



Políticas Generales de la Oficina/Consentimientos/Información

¡Bienvenidos a **RAINBOW CHILDREN'S CLINIC, P. A.** donde el cuidado de los niños es lo mejor! Muchas gracias por escoger nosotros como tu Proveedora de Cuidado Primario (PCP). Nuestro personal está comprometido a proveerles el mejor cuidado médico en un ambiente que es profesional, afectuoso y agradable para los niños. Lo siguiente son nuestras políticas del consultorio. Para servirles mejor, por favor tome el tiempo de leer y entenderlas. Si tiene algunas preguntas, favor de consultar con nuestro personal.

CITAS: Por cortesía a nuestros pacientes, también les hablaremos para recordarles de su cita. Sin embargo, es su responsabilidad de acudir a cada cita. Debe hablar con 24 horas de anticipación para cancelar su cita, de esta manera otro paciente puede hacer atendido. Algunas compañías de seguro requieren que les informe cada vez que NO acude a su cita. Cualquier paciente que llegue atrasado por más de 15 minutos a su cita tal vez tendrá que programar otra cita a tal vez tendrá que esperar para hacer atendido un debido tiempo que será determinado por nuestra personal médico.

EXPEDIENTES: Cuando solicite expedientes médicos u otra información que se le dé a usted debe ser listado como una parte responsable y presentar una tarjeta de idéntica de imagen valida. Hay un cargo de \$25 por los expedientes médicos y un cargo de \$10 por las tarjetas de inmunización. Sin embargo, los registros pueden ser enviados directamente a un centro solicitante de forma gratuita, siempre y cuando haya completado y firmado un formulario de liberación de registros. Por favor llene el formulario "Autorización para liberar información de salud" en caso de que su proveedor desee obtener sus registros o compartirlos con otra institución.

CONDUCTA: Por favor, vigile a sus hijos asegurándose de que estén seguros siempre. Por favor asegúrese de que no destruyan propiedad de la clínica y jueguen con nuestros instrumentos y suministros médicos. Evite el uso de lenguaje desagradable o amenazante y la exhibición de conductas inapropiadas.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

LA CLINICA SE RESERVA EL DERECHO DE TERMINAR LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN CUALQUIER MOMENTO.

HIPPA: Su firma abajo reconoce que ha leído la Notificación de Practicas de Privacidad para Rainbow Children's Clinic que fue dada a usted o publicada en la sala de espera.

DECLARACIÓN DE AGRADECIMIENTO DEL CLIENTE: Entiendo que los servicios o artículos que puedo solicitar o recibir para el paciente no pueden ser considerados médicamente necesarios por el Proveedor Médico y no pueden ser aprobados o pagados por la compañía de seguros. En este caso, entiendo que seré responsable del pago de dichos artículos y servicios.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: He leído y comprendido todos los formularios del nuevo paquete de pacientes y he dado permiso para que el paciente reciba servicios en la Clínica Rainbow Children's y sea tratado por sus proveedores y personal médico.

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma de padre/Madre/tutor legal

Fecha