

TAMPA CHILDREN'S EYE CLINIC AND SURGERY
UNA DIVISIÓN DE FLORIDA PEDIATRIC ASSOCIATES, LLC

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE Y PIDA AL PERSONAL QUE EXPLIQUE LOS TÉRMINOS QUE NO SON FAMILIARES O QUE SEAN CONFUSOS.

LUEGO, COLOQUE LAS INICIALES EN LOS CONSENTIMIENTOS CORRESPONDIENTES Y FIRME EN LA PARTE INFERIOR DEL FORMULARIO

_____ **Consentimiento general para tratamiento**

Doy mi consentimiento para la atención médica y el tratamiento que incluye un examen médico de rutina, pruebas de diagnóstico, inmunizaciones (cuando esté indicado y proporcionado por esta oficina) y otros servicios médicos que se consideren necesarios o convenientes según el criterio del médico o de otros profesionales que brinden atención. Entiendo que ciertos aspectos de la atención pueden ofrecerse en un centro que es propiedad del consultorio o del médico tratante, y si es así, se divulgará esta información y se identificarán centros alternativos. Entiendo que los estudiantes de profesionales de la salud pueden participar en mi cuidado bajo la supervisión de un médico tratante o de otro profesional de la salud. Soy consciente de que la práctica de la medicina (incluida la cirugía) no es una ciencia exacta y reconozco que ni el proveedor ni el personal de la oficina han dado ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que pueden obtenerse. Entiendo que el consultorio médico puede negarse a brindar atención si me niego a firmar este consentimiento o si, en cualquier momento, decido revocar este consentimiento.

_____ **Consentimiento para recetas electrónicas (prescripción electrónica)**

Autorizo voluntariamente la prescripción electrónica para recetas, lo que permite a los proveedores de atención médica enviar electrónicamente las recetas a la farmacia de mi elección, revisar la información de beneficios de farmacia y el historial de dispensación de medicamentos siempre que exista una relación médico/paciente.

_____ **Consentimiento para fotografía de identificación** *(aplicable solo si esta oficina está utilizando un registro médico electrónico).*

Doy mi consentimiento para una fotografía del paciente que solo se utilizará con fines de identificación y se guardará de forma segura. La atención médica no se verá afectada si me niego a dar mi consentimiento o retiro mi consentimiento en el futuro.

_____ **Consentimiento para llamar**

Entiendo y acepto que la práctica puede necesitar contactarme con respecto a citas, atención preventiva, resultados de pruebas, recomendaciones de tratamiento, saldos pendientes o cualquier otra comunicación del grupo médico. Estas comunicaciones pueden incluir llamadas automáticas, correos electrónicos y mensajes de texto enviados a mi teléfono fijo y/o dispositivo móvil. Entiendo que debo "optar" voluntariamente por recibir comunicaciones automáticas de mensajes de texto del consultorio médico y aceptar los términos y condiciones adicionales establecidos por mi operador de telefonía móvil.

_____ **Pruebas de consentimiento en caso de exposición al trabajador de la salud**

Entiendo que en el caso de que un trabajador de la salud se exponga accidentalmente a la sangre o a los fluidos corporales de un paciente, se le pedirá que se someta a un análisis de sangre para determinar la presencia de un antígeno de superficie de hepatitis B o C y/o a los anticuerpos de un síndrome de inmunodeficiencia humana (VIH). Entiendo que estas pruebas se realizan mediante la extracción y el análisis de una pequeña cantidad de sangre del paciente. Reconozco que estas pruebas pueden, en algunos casos, indicar que una persona ha estado expuesta a estos virus cuando la persona no lo ha hecho (falso positivo) o puede no detectar que una persona ha estado expuesta a estos virus cuando la persona realmente lo ha estado (falso negativo). Si cualquier prueba es positiva, la práctica brindará asesoramiento sobre el significado de estas pruebas en lo que se refiere a la atención médica del paciente. Entiendo que los resultados de estas pruebas se mantendrán confidenciales en la medida que lo permita la ley y que la distribución no autorizada de los resultados de estas pruebas es un delito penal según la ley estatal.

El abajo firmante certifica que ha leído y entiende este documento y tiene el derecho legal y está debidamente autorizado para proporcionar el consentimiento para las disposiciones rubricadas como el paciente o el padre o tutor legal del paciente.

Paciente (nombre en letra de imprenta):

Firma del paciente o persona autorizada: _____

TAMPA CHILDREN'S EYE CLINIC AND SURGERY

UNA DIVISIÓN DE FLORIDA PEDIATRIC ASSOCIATES, LLC

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Entiendo que como parte de mi atención médica, la práctica crea y mantiene registros en papel y/o electrónicos que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y todos los planes para un tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Base para planificar mi cuidado y tratamiento
- Medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado, como las derivaciones
- Fuente de información para aplicar mi información de diagnóstico y tratamiento a mi factura
- Medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados se prestaron realmente
- Herramienta para operaciones de atención médica de rutina, como evaluar la calidad y revisar la competencia del personal

Reconozco que me han proporcionado un "*Aviso de prácticas de privacidad del paciente*" que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información y de mis derechos de privacidad. Entiendo que tengo derecho a:

- Revisar el "*Aviso*" antes de reconocer este consentimiento
- Restringir o revocar el uso o divulgación de mi información de salud para otros usos o propósitos
- Solicitar restricciones en cuanto a cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede ser necesario divulgar información médica a otra entidad, por ejemplo, referencias a otros proveedores de atención médica. Entiendo que mi información puede ser utilizada o divulgada, sin autorización, según lo permita o exija la ley.

Por la presente, permito y autorizo al consultorio médico a analizar mi/la información de salud protegida (PHI) del paciente con las personas que se enumeran a continuación, incluida la que puede acompañarme a mí/al paciente a esta oficina para una evaluación o tratamiento médico. Las personas autorizadas deben presentar una identificación positiva en persona o indicar mi contraseña si se comunican por teléfono. Entiendo que puedo comunicarme con esta oficina para editar o rescindir esta autorización en cualquier momento.

Código de acceso para ser utilizado por personas autorizadas: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

El suscrito certifica que ha leído y entendido este documento y que tiene el derecho legal y está debidamente autorizado para formalizar este documento, además acepta sus términos como el paciente o el padre o tutor legal del paciente.

Paciente (nombre en letra de imprenta): _____

Firma del paciente o persona autorizada: _____

Relación: _____ Fecha: _____

TAMPA CHILDREN'S EYE CLINIC AND SURGERY
UNA DIVISIÓN DE FLORIDA PEDIATRIC ASSOCIATES, LLC

AVISO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE Y PIDA AL PERSONAL QUE EXPLIQUE LOS TÉRMINOS QUE NO SON FAMILIARES O QUE SEAN CONFUSOS. SE REQUIERE FIRMA.

Declaración de Responsabilidad Financiera

Entiendo que soy responsable del pago de esta cuenta y, por la presente, asumo y garantizo el pago puntual de todos los gastos producidos. Al considerar los servicios prestados al paciente mencionado en este documento, acepto ser financieramente responsable y pagar los cargos por todos los servicios solicitados por los proveedores. Entiendo que cualquier saldo adeudado como resultado de no tener seguro o tener un seguro insuficiente se pagará de inmediato. Asimismo, entiendo que si no mantengo pagos constantes, mi cuenta puede ser referida a un agente de cobranza y/o abogado, y acepto pagar todos los cargos relacionados con el cobro. Entiendo que si mi seguro tiene un requisito de precertificación o autorización, es mi responsabilidad notificar a la compañía de los servicios prestados de acuerdo con las disposiciones del plan. Entiendo que si no lo hago, se reducirá o denegará el pago del beneficio y seré responsable de todos los saldos.

Asignación de Beneficios

Solicito que el pago de los beneficios autorizados del seguro, incluido Medicare, si soy un beneficiario de Medicare, se realice en mi nombre a Florida Pediatric Associates por cualquier servicio médico que me brinde esa organización.

Divulgación de información médica

Entiendo que Florida Pediatric Associates, sus socios comerciales, cualquier médico tratante/cirujano y/o mi compañía de seguros pueden obtener, usar y/o divulgar información con fines de tratamiento, pago y operaciones normales de atención médica. Este uso y divulgación pueden incluir a agencias de cobro y a agencias de crédito. La información puede contener datos psiquiátricos, abuso de drogas, alcohol y/o estatus de VIH. Entiendo que si no doy mi consentimiento para la divulgación de información con fines de pago, Florida Pediatric Associates y otros proveedores de atención médica no podrán facturar a mi compañía de seguros o a otra parte que sea o pueda ser responsable del pago de los servicios documentados por la información retenida, y se me facturará directamente por estos servicios. Los pacientes con dispositivos implantables aceptan la divulgación de sus números de Seguro Social al fabricante del dispositivo para cumplir con la Ley de dispositivos médicos seguros. Para obtener una descripción más detallada de los usos y las divulgaciones para el tratamiento, el pago o las operaciones normales de atención médica, revise el Aviso de Prácticas de Privacidad de Florida Pediatric Associates. Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por equipos o servicios afines a la organización, la Administración de Financiación de la Atención Médica, mi compañía de seguros u otra entidad médica. Se enviará una copia de esta autorización a la Administración de Financiación de Atención Médica, a mi compañía de seguros o a otra entidad, si así lo solicita. El original será archivado por la organización. Reconozco que he recibido información sobre mis derechos a la privacidad de la información según los reglamentos de HIPAA, como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Florida Pediatric Associates.

Notificación de servicios no autorizados, no cubiertos o fuera del plan

Tengo conocimiento de que algunos servicios prestados por Florida Pediatric Associates pueden ser considerados "no cubiertos" por mi aseguradora o Medicare. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba la reclamación. Entiendo que si mi plan de seguro no considera ningún servicio prestado como un servicio cubierto o si mi plan de seguro no ha autorizado este servicio, no pagarán por el servicio prestado durante esta visita ambulatoria. También entiendo y acepto que, en el caso de los servicios fuera de plan/red, es posible que se reduzcan los beneficios y que se me solicite pagar un copago, coseguro u otro cargo mayor. Soy responsable de la factura completa o del saldo de la factura según lo determinado por la práctica y/o mi asegurador de atención médica si las reclamaciones presentadas o cualquier parte de ellas son rechazadas por el pago.

Renuncia a las cláusulas "usuales, habituales y razonables" - (Para pacientes con cobertura "fuera de la red").

Reconozco que la tarifa cobrada por el Consultorio en concepto de los servicios que se me han prestado, o a la persona por la que asumo responsabilidad financiera, puede exceder las tarifas consideradas "usuales, habituales y razonables", debido a los servicios y al personal especializado. Sin embargo, acepto pagar los aranceles de práctica en su totalidad, incluso si la cantidad es mayor a la que me reembolsa mi compañía de seguros.

Solo para beneficiarios de Medicare

Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago conforme al Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga en mi nombre al Consultorio por cualquier servicio que me proporcione el médico del Consultorio u otro proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. En el caso de los beneficios de la Parte B de Medicare, solicito el pago a mí mismo o a la parte que acepte la asignación.

El suscrito certifica que ha leído y entendido este documento y que tiene el derecho legal y está debidamente autorizado para formalizar este documento, además acepta sus términos como el paciente o el padre o tutor legal del paciente.

Paciente (nombre en letra de imprenta): _____

Firma del paciente o persona autorizada: _____

Relación: _____ Fecha: _____

TAMPA CHILDREN'S EYE CLINIC AND SURGERY
UNA DIVISIÓN DE FLORIDA PEDIATRIC ASSOCIATES, LLC

POLÍTICA DE PAGO

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE Y PIDA AL PERSONAL QUE EXPLIQUE LOS TÉRMINOS QUE NO SON FAMILIARES O QUE SEAN CONFUSOS. SE REQUIERE FIRMA.

Gracias por elegirnos para sus necesidades de atención médica. Nuestra relación tiene mayores beneficios cuando las expectativas se entienden claramente. Debido a que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas con respecto a la responsabilidad del paciente y del seguro por los servicios prestados, desarrollamos esta política de pago para ayudarlo a comprender mejor sus responsabilidades financieras en relación con la atención médica que brindamos. Le pedimos que lea la política, haga cualquier pregunta que pueda tener y firme en la sección de Reconocimiento. Se le proporcionará una copia a solicitud.

Todos los pacientes deben proporcionarnos una identificación válida (licencia de conducir) y una copia actual y válida de las tarjetas de seguro primario y secundario, si corresponde, para brindar una constancia de seguro. Hacemos todo lo posible para confirmar la elegibilidad de su seguro y determinar los montos que deberá pagar antes de su visita, pero a veces ese monto cambia según el alcance de los servicios que realmente se brindan.

Nuestra política es cobrar los montos adeudados de los pacientes, incluidos copagos, deducibles y coseguros el mismo día en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. La práctica acepta pagos en efectivo, cheques personales, pagos con tarjeta de crédito y débito, aunque se aplicarán cargos adicionales si se deniega un cheque personal por falta de fondos. La práctica se reserva el derecho de rechazar la atención no urgente a los pacientes que se nieguen a gestionar su responsabilidad.

Seguro

Nuestra práctica está contratada con la mayoría de las compañías de seguros, incluidos Medicaid y Medicare, y presentaremos reclamaciones a esas compañías en su nombre. Los planes de seguro pueden reestructurar el tipo y/o número de servicios cubiertos y/o el número o tipo de proveedores elegibles. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Si tiene preguntas sobre su cobertura, comuníquese con su compañía de seguros y confirme que nuestros médicos participan en su plan de seguro, ya sea que se requiera o no una derivación de atención primaria o una autorización de seguro, y que los servicios que necesita realmente estén cubiertos por su plan de salud. Si está asegurado por un plan con el que hacemos negocios pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago completo de cada visita hasta que podamos verificar su cobertura.

Si no hemos celebrado contrato con su compañía de seguros, se espera el pago de todos los servicios al momento de la prestación de dichos servicios. Como cortesía, presentaremos reclamaciones a su compañía de seguros. Si no tiene cobertura de seguro, se espera el pago de todos los servicios al momento de la prestación de dichos servicios.

Copagos y deducibles

Todos los deducibles de copagos y montos de coseguro requeridos por su compañía de seguros deben pagarse en el momento del servicio sin excepción.

Servicios no cubiertos.

Tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, los servicios que recibe pueden no estar cubiertos o ser considerados razonables o necesarios por su plan de seguro. Debe pagar estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.

Presentación de reclamaciones.

Presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos de cualquier manera que podamos para que sus reclamaciones sean pagadas. Su compañía de seguros puede necesitar que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad ya sea que su compañía de seguros pague su reclamo o no. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte de ese contrato.

Cambios en la cobertura.

Si su seguro cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus beneficios máximos.

Falta de pago.

Tenga en cuenta que si un saldo no se paga, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobranza y podrá ser eximido de esta práctica.

Inasistencia a una cita.

Es posible que se le cobre una tarifa por la inasistencia a alguna cita que no se cancele al menos con un día de anticipación. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente a usted. Verifique con la recepción o con el gerente de la oficina lo que se cobra por la tarifa de inasistencia a citas. Ayúdenos a brindarle un mejor servicio asistiendo a su cita programada regularmente. La inasistencia reiterada a las citas derivará en el alta de la práctica.

Pacientes Menores de Edad

El adulto que acompaña al menor y/o el padre o el tutor del menor son responsables del pago al momento del servicio. Se denegará el tratamiento que no sea de emergencia para menores no acompañados, a menos que se hayan hecho arreglos de pago por adelantado.

Registros médicos

No cobramos por enviar registros médicos a otro proveedor de atención médica. Si solicita una copia impresa de su registro médico, habrá un cargo de \$ 1.00 por página para las primeras 25 páginas, y \$.25 por cada página adicional.

Preguntas sobre facturación

Si tiene una pregunta relacionada con la facturación, comuníquese con Florida Pediatric Associates LLC, 866 - _____

El suscrito certifica que ha leído y entendido este documento y que tiene el derecho legal y está debidamente autorizado para formalizar este documento, además acepta sus términos como el paciente o el padre o tutor legal del paciente.

Paciente (nombre en letra de imprenta): _____

Firma del paciente o persona autorizada: _____

Relación: _____ Fecha: _____