

**PRIVACIDAD DE HIPAA 2016**

He recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad y me ha proporcionado la oportunidad de revisarlo. (Notificación de privacidad esta adjunto en el portapapeles, una copia se puede obtener sobre solicitud.)

(INICIALES) \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_.

**Para más información, favor de contactar a la oficina de Civil Rights, 907<sup>th</sup> St., Suite 4-100, San Francisco, CA 94103, Numero de Tel. (800) 368-1019 o nuestra Directora de Privacidad local, Dr. Maria Osmena, (650) 873-3338**

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE LOS MENORES**

Yo autorizo a Live Well Medical Clinic, Inc. para prestar servicios médicos para:

Nombre de Niño/ Niña: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Los servicios incluyen el examen y tratamiento de problemas médicos, exámenes físicos, la administración de vacunas, el arreglo de la atención hospital, y los resultados de las pruebas de laboratorio y los procedimientos que se considere necesario en el cuidado del paciente antes mencionado.

Este consentimiento será efectivo, a menos que sea revocado por escrito, hasta que el paciente cumpla los dieciocho años de edad.

**SEGURO DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES- PADRES LEER Y INICIAL TODOS 1 - 5**

- **1)** El pago de la factura Es responsabilidad del paciente y no el de los seguros. Para su comodidad, puede reclamar a su compañía de seguros en su nombre. Usted es responsable de saber si son contratados / cubiertos con su compañía de seguros o grupo médico. Para HMO, usted entiende que el médico de atención primaria asignado debe ser la Dra. María Osmena. Usted entiende que si es un pediatra que no sea la Dra. Osmena, usted será responsable del pago completo de los cargos. Si usted es incapaz de proporcionar una prueba de cobertura de seguro, usted será responsable de toda la cápsula en la fecha de servicio. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- **2)** Usted es responsable de traer la **Tarjeta de la Aseguranza** del paciente y la **Identificación (I.D) del padre a CADA CITA**. Usted es responsable de saber si el paciente es elegible en el momento del servicio y cuáles son sus beneficios y lo que está cubierto por su seguro (es decir, visitas de oficina, examen de salud, exámenes físicos, que incluye la audición, la visión, la hemoglobina, análisis de orina y prueba de la tuberculosis, vacunas, etc.). \_\_\_\_\_ (iniciales)
- **3)** Los co-pagos deben ser pagados al momento del servicio. También será responsable de cualquier co-seguro o parte de deducible (si procede) una vez procesado el reclamo de seguro. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- **4)** Si su compañía de seguros no se hace responsable por recibo de la demanda dentro de 90 días, usted será responsable del pago de los cargos en su totalidad. Tenga en cuenta que tendrá que vigilar con cuidado y continuar el seguimiento de sus reclamaciones. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- **5)** Se cobrará un cargo después de las horas de oficina para las citas después de las 5 pm los días de semana y los fines de semana. Esta cantidad será cobrada a su seguro.

Yo certifico que mis dependientes y yo tenemos cobertura médica en el seguro indicado en la página 1 del formulario de inscripción.

Yo autorizo la entrega de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo de seguro. Yo autorizo el pago de beneficios médicos a Live Well Medical Clinic, Inc., por los servicios médicos prestados. También entiendo que soy plenamente responsable de los servicios no cubiertos, co-seguros, deducibles y co-pagos por mi plan de seguro.

He leído y entiendo la policias de arriba.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

