

Natural Pediatrics

Medical Records Authorization For Disclosure Of Health Information

Documentos de Autorización Médica para la divulgación de información de salud

By signing this form, I authorize you to release confidential health information about the patient named below, by releasing a copy of the medical records, or a summary or narrative of the protected health information, to the person(s) or entity listed below. /

Al firmar este formulario, autorizo a divulgar información médica confidencial sobre el paciente nombrada a continuación, por la liberación de una copia de los registros médicos, o un resumen o narrativa de la información protegida de la salud, a la persona (s) o entidad que figura a continuación.

Patient Name/ *Nombre Completo del Paciente:* _____

Birth Date/ *Fecha de Nacimiento:* _____

Name of entity/ person from whom records are requested: / *Autoriza la divulgación de los registros de*

Physician Name/Health Care Facility / *Nombre del médico / Salud Fondo*

Street Address / *Dirección*

City, State, Zip

Information to be Released / Información que se publicará:

Complete Office Records/ *Registros completos de oficina*

Immunization Records/ *Inmunización Records*

Hospitalization Reports/ *Informes de hospitalización*

Laboratory Reports/ *Informes de Laboratorio*

Radiology Reports/ *Informes de radiología*

Other (Please Specify Below)/ *Otro*

Records to be Released TO/ Registros para ser entregado a:

Natural Pediatrics/ Dr. Lata Shridharan

2109 W. Spring Creek Pkwy, Suite # 200, Plano, Tx 75023.

Ph No: 972-618-3547, **Fax: 972-618-3587**

I understand written notice is necessary to cancel this request./ *Entiendo notificación por escrito es necesario cancelar esta solicitud.*

Signature of Parent/Guardian/ *Firma del padre / tutor:* _____ Date/ *Fecha:* _____

Legal Authority Is:/ *Autoridad legal es:* Parent of Minor/ *Padres de Menores* Legal guardian/ *tutor legal* _____

Derechos y Responsabilidades del Paciente

El personal de Natural Pediatrics está aquí para los pacientes y sus familias. Nos esforzamos continuamente para ofrecer un entorno centrado en la familia, y estamos dedicados a proporcionar atención médica de calidad a nuestros pacientes. Consideración y respeto por la individualidad y una relación de confianza entre el médico y la familia se encuentran entre nuestros principales objetivos. Todo el personal es compatible con los siguientes:

Paciente y los derechos de las familias

1. Cada paciente y la familia tiene derecho a recibir los cuidados necesarios para su diagnóstico médico, sin discriminación por motivos de raza, color, credo, sexo, discapacidad, orientación sexual o fuente de pago.
2. Cada paciente y la familia tiene derecho a estar seguro de tratamiento confidencial de divulgación e información de salud según el estado actual y las regulaciones federales (HIPAA).
3. Cada paciente y la familia tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención médica. Como tal, cada paciente y la familia tiene derecho a ser informado de los tratamientos alternativos y elegir entre alternativas. Cada paciente y la familia tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y a ser informado de las consecuencias médicas de esas acciones.
4. Cada paciente y la familia tiene derecho a ser tratado con respeto y consideración por los demás, a ser dirigida por su propio nombre, para ser escuchados cuando tiene un problema o una pregunta y recibir una respuesta adecuada. Animamos a cada paciente y la familia para compartir preocupaciones, sugerencias y comentarios con nosotros en cualquier momento. Si el paciente y su familia tiene una queja, esto no afectará la atención del paciente futuro. El procedimiento para la presentación de una queja está disponible a través de nuestro sitio web, en la ficha de [Contacto](#).
5. Cada paciente y la familia tiene el derecho a la información objetiva y completa sobre el diagnóstico del paciente y el tratamiento en términos que sean comprensibles.
6. Cada paciente y la familia tiene derecho a servicios culturalmente competentes. Haremos todo lo posible para ser sensible a la paciente / familia de creencias culturales y espirituales.
7. Cada paciente y la familia tiene el derecho a la notificación en el caso de Natural Pediatrics considere que la continuación de la atención de nuestra oficina es ineficaz debido a la conducta del paciente y la familia que cause daño físico o mental a los pacientes o personal de Natural Pediatrics, o repetidos abusos de las expectativas de los pacientes/familias como se indica en la sección de responsabilidad del paciente y la familia de este registro. Cada paciente y la familia se dará una explicación de las razones para la descarga y una referencia a una fuente alternativa de cuidado con disponibilidad permanente de atención en Natural Pediatrics durante un período de 30 días siguientes a dicha notificación.
8. Cada paciente y la familia tiene derecho a una evaluación adecuada y manejo del dolor y la enfermedad aguda.
9. Cada paciente y la familia tiene derecho a ser examinado en privado por el médico u otro dador de salud y los pacientes/familias tienen el derecho a hablar con el médico en privado.
10. Cada padre o tutor legal tiene derecho a mirar los registros médicos de su hijo y obtener una copia por un precio razonable.
11. Cada paciente y la familia tiene el derecho de revisar las políticas de pago, formularios, solicitudes de prescripción, después de horas y horas de oficina y presentación de informes de prueba se dará un folleto que describe estos procesos en o antes de su primera cita.

Responsabilidades del paciente y la familia

1. Es la responsabilidad de la paciente y la familia para actualizar los registros financieros o seguros del paciente de forma regular. No hacerlo podría resultar en la suspensión de servicios o la exigencia de pago por servicios. Cada intento se hará para el paciente y su familia en este proceso para evitar que un lapso de atención médica del niño.
2. Es la responsabilidad del garante de cuenta del paciente para hacer los arreglos para el pago de servicios en el tiempo se prestan los servicios a menos que hecho arreglos previos han sido específicamente con el administrador de facturación. Esto incluye todos los copagos, deducibles y servicios que no están cubiertos por el seguro de salud.
3. Es la responsabilidad de la paciente y la familia citas programadas y notificar a la mesa de la cita si no puede hacerlo así por lo menos 24 horas de anticipación para que el tiempo se puede dar a un paciente que requiere servicios.
4. Es la responsabilidad de la paciente y la familia a realizar tratamiento y obtener pruebas de lo solicitado por el médico o el personal profesional.
5. Es la responsabilidad de la paciente y la familia notificar a Natural Pediatrics sin demora de los cambios en dirección, números de teléfono o tutela legal.

Natural Pediatrics

6. Es la responsabilidad del padre/tutor legal para aceptar la responsabilidad por sus acciones si usted rechaza el tratamiento para su hijo o no sigue las instrucciones de su médico.
7. Es la plena responsabilidad de la familia y paciente para informar de cambios inesperados en la condición del paciente a su médico o enfermera.
8. Es la responsabilidad completa de los pacientes/familias a tener consideración de los derechos de otros pacientes y personal y ayudar en el control de ruido y el número de visitantes que lo acompañantes.
9. Es la responsabilidad de la paciente y la familia para mantener Natural Pediatrics aconseja tratamiento médico proporcionados por otros proveedores y para ayudar en la comunicación y transferencia de información sobre ese tratamiento por lo que mejor podemos coordinar y proporcionar la continuidad de la atención al niño.
10. Es responsabilidad de la familia a ser consciente en todo momento de su hijo y de su ubicación y a administrar y controlar a cualquier niño que traiga con usted a la clínica para su seguridad y la seguridad de los demás.

Poliza de Cita

Nuestra intención es proporcionar a sus hijos la mejor atención posible en todo momento y para atender las solicitudes, tantas como sea realista y factible. Es en este contexto que les pedimos que se tome unos minutos para revisar las políticas que afectan la manera prestan los servicios.

En la Oficina

- Llegue temprano. Por favor, recuerde que todos los seguros requiere que sus datos seguros se actualizará antes de cada encuentro. Esto puede tardar unos minutos. Si no se hace esto, su seguro puede negar su reclamo. No queremos que el tiempo dedicado a los requisitos administrativos para limitar su tiempo con el médico.
- Haga una cita llamando al 972-618-3547. Walk-in los pacientes se les ofrece la primera cita disponible.
- Programar citas el mismo día de visitas enfermos. Las citas se utiliza de forma primera cita-disponible.
- Los pacientes que llegan a tiempo se ven en su hora de la cita. Los pacientes que han llegado a tiempo será visto por delante de los que llegan tarde. Si llega tarde, es posible que necesitemos abreviar o reprogramar la visita de su hijo.
- Llame con anticipación si usted llega tarde o no puede hacer su cita. Haremos todo lo posible para dar cambiar a la cita de su hijo y para reducir al mínimo la necesidad de reprogramar su cita.
- Llegadas tardías (> 15 minutos después de la cita) se les ofrecerá la próxima cita disponible. En estos casos, una carga no-show de \$ 25 para el nombramiento perdido se aplicará. Si bien vamos a hacer todo lo posible para atender las solicitudes, la primera cita disponible-puede o no puede ser el día que se perdió la cita.
- La carga de no-show se cobrará si se comunica con la oficina antes de su cita. Recuerde que las citas canceladas más de 24 horas hábiles antes de cuando estaban programadas no incurrir en un honorario no-show.

Las citas para niños adicionales deben hacerse por teléfono antes de venir a la oficina. Un cargo de \$ 25 se aplica para los nombramientos complementarios. Si desea otro hijo está por verse, por favor haga citas para ambos niños por teléfono antes de venir a la oficina.

- Apagar los teléfonos celulares en las oficinas y examen.
- Abierto por la noche Llamadas de Servicio

Por favor, límite fuera del horario de llamadas a cuestiones urgentes y emergencias. Por favor, consulte nuestro paquete de información del paciente en busca de respuestas a las preguntas más comunes de enfermedad (sitio Web). Para recargas, solicitudes de citas, y otros asuntos no urgentes, puede dejar un mensaje o llamar a la oficina durante las horas regulares. Un cargo de \$ 25 puede ser aplicada por fuera del horario de llamadas que no conducen a una oficina o una visita al departamento de emergencia. Por favor, haga también lo siguiente al utilizar este servicio:

- Cuando deje un mensaje, por favor hable despacio.
- Asegúrese de dejar un número de devolución de llamada.
- Desactivar la característica de bloqueo de llamadas.
- Siga las instrucciones del médico.

Normas generales de Liberacion de Informacion

Natural Pediatrics' 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

Natural Pediatrics

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 válida 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 anticipada 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 más dependiendo del volumen.
- Natural Pediatrics' 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, Natural Pediatrics' 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 Natural Pediatrics' debe estudiar los registros y/o ser informado de la solicitud.

Educación del paciente sobre problemas de facturación

Como ustedes saben, existen regulaciones muy específicas acerca de la facturación por servicios de atención de salud. Como su proveedor de atención de la salud, estamos obligados a seguir las normas en la manera de informar los servicios prestados a usted. Además, cada plan de seguro puede tener reglas diferentes que varían de aseguradora a aseguradora e incluso puede variar entre los planes de la misma aseguradora.

- Todos los médicos / proveedores deben informar los servicios que utilizan una variedad de códigos a informar a la compañía de seguros lo que se hizo y por qué.
- No es infrecuente que los pacientes en el curso de una visita para recibir servicios de gestión y tratamiento de un problema distinto y específico, así como los servicios de rutina o preventiva en la misma visita.
- Ambos servicios deben ser reportados a la compañía de seguros y puede dar lugar a un copago adicional o cargo según las normas del plan de la aseguradora, que estamos obligados a seguir.
- Hay muchas diferentes compañías de seguros y planes; abordar un problema puede desencadenar un co-pago o cargos adicionales a su cuenta.
- Su responsabilidad financiera está determinada por las reglas de su compañía de seguros, que estamos obligados a seguir.
- Si usted tiene alguna pregunta, por favor consulte con su plan de seguro.

Formulario de consentimiento

Natural Pediatrics ofrece a nuestros pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico. Este formulario proporciona información acerca de los riesgos de correo electrónico, las directrices para la comunicación por correo electrónico y cómo vamos a utilizar comunicación por correo electrónico. También se utilizará para documentar su consentimiento para que nos comuniquemos con usted por correo electrónico.

RIESGOS

Comunicación por correo electrónico tiene un número de riesgos que incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:

- Correo electrónico puede distribuido, enviado y almacenado en papel y archivos electrónicos.
- Copias de seguridad de correo electrónico pueden existir incluso después el remitente o el destinatario ha eliminado su copia.
- Correo electrónico puede ser recibido por los destinatarios no deseados.
- Correo electrónico puede ser interceptado, alterado, reenviado o usada sin autorización o detección.
- Los remitentes de correo electrónico pueden escribir fácilmente en la dirección de correo electrónico incorrecta.
- Correo electrónico puede usarse para introducir virus en sistemas informáticos.

¿CÓMO VAMOS A UTILIZAR CORREO ELECTRÓNICO

Natural Pediatrics

- 1) Limitaremos correo electrónico correspondencia a pacientes estableció que son adultos de 18 años o más, o los representantes legales de los pacientes establecidos.
- 2) Utilizaremos el correo electrónico para comunicarse con usted sólo sobre no sensibles y no urgentes cuestiones tales como:
 - Preguntas sobre recetas,
 - Preguntas de seguimiento de rutina,
 - Programación de cita, o
 - Preguntas sobre facturación.
- 3) Todos los correos electrónicos a o desde se hizo una parte de su expediente médico. Usted tendrá el mismo derecho de acceso a dichos correos electrónicos como para el resto de su archivo médico.
- 4) Mensajes de correo electrónico pueden enviarse a otro miembro del personal de oficina como necesarios para el adecuado manejo.
- 5) No revelaremos sus correos electrónicos a los investigadores o a terceros a menos que el permitido por la ley estatal o federal. Por favor, consulte nuestro aviso de prácticas de privacidad para obtener información en cuanto a los usos permitidos de información sobre su salud y sus derechos en materia de privacidad.

En una emergencia médica, no utilice el correo electrónico...LLAME AL 911. También, no usar el correo electrónico para problemas urgentes. Si usted tiene un problema urgente, llame a nuestra oficina al 469-444-0362 o ir a un centro de atención de urgencia.

DIRECTRICES PARA LA COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO

- 1) Incluir el tema general del mensaje en la línea de "asunto" de su correo electrónico. Por ejemplo, "asesoramiento," "receta", "cita" o "cuestión facturación."
- 2) El mensaje de correo electrónico no debe ser sensible al tiempo. Mientras tratamos de responder a mensajes de correo electrónico diariamente, puede tomar hasta tres días de trabajo (6:57) para que podamos responder a su mensaje. Mensajes urgentes o necesidades deben ser enviadas a nosotros mediante comunicación telefónica regular.
- 3) Incluir su nombre y número de teléfono en el cuerpo del mensaje.
- 4) Revisa tu mensaje para asegurarse de que es claro y que se incluye toda la información pertinente antes de enviar.
- 5) Nos envía un recibo de confirmación de correo electrónico de nuestro mensaje, después de haber recibido y leer un mensaje de correo electrónico de nosotros.
- 6) Si su correo electrónico requiere una respuesta de nosotros, y no han escuchado de nosotros dentro de los tres 3 días de trabajo, llame a nuestra oficina de seguimiento para determinar si recibimos su correo electrónico.
- 7) Tomar precauciones para proteger la confidencialidad del correo electrónico, como salvaguardar la contraseña de la computadora y el uso de protectores de pantalla.
- 8) Nos informan de cambios en su dirección de correo electrónico.

CONSENTIMIENTO

Yo, el padre o tutor legal del niño, desea comunicarse con el médico de Natural Pediatrics y el personal de la Oficina por correo electrónico. Entiendo los riesgos de la comunicación por correo electrónico, en particular los riesgos de privacidad explicaron en este formulario. Entiendo que la Natural Pediatrics no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico. Natural Pediatrics no será responsable de los mensajes que no son recibidos o entregados debido a un fallo técnico, o para la divulgación de información confidencial a menos que los causados por mala conducta intencional.

Entiendo que también puedo comunicarme con Natural Pediatrics por teléfono o en una cita, y que el correo electrónico no es un sustituto para el cuidado que puede ser proporcionada durante una visita al consultorio. Hagan sus citas para discutir cualquier problema nuevo o cualquier información médica confidencial.

Entiendo que Natural Pediatrics periódicamente puede enviar información por correo electrónico que puede ser relevante o útil para la salud de mi hijo.

He leído y entiendo este formulario. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Entiendo y estoy de acuerdo con la información contenida en este formulario y doy mi consentimiento para comunicaciones por correo electrónico a y desde la Natural Pediatrics.

RESPONSABILIDADES DE PACIENTES FINANCIERAS E INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

Gracias por elegir Natural Pediatrics como proveedor de servicios de salud de su hijo. Como su socio en el cuidado de la salud, es importante que nos proporcione la siguiente información para evitar cualquier malentendido o desacuerdo sobre pago por servicios profesionales. Si usted tiene necesidades financieras especiales, estamos dispuestos a trabajar con usted.

- Como un padre, está en su mejor interés conocer y comprender los beneficios de su plan de seguro y todo plan de disposiciones que pueden afectar su responsabilidad financiera (es decir, beneficios, deducibles, coseguro, copagos, selección de PCP, etc.).
- Es su responsabilidad proveer Natural Pediatrics con información de seguro vigente y válida. Usted es responsable de notificar a nuestra oficina de cualquier cambio en el seguro de su hijo en el momento del nombramiento check-in.
- El padre es responsable de traer la tarjeta del seguro del niño y licencia de conducir o identificación válida con foto a cada visita.
- Natural Pediatrics es necesario para recoger el copago en el momento de servicio como parte de nuestro acuerdo con su compañía de seguros. Todos los otros pagos, incluyendo deducibles y coseguro son pagaderas en el momento del servicio.
- Es su deber de garantizar el médico que está viendo, es el archivo con el seguro como su proveedor de cuidado primario (PCP). El seguro no cubrira cargos si estos no coinciden, y usted será considerado un paciente de pago privado.
- Los pacientes que pagan tienen que pagar un depósito en el check-in. Si el balance de la visita se paga en el check-out, el paciente recibirá el descuento de pronto pago de Natural Pediatrics. Si no se paga el saldo en el check-out, el paciente será cobrado a ritmo de la Natural Pediatrics estándar para todos los servicios prestados.
- Si su cuenta tiene un saldo pendiente, deberá pagar en su totalidad, o establecer y hacer el primer pago hacia un plan de pago programado. De lo contrario, su cita puede ser cancelada o reprogramada.
- Es su responsabilidad que nos proporcione su dirección de facturación actual y número de teléfono; y notificar a Natural Pediatrics de cualquier cambio al momento del check-in cita.
- Si nuestros médicos no participan en su plan de seguro, pago completo se espera de usted en el momento de su visita al consultorio. Para citas programadas, saldos anteriores deben pagarse antes de la visita.
- Si usted no tiene seguro, pago para una visita de oficina es de pagarse en el momento de la visita.
- Los copagos son debidos al tiempo de servicio. Se cobrará una cuota (o servicio) de procesamiento de \$20.00 además el copago si no se paga el copago al tiempo de servicio o al final del día hábil siguiente.
- Saldos pacientes factura inmediatamente en el recibo de la explicación de su plan de seguro de los beneficios. Su remesa será de 10 días laborables del recibo de la factura.
- Si las disposiciones anteriores no se han hecho con nuestra oficina de Finanzas, cualquier saldo pendiente superior a 28 días será cargada una cuota de \$20.00 re-bill. Cualquier saldo en 60 días se remitirá a una agencia de colección.
- Si usted participa con un plan de salud con deducible alto, requerimos una copia de la tarjeta de débito o de crédito de la cuenta de ahorros de salud o una tarjeta de crédito personal permanece en el archivo. Hay adiciones a esta política financiera, que están firmados por separado. Por favor pregunte por ella.
- Requerimos 24 horas de anticipación para cancelar citas. Hay un cargo de \$25 por citas de día de

Natural Pediatrics

la semana y el costo de \$35 para las citas del sábado si no se cancelarán o si no se da aviso de 24 horas.

- Cheques devueltos por falta de fondos, además de los gastos bancarios incurridos, se cobrará una tarifa de \$25 para cualquiera.
- Cobramos \$25 por niño para copiar o transferir registros médicos.
- Si su hijo tiene escuela, campamento o formas de deporte para ser completado, hay un cargo de \$10 por formulario. El pago es debido cuando las formas son dejadas. Tenemos un tiempo de entrega de 3 a 5 días de formas.
- Antes de hacer una cita anual de la física, verifique con su compañía de seguros si la visita se tratarán como una saludable visita. No todos los planes cubren exámenes físicos saludables anuales o audiencia y exámenes de la visión. Es su responsabilidad saber los beneficios de su plan de seguro. Si no está cubierto, usted será responsable del pago en el momento de la visita.
- No todos los servicios ofrecidos por nuestra oficina están cubiertos por cada plan. Cualquier servicio determinado a no estar cubiertos por su plan será su responsabilidad.

Certifico que he leído y entiendo la información como se mencionó anteriormente y que toda la información proporcionada es precisa y actual. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos no pagados por el seguro y asumir la responsabilidad de todos los cargos incurridos como resultado de información inexacta.

Natural Pediatrics

Consentimiento Para Tratamiento/Autorización Para El Uso Y Publicación De Información De Salud

- Yo por la presente reconozco que mi/mi niño necesita cuidado y tratamiento médico. Consiento voluntariamente a que se realicen los servicios de la clínica y al uso de medios de diagnóstico y pruebas de laboratorio de cualquier tipo.
 - Autorizo a Natural Pediatrics', sus representantes, directores y empleados, a distribuir información a terceros obligados (ya sean privados o gubernamentales), escuelas, campamentos, guarderías, organizaciones sin fines de lucro y grupos deportivos. Esta información puede ser revelada del expediente médico de mi niño, registros financieros y otros informes. Esta autorización incluye específicamente información sobre enfermedades contagiosas, incluyendo el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome Adquirido de Inmunodeficiencia (SIDA), información genética, abuso de alcohol/drogas y cuidado psiquiátrico. También solicito la liberación de información de pago por o para Natural Pediatrics' o para terceros obligados, cuando sea requerida para pagos o para la coordinación de prestaciones.
 - Además, irrevocablemente asigno las prestaciones a mi disposición a Natural Pediatrics', y autorizo el pago de aquellas prestaciones directamente a este proveedor. Autorizo a Natural Pediatrics' para apelar cualquier negativa bajo mi provisión de derechos de apelación. Esta autorización y asignación son irrevocables a menos que yo lo señale por escrito, a partir del momento yo lo formalice aquí, y que cualquier acción/petición realizada por Natural Pediatrics' tendrá el mismo peso como si hubiese sido hecha por mi personalmente. También entiendo totalmente, a pesar de mi autorización y/o asignación, que la pre certificación, pre autorización, las segundas opiniones y demandas permanecerán responsabilidad única del paciente, familia del paciente, guardian legal, representante o agente. Esta Asignación no me libera de mis obligaciones.
 - Es un acuerdo que como agente designado, soy responsable de los gastos totales por servicios recibidos y por cualquier parte de mi cuenta no pagada o cubierta por el seguro 60 días después de la fecha del servicio, dentro de los límites de la ley, políticas de Natural Pediatrics' o acuerdos contractuales con la aseguradora. Las cantidades se deben pagar a Natural Pediatrics' a petición de tal. Estoy de acuerdo que si la cuenta resulta en un saldo positivo, la cantidad de crédito será aplicada a cualquier cuenta pendiente, ya sea una deuda presente o no pagada. También reconozco que he sido informado sobre mi derecho de recibir una factura detallada dentro de 60 días de la fecha del servicio y que puedo recibir la información sobre gastos por lo que seré o soy responsable llamando al 972-618-3547. Natural Pediatrics' no establece cuentas de crédito para pagos.
 - Certifico que bajo el Título XIX (Seguro médico) del Acto de la Seguridad que la información presentada por mi / mi niño es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica acerca de mi / niño a liberar a la Administración de la Seguridad social o intermediarios o portadores cualquier información necesaria para este o cualquier reclamo relacionado de seguro médico. También solicito que ese pago de beneficios autorizados sea hecho a mi nombre o de mi niño.
 - A menos que revocada, entiendo que esta autorización no se vence.
 - Se me ha ofrecido una copia del documento "Aviso sobre las Prácticas de Privacidad" en acuerdo con HIPAA, y una copia de las "Normas para Distribución de Información de Natural Pediatrics", y entiendo que puedo dirigir mis preguntas/preocupaciones al Oficial de Privacidad al 972-618-3547.
 - Reconozco que se me ha proporcionado información e instrucciones acerca
 - o Derechos y Responsabilidades del Paciente;
 - o Política de Nombramiento
 - o privacidad / Publicación de la Política de Información
 - o Educación sobre problemas de facturación
 - o E-mail consentimiento
 - o Responsabilidad del Paciente Financiero y la información de facturación
- Y entiendo y consiento a los términos.

RESPRESENTATIVO DEL PACIENTE (ESCRIBA)

RELACION AL PACIENTE

FECHA

RESPRESENTANTE DEL PACIENTE FIRMA

TESTIGO

FECHA