



Indira Sinha, MD
17618 Main Street
Dumfries, VA 22026

Phone 703-441-8998
Fax 703-445-8568
childrenfirstdumfries.com

1. CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA: Con mi firma o firma electrónica abajo, garantizo que soy el padre/la madre o el tutor legal del niño nombrado en la página 1 y / o 2 del Formulario de Registro del Paciente. Por la presente solicito y autorizo al médico y proveedores de atención médica de **NOMBRE DE LA PRÁCTICA AQUÍ** ("la Práctica") y a su personal cualificado, para llevar a cabo cualquier procedimiento de diagnóstico médico y de atención médica o quirúrgica que, a su juicio profesional se considere necesaria para diagnosticar y / o dar tratamiento a la(s) condición(es) que han hecho que busque servicios de atención médica para mi niño(a) en las oficinas de la Práctica. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y que hay riesgos y beneficios asociados con el recibir tratamiento médico. Reconozco y acepto que no se me hacen garantías en cuanto a los resultados y los resultados del examen médico y del tratamiento médico prestados por los médicos y el personal profesional de la Práctica.

2. DIVULGACION DE LA INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO. Por la presente autorizo a la Práctica de divulgar todo o cualquier parte o contenido del EXPEDIENTE médico de los pacientes nombrados en este Formulario de Registro a empresas de seguros, organizaciones o agencias que puedan estar interesadas en el pago de los servicios médicos prestados a los pacientes registrados de manera consistente con las regulaciones federales de HIPAA. Esta autorización se otorga con conocimiento pleno y el entendimiento de que dicha divulgación puede contener información que pueda resultar en una negación válida de prestaciones del seguro, o que por otra parte puede no servir a los intereses del/de los paciente(s) registrado(s) o a mi mismo.

3. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO: Por la presente solicito y autorizo que cualquier y todas las prestaciones de seguros vencidas y pagadas por los servicios médicos prestados a los pacientes sean pagadas directamente a la práctica.

4. RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD: Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para la práctica **NOMBRE DE LA PRÁCTICA AQUÍ**.

5. ACUERDO FINANCIERO Y GARANTÍA: Acepto la responsabilidad financiera completa por todos los servicios médicos prestados a los pacientes registrados y estoy de acuerdo con cualquier y todos los co-pagos de seguros, deducibles y co-seguro que pueden ser requeridos bajo los términos de mis pólizas de seguros médicos, así como de pagar por la atención médica que se considera un servicio "no cubierto" bajo los términos de mi plan de seguro médico. Además reconozco, entiendo y estoy de acuerdo, que en el caso de que no efectuara dichos pagos de acuerdo con las políticas de pago de la práctica, o en caso de incumplimiento de mi obligación financiera para pagar por los servicios rendidos, la Práctica puede terminar la relación "médico-paciente" con el(los) paciente(s) registrado(s), de conformidad con el Código de Virginia. Además, en caso de incumplimiento de mi obligación financiera, si mi cuenta se entregara a una agencia de cobranza externa por falta de pago, me comprometo a pagar cualquier gasto asociado con el cobro de cuentas morosas.

Entiendo que en caso de que el(los) paciente(s) no este(n) cubierto(s) por un plan de seguro médico, se requerirá de que haga un pago de depósito del 50% del costo estimado al momento de la visita antes de que se preste cualquier atención médica. Entiendo que el pago del depósito representa sólo un pago parcial de los honorarios que pueden ser cobrados por el servicio médico que sea prestado, y que recibiré un estado de cuenta de los gastos totales incurridos. Entiendo que este saldo debe ser pagado en su totalidad antes de la próxima visita o el día de la misma.

6. PRUEBAS DE VIH / HEPATITIS B O C: Reconozco que estoy informado de conformidad con la Sección 21.1-45.1 del Código de Virginia, de 1950, según enmendada, que si la provisión de servicios de la atención médica a los pacientes registrados expone a cualquier proveedor de atención médica a los fluidos del cuerpo del paciente, de manera que puedan transmitir el virus de la inmunodeficiencia o VIH o el virus de hepatitis B o C, entonces se considerará que el paciente ha dado su consentimiento para pruebas de infección por virus del VIH o la hepatitis B o C, y para la divulgación de los resultados de estas pruebas a la(s) persona(s) expuesta(s), según lo dispuesto por la ley.

7. INFORMACIÓN CORRECTA: El abajo firmante certifica que él /ella ha proporcionado la información correcta en el Formulario de Registro del Paciente y entiende que cualquier declaración falsa u ocultamiento de hechos materiales puede ser procesado según leyes federales y estatales aplicables. El abajo firmante certifica, además, que él / ella ha leído, entiende completamente y acepta la información anterior, los términos y condiciones y que es el padre/la madre del paciente o el tutor legal, debidamente autorizado para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

NOMBRE DE LA PRÁCTICA AQUÍ

VISITAS A LA OFICINA: son por cita solamente. Según nuestra política, los clientes sin turno previo no tienen prioridad sobre los padres que piden citas.

POLÍTICA DE RETRASO: A los pacientes se les pide llegar 10 minutos antes de la hora programada de su cita con el fin de completar el proceso de registro. Los pacientes que lleguen más de 20 minutos tarde tendrán que reprogramar su cita para la próxima apertura disponible de manera consistente con el tipo de cita solicitada. Sólo niños gravemente enfermos se acomodaran en el horario del médico mas tarde ese mismo día.

CANCELACIONES: Como una cortesía tanto para su médico y otras familias con niños enfermos, le pedimos que cancele cualquier citas programada con 24 horas de anticipación para que otros puedan utilizar ese tiempo. El no asistir a una cita sin previa cancelación se considera como " SIN APARECER". A los pacientes considerados "SIN APARECER" se les cobrará \$0 por cada cita perdida.

CO-PAGO: se deben pagar en el momento de cada visita. Esta es la política de su compañía de seguro con lo cual nuestra oficina esta obligada. Si usted no paga su co-pago, se le proporcionará un sobre con nuestra dirección para que nos envíen el pago dentro de 3 días hábiles. Si usted no paga su co-pago y tiene que ser facturado por la oficina, habrá un cargo de procesamiento de \$0 adicional al co-pago.

PRESENTE UNA TARJETA DE SEGURO VÁLIDA EN CADA VISITA: Si solicita que le facturemos a su seguro por la atención de su niño, usted debe presentar una tarjeta de seguro válida en cada visita. El no presentar una tarjeta válida puede resultar en que se le requiera hacer un depósito del 50% como paciente auto-pago por la visita.

LOS NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS DEBEN TENER UN PADRE / TUTOR PRESENTE: Los niños menores de 18 años no pueden consentir legalmente a su propio tratamiento. El tratamiento sólo puede ser aprobado por un padre o tutor legal. Si no puede asistir a su cita y debe enviar su niño(s) solo(s), o con un hermano mayor, abuelos o niñera tenga en cuenta que ellos no tienen autoridad legal para proporcionar un "consentimiento para tratamiento" para su niño. Usted debe enviar una CARTA DE AUTORIZACIÓN FIRMADA CON ELLOS, o darnos por escrito autorización previa nombrando a la(s) persona(s) que usted aprueba con anticipación a consentir al tratamiento en su nombre. Si usted desea hacer esto, por favor solicite un FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN con nuestro personal de recepción.



Indira Sinha, MD
17618 Main Street
Dumfries, VA 22026

Phone 703-441-8998
Fax 703-445-8568
childrenfirstdumfries.com

Consentimiento Sencillo para Compartir Información Médica con Los Médicos de CIQN que Me Tratan a Mi o a Mi Niño

INTRODUCCIÓN

Como parte de nuestro compromiso para mejorar la calidad y la coordinación de asistencia médica para los niños que servimos, **Children First, Inc** ha decidido participar en Children's IQ Network® (CIQN) de Children's National Health System. Este innovador programa es el primero en el país que trata de proporcionar coordinación de atención médica en tiempo real mediante un expediente médico electrónico que permite un sistema de comunicación entre su médico o el de su niño y uno de los hospitales de niños líderes del país.

Este CONSENTIMIENTO SENCILLO nos permitirá compartir la información, por ejemplo, con un médico de urgencias que lo está tratando a usted o a su niño, o con un especialista con el cual usted está de acuerdo a que nosotros lo refiramos a usted o a su niño, para que ellos puedan acceder rápidamente la información crítica sobre usted o su niño de su expediente médico antes de comenzar el tratamiento. Esto debería reducir dramáticamente la posibilidad de errores médicos, incluyendo las interacciones adversas de los medicamentos o reacciones alérgicas.

La información médica de usted y de su niño es cifrada y únicamente los profesionales de salud que cuidan de usted o de su niño y tienen la necesidad de saber la pueden acceder.

Como **Children First** es parte de CIQN, este CONSENTIMIENTO SENCILLO por escrito permitirá el intercambio electrónico de información con cualquier proveedor dentro de CIQN, a quien usted ha elegido para participar en el tratamiento de usted o de su niño. Usted tiene la opción de optar por salir de CIQN. Si decide salirse, tendrá que firmar un formulario de consentimiento por separado cada vez que usted o su niño necesite ser visto por otro miembro de CIQN además de **Children first Inc**

DERECHOS DEL PACIENTE: He recibido una copia de la Hoja de Información de CIQN. Entiendo que la información médica del paciente aun será almacenada electrónicamente para el expediente de mi médico, y que un resumen electrónico de salud estará disponible para otros médicos a través de CIQN. También entiendo que tengo el derecho a no compartir (optar no) información médica con otros médicos dentro de CIQN.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA: Entiendo que Children's National cumple con todas las regulaciones federales y locales, incluyendo HIPAA; y que este Consentimiento incluye mi acuerdo de que Children's National puede utilizar información médica privada para mi tratamiento o el de mi niño según lo definido en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Estoy de acuerdo con que Children's National utilice la información médica no identificada mía o de mi niño para investigación debidamente revisada y aprobada y para actividades de mejora de la calidad.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del padre/tutor legal/paciente de 18 años de edad o mayores

Fecha