

# Salinas Pediatric Medical Group, Inc.

## INFORMACION DE PACIENTE

Apellido:	Nombre:	M.I.
SS#	Fecha de nacimiento:	Genero:
Telefono:	Correo Electronico:	
Direccion:	Ciudad:	Zona Postal:
Lenguaje preferido:	Raza:	Etnicidad:
¿Cómo se enteró de nuestra oficina?		

## Informacion De Padre / Guardian

Nombre de Padre / Guardian:	Fecha de nacimiento:
Direccion:	Ciudad:
SS#:	Zona Postal:
Relacion al paciente:	
Telefono                      Cell #	# de Trabajo:

## Informacion De Madre / Guardian

Nombre de Madre / Guardian:	Fecha de nacimiento:
Direccion:	Ciudad:
SS#:	Zona Postal:
Relacion al paciente:	
Telefono                      Cell #	# de Trabajo:

## ASEGURANZA PRINCIPAL

Nombre de Aseguranza:	Fecha de nacimiento:
Relacion al paciente:	SS#:
Nombre del Asegurado:	Nombre de Empleo:
Direccion:	Ciudad:
Estado:                      Zona Postal:	Finanzas / Grupo #:



# Salinas Pediatric Medical Group, Inc.

**Responsabilidad Financiera**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**A Nuestros Pacientes Valorados:**

**Número de Cuenta** \_\_\_\_\_

Gracias por elegir Salinas Pediatric Medical Group, Inc. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención médica posible. Por favor revise la siguiente Política Financiera. Su firma constituye un acuerdo con los procedimientos y políticas de nuestra práctica.

## **Pago al Momento del Servicio**

Como cortesía, le cobraremos a su aseguranza por todas las visitas al consultorio. Sin embargo, le pedimos que usted pague cualquier porción no cubierta por su seguro debido a los deducibles o copagos, o cualquier balance pendiente de pago, en el día del servicio.

## **Sumisión de Reclamos**

El consultorio entregará su reclamo de seguro a su aseguranza. Sin embargo, es importante recordar que el seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. A pesar de que presentaremos reclamos de seguros de su parte como una cortesía a usted, usted sigue siendo responsable por el pago de los servicios, independientemente de la cantidad que su seguro pague. Usted recibirá su estado de cuenta dentro de los 30 días de su visita al consultorio. Si el pago no se recibe de la compañía de seguros u otra tercera parte responsable en 90 días, nos reservamos el derecho de cobrarle directamente a usted. Si su compañía de seguros solicita información adicional de usted, usted tiene 30 días para presentar esa información. Después de 30 días tenemos el derecho de cobrarle directamente por cualquier balance debido. Por favor, avísenos de inmediato de cualquier cambio en su seguro o cobertura.

## **El pago del Saldo Adeudado Después que haya pagado el Seguro**

Si hay un saldo restante después de que su compañía de seguros haya pagado, usted tiene 30 días para hacer el pago en la factura. Le insistimos a mantener su cuenta al día. Todos los saldos vencidos más de 120 días serán enviados a una agencia externa de colecciones y habrá un cobro de \$30 agregado al total del balance por la transferencia a la agencia de colecciones. En ese momento, la cuenta está fuera de nuestras manos. En caso que la cuenta sea referido a un abogado para colección, el abajo firmante deberá pagar los honorarios del abogado y los gastos reales de cobro.

## **Auto Pago \_\_\_\_ (iniciales para indicar auto pago)**

Yo entiendo que si no tengo elegibilidad de seguro disponible para atención medica en este momento, no puedo usar esta cobertura para aplicar atención medica adquirido mientras que obtiene este acuerdo es, en efecto. Esto incluye Medi-cal y Central California Alliance for Health que se podrá conceder con carácter retroactivo para incluir algunos de los periodos de tiempo cubierto.

\*\*\*\*\*

***Sé que la verificación no es una garantía de pago, y que yo soy responsable de los saldos pendientes después de mi seguro.***

***He leído las políticas anteriores y estoy de acuerdo con ellos. Autorizo a SPMG la obligación de suministrar información a mi compañía de seguros con respecto a mi tratamiento. Esta entiendo que soy financieramente responsable del pago de todos los servicios prestados.***

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

# Salinas Pediatric Medical Group, Inc.

## **Nota de HIPAA Practicas de Privacidad:**

**ESTA NOTA A DESCRIBE INFORMACION CUAN MEDICA ACERCA DE USTED SE PUEDE USAR Y PUEDE SER REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER EL ACCESO A ESTA INFORMACION. REVISELO POR FAVOR DETENIDAMENTE.**

Esta Nota de Practicas de intimidad describe como podemos usar y poder reveler que su ha informacion (PI) protegida de salud para llevarse a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones (TPO) del cuidado de la salud y para otros propositos que se permiten o son requerido por la ley. Describe tambien sus derechos de conseguir acceso a y para controlar su informacion protegida de la salud. Informacion protegida de salud es informacion acerca de usted, inclusive informacion demografica, eso lo puede identificar y eso relaciona a su pasado, presenta o la salud o la condicion future fisica o mental y los servicios relacionados del cuidado de la salud.

## **Los usos y las Revelaciones de Informacion Protegida de Salud**

Su ha informacion protegida de salud se puede usar y puede ser revelada por su medico, nuestro personal de la oficina y el exterior de otros de nuestra oficina que se implican en su cuidado y el tratamiento para el proposito de proporcionar la salud los servicios del cuidado a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para sostener la operacion del medico la practice de y cualquier otro uso requerido por la ley.

El tratamiento; usaremos y revelaremos que su ha informacion protegida de salud para proporcionar, coordinar, o para manejar su cuidado de la salud y algun servicio relacionado. Esto incluye la coordinacion o la administracion de su cuidado de la slud con un terceros. Por ejemplo, nosotros revelaramos que su ha informacion protegida de salud, como sea necesario, a una agencia buscadora de la salud que proporcionada el cuidad a usted. Por ejemplo, su ha informacion protegida de salud puede ser proporcionada a un medico a quien usted ha sido referido para asegurar que el medico tenga la informacion necesaria diagnosticar o tratarlo.

El pago: Su ha informacion protegida de salud se usara, cuando necesitado, para obtener el pago para sus servicios del cuidado de la salud. Por ejemplo, la aprobacion que obtiene para un hospital permanence puede requerir que su informacion protegida pertinente de la salud sea revelada al plan de la salud para obtener la aprobacion para la admission del hospital.

Las Operaciones de la asistencia sanitaria; podemos usar o pedemos reveler, como necesitado, su ha informacion protegida de salud para sostener las actividades economicas de su medico la practice de s. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a, las actividades de la evaluacion de la calidad, las actividades de la revision de empleado, instruccion de estudiantes medicos, de licenciar, y de conducir o arreglar para otras actividades economicas. Por ejemplo, nosotros podemos reveler que su ha informacion progegida de salud a estudiantes medicos de escuela que ven a pacientes en nuestra oficina. Ademas, podemos usar un signo en la hoja en el escritorio de matricula donde usted se pedira para se firmar su nombre e indicar a su medico. Nosotros tambien lo podemos llamar por nombre en la habitacion que espera cuando su medico esta lista para verlo. Podemos usar o podemos reveler que su ha informacion protegida de salud, como sea necesario, para avisarlo recordarlo de su cita.

Podemos usar o podemos revelar que su ha informacion protegida de salud en las situaciones siguientes sin su autorizacion. Estas situaciones incluyen: como Requerido Por Ley, Salud Publica publica como requerido por ley, estas Enfermedades Comunicable: Descuido publica Salud: Abuso o Descuido: Alimento y requisitos Administracion Droga: Legal Procede: Aplicacion Ley: Pesquisidores, Directores.

Esta nota se publico y entra en vigencia en/o antes de el 14 de abril de 2003.

Somos requeridos por la ley a mantener la intimidad de, y proporcionar los individuos con, esta nota de nuestras practices legales de deberes e intimidad con respecto a informacion protegida, de salud. Si usted tiene cualquier objection a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de la Conformidad de HIPAA en la persona o por telefono en nuestro Numero Principal de Telefono.

La firma debajo de es solo reconocimiento que usted ha recibido esta Nota de nuestras Practicas de la Intimidad.

Imprima el Nombre: \_\_\_\_\_ Frima: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE MIEMBROS**

Todos los pacientes en el cuidado de los médicos de Salinas Pediatric Medical Group, Inc., tienen derecho a una atención médica completa en el ámbito de un consultorio pediátrico, las edades de 0-18 años de edad, de acuerdo con las normas establecidas por el Estado de California y la Academia Americana de Pediatría y la Asociación médica de los Estados Unidos a través del sistema legal de los Estados Unidos de América. Es la responsabilidad de los médicos a cargo de la atención de cada paciente para seguir las recomendaciones de las organizaciones antes mencionadas en la prescripción de medicamentos y en la realización de procedimientos en el transcurso del período de tratamiento. También es responsabilidad de los médicos a remitir al paciente a otro centro médico que puede suministrar el tratamiento correctivo de la condición del paciente, por si acaso la atención que se ofrece a través de este servicio no sea pertinente o con necesidad de tratamiento suplemento para las condiciones más severas.

Es la responsabilidad de las personas responsable de seguir las instrucciones que se dan al cuidador de un paciente por el médico que está a cargo de la atención en una fecha específica del servicio y que le informe al médico respecto a cualquier problema que tienen o pueden desarrollar en lo que respecta a la salud médica del paciente en cuestión.

# Salinas Pediatric Medical Group, Inc.

Estimado Paciente / Padre / Guardián,

Salinas Pediatric Medical Group utiliza la tecnología TeleVox para entregar mensajes automáticos a los teléfonos de los pacientes (por ejemplo, recordatorios de citas).

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento expreso para que nos comuniquemos con usted a través de nuestro programa de llamada automática a su casa, teléfono celular, o por medio de mensajes de texto.

---

**Paciente / Padre / Guardián**

---

**Fecha**