

**Children's Choice Pediatrics**

Formulario De Inscripción Del Paciente

Divulgación Y Consentimientos

**Nombre del paciente:**

**Fecha de nacimiento:**

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO:**

\_\_\_\_\_ Por el presente, autorizo el pago directo de mis beneficios del seguro a Children's Choice Pediatrics o al médico individualmente por los servicios prestados a mis dependientes, o a mí, por el médico o las personas bajo su supervisión. Comprendo que es mi responsabilidad conocer mis beneficios del seguro y si los servicios que recibiré son beneficios cubiertos o no. Comprendo y acepto que deberé pagar cualquier copago o saldo adeudado que Children's Choice Pediatrics no pueda cobrar de mi aseguradora por cualquier motivo.

**SERVICIOS DE LABORATORIO/RADIOLOGÍA/DIAGNÓSTICO:**

\_\_\_\_\_ Comprendo que es posible que reciba una factura aparte si mi atención médica incluye servicios de laboratorio, radiología u otros servicios de diagnóstico. Asimismo, comprendo que debo pagar todos los copagos o saldos adeudados por estos servicios si no los reembolsa mi seguro por cualquier motivo.

**BENEFICIOS DEL SEGURO DE MEDICARE/MEDICAID/CHAMPUS:**

\_\_\_\_\_ Certifico que es correcta la información que suministré al solicitar el pago según estos programas. Autorizo la divulgación de todos mis registros o los de mi dependiente que estos programas puedan requerir. Por el presente, dispongo que se realice el pago de mis beneficios autorizados o los de mi dependiente a Children's Choice Pediatrics o al médico en mi nombre y de manera directa.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PERSONAL QUE NO ES DE CARÁCTER PÚBLICO:**

\_\_\_\_\_ Certifico que he leído y me han otorgado una copia del "Aviso de prácticas de privacidad de la Ley sobre Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por su sigla en inglés)" de Children's Choice Pediatrics. Por el presente, autorizo a Children's Choice Pediatrics o al médico individualmente a divulgar cualquier parte de mi información personal médica o incidental que no es de carácter público o la de mi dependiente que pueda ser necesaria para la evaluación médica, tratamiento, consulta o el procesamiento de los beneficios del seguro.

**AUTORIZACIÓN PARA CORREOS, LLAMADAS O CORREOS ELECTRÓNICOS:**

\_\_\_\_\_ Por el presente, certifico que comprendo los riesgos de privacidad del correo, las llamadas telefónicas y el correo electrónico. Mediante este formulario, autorizo al representante de Children's Choice Pediatrics o a mi médico a enviarme correos, llamarme o enviarme correos electrónicos con comunicaciones relacionadas con mi atención médica, incluidos entre otros recordatorios de citas, derivaciones acordadas y resultados de pruebas de diagnóstico al teléfono o correo electrónico se enumeran a continuación.

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Comprendo que tengo el derecho de rescindir esta autorización en cualquier momento si notifico por escrito a Children's Choice Pediatrics con ese propósito.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:**

\_\_\_\_\_ Por el presente, acepto la evaluación, las pruebas y el tratamiento según las indicaciones de mi médico de Children's Choice Pediatrics o las personas bajo su supervisión.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma Del Garante:

(Si es diferente al paciente)

Fecha:

Nombre del Garante (en letra de imprenta):