



Bienvenido a nuestro consultorio pediátrico. Es un privilegio ser su médico de atención primaria y espero con interés colaborar con usted para resolver cualquier problema médico, mantener la salud de sus hijos y mejorar su calidad de vida.

El personal de la Clínica y yo estamos dedicados a proveerle una atención médica eficiente de la más alta calidad. Para ello, hemos desarrollado políticas de oficina para mantener nuestra oficina funcionando eficientemente y darle un mejor servicio. Por favor revise cuidadosamente las siguientes políticas, y no dude en hacer preguntas para aclarar sus inquietudes.

Puede ser atendido con citas o sin cita previa. Si tiene que ser visto con urgencia, por favor llámenos tan pronto como sea posible en el día, de preferencia en cuanto se abre la oficina. También puede dejar un mensaje en nuestro contestador automático y le devolveremos la llamada en menos de 24 horas.

No enviaremos referencias, notas del médico, notas de enfermedad, formularios de solicitud de laboratorio o resultados de laboratorio via fax, correo o correo electrónico. Debido a las regulaciones de HIPPA, todos los documentos anteriormente citados deben ser recogidos personalmente durante las horas de trabajo. Por favor solicitamos al menos 1 semana para preparar sus formularios o documentos. Todos los formularios a llenar por el medico tienen un cargo de \$ 25.00. Los formulario de vacunas tienen un costo de \$5.

Por favor, recoger todas las recetas en el momento de la cita. Para renovar sus medicamentos por favor haga que su farmacia nos contacte vía telefónica y que nos llame durante las horas de oficina. La Dra. Pourrat no escribe recetas durante las horas no laborales. Para comunicarse con la Dra. Pourrat o su personal le sugerimos que se una al portal. Por favor pregunte en la recepción para más información.

Todas las citas perdidas están sujetas a un cargo de \$ 25.00. Se requiere un aviso de 24 horas para todas las cancelaciones. Si pierde 3 o más citas, le solicitaremos buscar otro médico de atención primaria.

TODOS LOS SALDOS ADEUDADOS Y COPAGOS DEBER SER PAGADOS ANTES DE SACAR UNA NUEVA CITA. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito. Si usted no paga sus cuentas será enviado a colección. Usted tiene todo el derecho de comunicarse con su seguro para reclamar en su nombre. Sin embargo, si el reclamo es negado por razones no relacionadas con nuestros procedimientos usted es responsable de resolver el problema o pagar el saldo completo.

Gracias,

The Village Pediatric & Wellness Center

He leído, comprendido y acepto todas las políticas anteriores. Entiendo que no seguir estas pautas puede ser motivo de ser despedido de esta práctica.

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/GUARDIAN

FECHA

FORMULARIO DE REGISTRO

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____
Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Etnicidad: _____ País: _____
Dirección: _____
Apto# _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información de la Madre

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Etnicidad: _____ País: _____
Teléfono celular: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____
Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Empleador: _____
Correo electrónico: _____

Información del Padre

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Etnicidad: _____ País: _____
Teléfono celular: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____
Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Empleador: _____
Correo electrónico: _____

Farmacia: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Quién lo refirió a THE VILLAGE PEDIATRIC & WELLNESS CENTER?

Familia Amigos Cerca de casa o trabajo Internet Seguro médico Otro _____

Seguro Médico

Aetna Amerigroup Blue Cross/Blue Shield Cigna Maryland Physician Priority Partners
 Riverside Tricare United Medicaid Self Pay Other.

Información del asegurado

Nombre: _____ Apellido: _____ # Identificación: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Grupo: _____ Copay: \$ _____

Contacto de Emergencia (familiares o amigos)

Nombre: _____ Relación con el paciente _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación con el paciente _____ Teléfono: _____

Yo autorizo a mi Seguro a pagar directamente al Médico. Entiendo que soy responsable de pagar cualquier monto que el seguro no cubra. Yo también autorizo a THE **VILLAGE PEDIATRIC & WELLNESS CENTER** y a mi compañía de Seguro a facilitar cualquier información necesaria para completar el proceso de pago.

Firma de Padre/Paciente/Tutor Legal: _____ Fecha: _____



ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER USTED A ESTA INFORMACIÓN. **REVÍSELA CON CUIDADO.**

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

Tratamiento: Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Dirigir nuestra organización: Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica **The Village Pediatric & Wellness Center** mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Facturar por sus servicios: Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades. Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas).

Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad: Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas: Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley: Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos: Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario: Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico: Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corrijamos su historial médico: Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.

Solicitar comunicaciones confidenciales: Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año, pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad: Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre: Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 (español) o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html (español).
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.



THE VILLAGE PEDIATRIC & WELLNESS CENTER
50 West Edmonston Drive Suite 502 Rockville, MD 20852
Teléfono: 240-614-7999 or 301-637-3005 Fax: 866-449-4067

SOLICITUD DE TRASLADO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre de paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Tel Casa: _____ Celular: _____

Autorizo a The **Village Pediatric & Wellness Center** a solicitar la información médica personal a :

Nombre de Oficina: _____
Nombre del Doctor: _____
Dirección: _____
Número de Teléfono: _____
_____ Correo _____ Fax a The **Village Pediatric & Wellness Center**

PROPOSITO (escoger una opción)

___ Cambio de médico ___ Consulta ___ Escuela ___ Otra razón (sea específico) _____

INFORMACION REQUERIDA (Por favor sea específico, si conoce la fecha de la cita)

___ Registro Médico ___ Notas Clínicas ___ Reporte del Patología
___ Reporte de consulta ___ Registro de medicamentos
___ Registro de vacunas ___ Resultados de Resonancia Magnética
___ Otro (especifique) _____

Autorizo la solicitud de la información médica de mi hijo(a) de la oficina y medico referido en este documento.

Firma del Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____

Firma del Paciente (mayor de 18 años) _____ Fecha _____



CARTA DE RENUNCIA DE PRIVACIDAD

Estimado Padre y/o Guardián

La privacidad de nuestros pacientes y de su familia es muy importante para nosotros. Si desea comunicarse con nosotros por razones médicas, le ofrecemos un método seguro y aprobado por HIPPA, nuestro PORTAL (https://mycw104.ecwcloud.com/portal14237/jsp/100mp/login_otp.jsp).

No recomendamos el uso de texto regular, o cualquier otro programa regular de medios sociales como WhatsApp, Messenger, Viber, etc. Si prefiere no utilizar el portal, necesitamos saber la mejor manera de comunicarse con nosotros ya que es una cuestión legal para nosotros.

Firme por favor esta renuncia y dejemos saber la manera preferida para comunicarse con nosotros. Esta renuncia debe ser renovada anualmente.

Maneras seguras de comunicarse con nosotros:

Portal (e-mail) _____

Teléfono ___ podemos dejar un mensaje en su contestador automático ___ Sí ___ No

Nombre de la persona que puede recibir un mensaje si no está en casa _____

Maneras no seguras de comunicarse con nosotros:

Texto ___ Messenger ___ WhatsApp ___ Correo regular ___ Otro _____

Si la condición médica lo requiere, es posible que necesitemos tomar fotografías de su hijo(a) por razones médicas para complementar los expedientes médicos de su hijo(a). Para su privacidad requerimos su permiso para tomar la foto, nunca se copiará, enviará. La foto se tomará con una cámara sin capacidad de transmisión electrónica.

De acuerdo _____ En desacuerdo _____

Nombre del Padre /Guardián _____

Firma del Padre/Guardián _____

Fecha _____



Política de cancelación de su cita

Querido paciente:

Con el fin de darle la mejor atención posible, hemos reservado un tiempo específico para su cita para usted. Si no puede asistir a la cita programada. Por favor le solicitamos que nos avise con 24 horas de anticipación.

Si usted no asiste o no cancela su cita con 24 horas de anticipación, se le agregara un cargo de \$25.00 a su cuenta.

Nombre del Paciente:

Firma del Paciente/ Padre de familia/ Guardian

Fecha



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, Y GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

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

INTRODUCCIÓN

Como parte de nuestro compromiso para mejorar la calidad y la coordinación de asistencia médica para los niños que servimos, **THE VILLAGE PEDIATRIC & WELLNESS CENTER** 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(a) 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(a), 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(a) 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(a) 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 **THE VILLAGE PEDIATRIC & WELLNESS CENTER** 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 **THE VILLAGE PEDIATRIC & WELLNESS CENTER**.

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 de 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