



POLICA FINANCIERA Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Nuestra Póliza Financiera: Nuestros doctores y personal están muy preocupados de los costos de su tratamiento medico y queremos discutiré algunos temas relacionados con los costos de los servicios médicos en nuestra oficina. Cuidado considerable se ha tenido en la fijación de nuestros honorarios. Queremos asegurarle que los cargos reflejan con precisión la complejidad de los cuidados prestados y la habilidad y experiencia neceara para su cuidado.

Miembros de HMO Y PPO: Si usted es miembro de un HMO o PPO en el cual nosotros participamos, sus pagos son requeridos al tempo de servicio. Usted es responsable de que tengamos una referencia/autorización en su archivo si su aseguranza médica requiere una. Si no tenemos una referencia/autorización al tempo de su visita, su aseguranza podría se los responsable de todo los cobros. Es posible que sea enviado a su doctor primario antes de ser tratado para obtener esto. Si no esta seguro de que estros doctores sean proveedores para su aseguranza médica, favor de contactar a su aseguranza para clarificación. Nuestro acuerdo es con usted, no su aseguranza medica. Aunque nosotros le ayudaremos a someter su reclamo a la aseguranza, usted es finalmente responsable de los servicios que reciba. Pago a nuestra oficina no es ni contingente o dependiente sobre su aseguranza medica.

ESTAMOS CONTENTOS DE ACCEPTAR DINERO EN EFECTIVO, CHEQUES, VISA, MASTERCARD, DISCOVER, AMERICAN EXPRESS

MEDICAID: Somos proveedores de Medicaid. Favor de traer su tarjeta correrte al cada visita.

Padres Divorciados: Favor de recordar que el padre que traiga al hijo/hija al tratamiento es responsable por el pago de la visita. Si la corte le ha dado custodia de hijos menores a una persona y responsabilidad financia a la otra, la persona que traiga al hijo es responsable del pago. La persona puede cobrar le al separado, pero no es la responsabilidad del consultorio. Si ahí una orden de la corte donde el padre carga cobertura medica de un hijo menor, una copia de la acta se necesitará para nuestros archivos para asegurar que el reclamo se registre y pago del reclamo por de parte de la aseguranza.

Familia de Acogida: Favor de traer documentación de guardián apropiada para nuestros archivos y para asegurar autorización del tratamiento y HIPAA estándares se pueden conformar.

Consentimiento Para Tratamiento: Yo soy el padre / tutor legal del paciente mencionado y por la presente autorizo el tratamiento por los médicos de Children's Cardiology Associates. Entiendo la política financiera y por la presente asigno y transfiero los pagos directamente a Children's Cardiology Associates que de otro modo serían pagaderos a mí.

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____





ASSIGNMENT OF BENEFITS

This Assignment of Benefits allows Pediatrix Medical Group to be paid directly by my health insurance carrier for medical services rendered by its providers. By signing this I assign and transfer to Pediatrix Medical Group all rights, title and interest in all benefits payable for the services rendered, which are provided in any and all insurance policies and health benefit plans from which my dependents or I are entitled to recover.

I hereby designate Pediatrix Medical Group to act as my representative during insurance or plan benefits appeal in the event of a coverage limitation or denial. I understand that Pediatrix Medical Group has the right to decline or accept this designation at the time a limitation or denial is received. The outcome of any appeal is not guaranteed and I understand that I may be responsible for any charges that remain unpaid by the insurance or benefit plan regardless of the outcome of any appeal. I have read this assignment of benefits, and I have signed this document freely and without inducement.

Insurance Policy Holder Name: _____

Insurance Policy Holder Signature: _____

Signature Date: _____

CESIÓN DE BENEFICIOS

La presente Cesión de Beneficios permite que Pediatrix Medical Group sea pagado directamente por mi asegurador médico por los servicios médicos provistos por sus proveedores. Con mi firma en el presente documento, cedo y transfiero a Pediatrix Medical Group todos los derechos, título e interés en todos los beneficios pagaderos por los servicios provistos, que sean dispuestos en todas y cualesquier pólizas de seguro y planes de beneficios médicos de los cuales mis dependientes o yo tengamos derecho a recuperar.

Por este medio designo a Pediatrix Medical Group para que actúe como mi representante durante apelaciones de seguro o planes de beneficios en caso de una limitación o rechazo de cobertura. Entiendo que Pediatrix Medical Group tiene el derecho de rechazar o aceptar esta designación en el momento del recibo de una limitación o rechazo. No se garantiza el resultado de cualquier apelación y entiendo que podré ser responsable de cualesquier cargos que quedasen sin pagar por el plan de seguro o beneficios, sin importar el resultado de cualquier apelación. He leído la presente cesión de beneficios y he firmado el presente documento voluntariamente y sin aliciente alguno.

Nombre de titular de la póliza de seguro: _____

Firma del titular de la póliza de seguro: _____

Fecha de la firma: _____





INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial Del 2nd Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero Social: _____

Raza: _____ Etnia: _____

Con quien vive el paciente? _____ Idioma primario: _____

Informacion De Padres/Guardian

Padre: Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero Social: _____

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Numero de teléfono: : () _____ Alternativo: () _____

Madre: Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero Social: _____

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Numero de teléfono: : () _____ Alternativo: () _____

En caso de emergencia, con quien nos podemos comunicar, quien no vive con el paciente

Nombre: _____ Teléfono: () _____

Nombre del Doctor que lo Refirió:

Apellido: _____ Nombre: _____ Nombre de la Clínica: _____

Doctor Primario:

Apellido: _____ Nombre: _____ Nombre de la Clínica: _____

Aseguranza

Nombre de Compania: _____

A que nombre esta la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Relación al Paciente: _____ Compania de trabajó: _____

Segunda Aseguranza

No Tengo otra Aseguranza

Nombre de Compania: _____

A que nombre esta la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Relación del Paciente: _____ Compania Del Trabajó: _____

Firma del Padre/Guardián:

Nombre en molde: _____ Fecha: _____

Relación del paciente: _____





PEDIATRIX MEDICAL GROUP Y AFILIADOS AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo, quien subscribe, por este medio autorizo a, Pediatrix Medical Group y sus afiliados, directamente, o a través de sus afiliados, a proveer copia y/o revelar información del expediente médico, específicamente el descrito a continuación, referente a _____(nombre del paciente) a:

- El paciente o su representante autorizado; o
- El siguiente proveedor de cuidado de la salud, otra(s) persona(s) o clase de persona(s):
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

(Descripción detallada y minusciosa de la información médica solicitada)

- Toda información médica excepto (por favor describa, o escriba "TODO"):

- Solamente cierto tipo de información (ej: resultados de pruebas diagnósticas, reportes de exámenes, historial médico, reportes de admisión o alta, notas del médico, notas de enfermería, planes de tratamientos, etc.):

Para las siguiente(s) fecha(s) de servicio(s): _____

Conforme a las Reglas de Privacidad HIPAA, el paciente o su representante autorizado acepta que:

1. Tiene derecho a revocar por escrito esta autorización hasta el punto que la entidad cubierta no cuente con el consentimiento del paciente para usar o revelar información de salud protegida. Esta autorización quedará en vigor hasta que sea revocada o hasta _____(fecha), lo primero que ocurra.
2. Entiende que la información de salud usada y/o revelada bajo esta autorización puede estar sujeta a re-divulgarse por quien la reciba y podría no estar protegida por las Reglas de Privacidad HIPAA.
3. Puede haber cargos por los costos de copias, servicio de correo u otros materiales asociados con esta solicitud.

Nombre de Paciente

Nombre del Representante Autorizado

Firma de Paciente o Representante

Fecha de la Firma

*Indique parentesco del representante autorizado a acutar en nombre del paciente:

- Padre/Madre/Tutor Legal
- Poder Legal Total
- Poder Legal Parcial
- Otro (describa por favor) _____

*Proveer evidencia del parentesco





PATIENT HEALTH INFORMATION INFORMACIÓN MEDICA DE EL PACIENTE

Patients Name: _____ **Date of Birth:** _____
(Nombre de Paciente) (Fecha de Nacimiento)

Primary Care Provider: _____
(Doctor Primario)

Reason for Cardiology visit: _____
(Razón por la Evaluación Cardiaca)

Other physicians seen on a regular basis: _____
(Otros doctores que ve normalmente)

Past Medical History: (Please use back of sheet if necessary) (Historia Medica Pasada)

Chronic Medical Conditions/Serious Illnesses: (Tiene alguna Condiciones Medica Crónica desde la ultima visita?)

Favor explique) Yes No Explain:

Prior Surgeries or Hospital Admissions: (Ha tenido alguna Cirugía(s) desde la ultima visita? Favor explique)

Yes No Explain:

List of Current Medications: (Lista De Medicamentos)

Any Medication Allergies: _____
(Alergias Medicas)

Immunizations Up To Date: Yes No If No please explain: _____
(Inmunizaciones Corriente)

_____ Date/Fecha: _____

Signature of Individual Completing Form (Firma de Persona Llenando Formulario)

Relation to Patient (Relación al Paciente): (Please check) Self (Mismo) Parent (Padres) Guardian (Guardián)

Date: _____ **Reviewed by:** _____

