Este documento permanecerá vigente hasta ser cancelado por escrito.

_____	_____
Firma de padre o tutor legal	Fecha
_____	_____
Testigo	Fecha



POLIZA DE NO AVISO Y RECONOCIMIENTO DE PACIENTE Y LA INSTALACION DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LA POLIZA

Nombre del paciente _____

Para servir mejor a todos nuestros pacientes, es muy importante llenar cada cita con las personas que aparecerán para su designación dada.

Si se olvida de tres (3) citas sin llamar para cancelar o reprogramar antes de su cita, nosotros sólo vemos en caso de emergencia, luego de 30 días desde ese día su carta en nuestras instalaciones permanecerán cerradas.

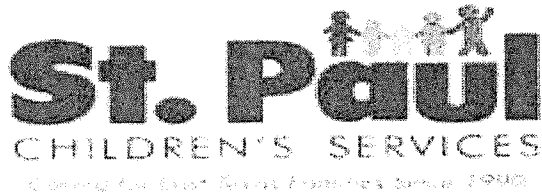
Si Medicaid es su fuente de seguro y usted falta tres (3) citas es posible que pierda sus beneficios de Medicaid.

Yo _____, entiendo que si no me presento o no aviso de las tres (3) citas, _____, (el paciente) ya no ser un paciente en la Clínica Medica de Niños St. Paul y yo podría perder los beneficios de Medicaid.

Al firmar también entiendo que el centro de derechos y pacientes y Responsabilidades de nuestra práctica médica. Estos derechos y responsabilidades se publican en todo momento y una copia se pueden emitir a usted en cualquier momento a petición.

Padre – Madre/ Custodia Legal

Fecha



Autorización Del Paciente

Definiciones: "yo", "me" y "mi" se refieren al paciente. "Clínica" se refiere a la ST PAUL CHILDREN'S CLINIC, junto con sus entidades afiliadas y sus empleados. Firmo este acuerdo para obtener servicios.

Si alguna parte de este acuerdo fuera inválida, dicha parte no afectará la validez del resto de este acuerdo. Toda parte inválida se estimará reformada para que cumpla con la ley. Una fotocopia del presente formulario tendrá la misma efectividad y validez que el original.

.CESIÓN DE BENEFICIOS

Certifico que la información que he suministrado al solicitar el pago de los beneficios de Medicaid/seguro es correcta. Cedo y transfiero de un modo irrevocable a la clínica, todos los beneficios de Medicaid y/o del seguro que cubran los servicios, para el pago de los servicios prestados. Entiendo que queda bajo mi responsabilidad cumplir con todos los requisitos previos a la certificación y que soy responsable por cualquier copago y deducible del seguro médico.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que la cobertura del seguro no es una garantía de pago y estoy de acuerdo en que soy **responsable en último término por el pago de los servicios prestados** en la clínica. Cumpliré con la política de pago. Si no puedo pagar el importe completo en el momento de prestar el servicio, la clínica puede preguntar sobre mi capacidad crediticia. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos relacionados con la cobranza, independientemente de que sea por una agencia de cobranza o por un abogado. Entiendo que los saldos acreedores en mis cuentas pueden transferirse a la Clínica y desde estos a mis cuentas, para resolver saldos vencidos. ARBITRAJE: estoy de acuerdo en que toda controversia o reclamo que surja de los gastos de la clínica/del hospital o se relacionen con ellos se dirimirán por arbitraje administrado según el Código de Ética y Reglas de Procedimientos para la Mediación y el Arbitraje de la Asociación Estadounidense de Abogados expertos en Salud [*American Health Lawyer's Association*] y en que el fallo del laudo expedido por el árbitro pueda asentarse en cualquier tribunal con jurisdicción en el tema.

Comunicaciones Automatizadas

Yo autorizo que las comunicaciones grabadas sean aceptadas via correo electronico mensajes de texto y/o llamadas a mi celular, otros telefonos, u otros aparatos de comunicacion, inclusive, pero no limitados a, llamadas automatizadas o grabadas, mensajes roboticos del hospital, sus afiliados, sucesores, asignadas, agentes, proveedores de servicios o agencias de colecciones. Yo entiendo que estas comunicaciones pueden relacionarse con recordatorios para citas, o mi responsabilidad financiero o servicios que me han rendido. Yo entiendo que estas llamadas y comunicaciones, posiblemente resultaran en costos adicionales de mi proveedor de servicios celulares para los cuales yo soy responsable. Yo puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, por el notificar la oficina de negocios del hospital por escrito o por palabra.

Firma del paciente o del representante

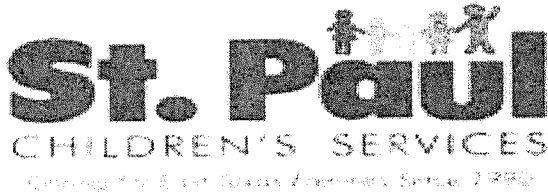
Relación con el paciente

**Si el paciente no puede firmar este acuerdo o es menor de edad, celebro este acuerdo en nombre y representación del paciente, en calidad de representante legalmente autorizado del mismo.*

Fecha

ST PAUL CHILDREN'S CLINIC

@MRN@
@NAME@
@DOB@



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Definiciones: "yo", "me" y "mi" se refieren al paciente. "Clínica" se refiere a la ST PAUL CHILDREN'S CLINIC. Firmo este acuerdo para obtener servicios.

Si alguna parte de este acuerdo fuera inválida, dicha parte no afectará la validez del resto de este acuerdo. Toda parte inválida se estimará reformada para que cumpla con la ley. Una fotocopia del presente formulario tendrá la misma efectividad y validez que el original.

Iniciales

AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN

Yo Autorizo a los médicos la clínica y todas las demás personas que me atienden a que me traten de la manera que consideren beneficiosa para mí, incluido el tratamiento médico y quirúrgico y la atención preventiva, incluidas las vacunas. Entiendo que este tipo de atención puede incluir procedimientos quirúrgicos menores, tratamiento y cuidados preventivos, incluyendo las vacunas.

Tengo entendido que puedo recibir cuidados y presto mi consentimiento para que estos sean brindados por una enfermera matriculada (NP, *Nurse Practitioner*) o un asistente médico (PA, *Physician Assistant*). Entiendo que una NP y un PA son profesionales habilitados, que trabajan dentro de la clínica/del hospital bajo la supervisión de mi médico y que pueden conversar sobre mis cuidados con él.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por el presente autorizo a la clínica a divulgar la información necesaria por los siguientes motivos: a otros médicos, para continuar con los cuidados profesionales; a cualquier compañía de seguros o tercero pagador, a fin de procesar un reclamo; o según lo permita la ley de otro modo. Eximo a la clínica de toda responsabilidad por la divulgación de esta información y entiendo que esta divulgación incluye específicamente todos y cada uno de los análisis de sangre y pruebas relacionadas, lo cual abarca al VIH y otras enfermedades.

CONSENTIMIENTO POR EL INTERCAMBIO ELECTRONICO DE INFORMACION DE SALUD

Yo autorizo la divulgación de información médica por el clínica a los proveedores de atención médica fuera del sistema ST PAUL CHILDREN'S CLINIC o por un Health Information Exchange (una organización que provee servicios para facilitar el intercambio de información relacionada con la salud.) La información médica que se comparta basada en esta autorización se puede utilizar por tratamiento, pago y propósitos operacionales. La información médica que se divulga puede llegar a ser parte de los expedientes médicos de los proveedores fuera del sistema ST PAUL CHILDREN'S CLINIC. Tales proveedores pueden divulgar esta información ya no protegida por las leyes estatales/federales de privacidad. Yo entiendo que yo puedo cambiar de opinión y renunciar esta autorización en cualquier momento por proveer notificación verbal o por escrito al departamento (HIM) de información de salud, pero se excluye información ya divulgada. Este consentimiento es válido a menos que yo lo he renunciado.

Aviso de las prácticas de privacidad según la HIPAA [Health Insurance Portability and Accountability Act, Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico]

Por mandato de la ley estatal y federal aplicable, la clínica/el hospital tienen la obligación de mantener la privacidad de su información médica protegida. La "información médica protegida" (PHI, *Protected Health Information*) es información relacionada con usted, que incluye datos demográficos, que pueden identificarlo y que se relacionan con su afección física o mental pasada, actual o futura y los servicios de atención médica relacionados. Tenemos la obligación de notificarle sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con relación a la PHI. Al escribir sus iniciales en esta casilla, usted admite que ha recibido o que le han ofrecido el "Aviso de prácticas de privacidad" de la Clínica.

Firma del paciente o del representante

Relación con el paciente

**Si el paciente no puede firmar este acuerdo o es menor de edad, celebro este acuerdo en nombre y representación del paciente, en calidad de representante legalmente autorizado del mismo.*

Fecha

ST PAUL CHILDREN'S CLINIC

Patient Consent
Rev 11/15

@MRN@
@NAME@
@DOB@
@ATTPROV@