



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 vía 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 de escuela es un cargo de \$15.00 y formularios de Deportes un cargo de \$20.00.** Las compañías de seguros no cubren estas tarifas.

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 **\$50.00 para seguros privados**. 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,

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

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M/F

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M/F

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M/F

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M/F

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información de la Madre

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

Información del Padre

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Etnicidad: _____ País: _____
Teléfono celular: _____ 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/BlueShield 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: _____



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE SU HIJO Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISELA CUIDADOSAMENTE.

Nuestros Usos y Divulgaciones

Tratamiento: la información de salud de su hijo puede ser utilizada por miembros del personal o divulgada a otros profesionales de la salud con el fin de evaluar su salud, diagnosticar afecciones médicas y brindar tratamiento.

Pago: la información de salud de su hijo se puede usar para el pago de su seguro de salud y otras fuentes de cobertura.

Operaciones de atención médica: la información médica de su hijo se puede usar según sea necesario para respaldar las actividades diarias y la administración de The Village Pediatric & Wellness Center.

Cumplir con la ley: 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.

Informes de salud pública: la información de salud de su hijo se puede divulgar a las agencias de salud pública según lo exige la ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar ciertas enfermedades contagiosas al departamento de salud pública del estado. Otros usos y divulgaciones requieren su autorización. La divulgación de la información médica de su hijo o su uso para cualquier otro propósito que no sea el mencionado anteriormente requiere su autorización específica por escrito. Si cambia de opinión después de autorizar el uso o divulgación de la información de su hijo, puede presentar una revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni anulará el uso o divulgación de información que haya ocurrido antes de que nos notifique su decisión de revocar su autorización.

Sin su autorización, estamos expresamente prohibidos de usar o divulgar la información médica protegida de su hijo para fines de marketing cuando se trata de una remuneración financiera. No podemos vender la información médica protegida de su hijo sin su autorización. No podemos usar ni divulgar la mayoría de las notas de psicoterapia contenidas en la información médica protegida de su hijo.

Usos adicionales de la información

- Recordatorios de citas: el personal utilizará la información de salud de su hijo para enviarle recordatorios de citas.
- Información sobre tratamientos: la información de salud de su hijo se puede usar para enviarle información sobre el tratamiento y el tratamiento de su afección médica que le puedan interesar.
- También podemos enviarle información que describa otros productos y servicios relacionados con la salud que creemos que pueden interesarle.
- Recaudación de fondos: no nos comunicaremos con usted ni utilizaremos la información médica o personal de su hijo para fines de recaudación de fondos.
- Mercadeo: a menos que nos solicite que no lo hagamos, hay algunas actividades de mercadeo para las cuales podemos usar su nombre y dirección, para brindarle información sobre los

servicios disponibles en nuestra práctica y los cambios que pueden ocurrir en nuestra práctica. Por ejemplo, si nos mudamos o agregamos una ubicación de oficina, marque la siguiente casilla: ___ por favor no use mi información con fines de marketing.

Derechos de los pacientes

Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares de privacidad federales. Éstos incluyen:

- El derecho a solicitudes razonables para que la información médica protegida de su hijo no se use ni se divulgue.
- El derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre la condición médica y el tratamiento de su hijo
- El derecho de inspeccionar y copiar la información médica protegida de su hijo.
- El derecho a enmendar o enviar correcciones a la información médica protegida de su hijo.
- El derecho a recibir un informe de cómo ya quién se ha divulgado la información médica protegida de su hijo.
- El derecho a cambiar de opinión y decidir no autorizar el uso o divulgación de la información médica protegida de su hijo.

Los deberes de Village Pediatric & Wellness Center

La ley nos exige mantener la privacidad de la información médica protegida de su hijo y proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad. También estamos obligados a cumplir con las políticas de privacidad y se describen en este aviso. En el caso de una violación de información médica protegida no segura, si su información ha sido comprometida, es nuestro deber notificarlo. Una vez que su hijo cumpla 18 años, deberá completar el formulario de divulgación que autoriza a **The Village Pediatric & Wellness Center** para mantener la comunicación con usted con respecto a su información médica y personal.

Las autorizaciones de divulgación serán hasta que sean revocadas por el paciente por escrito. Si el paciente desea enviar un formulario de divulgación, puede obtener uno de la recepcionista el día de su visita. Tenga en cuenta que una vez que el paciente es mayor de 18 años, él / ella es el único que puede enviar una solicitud de copias de los registros médicos. Las personas nombradas en el formulario de divulgación no pueden solicitar la liberación de registros en nombre del paciente.

The Village Pediatric and Wellness Center compartirá información médica y personal con ambos padres de un menor de edad. No podemos restringir la comunicación con uno de los padres a solicitud, a menos que se nos presenten los documentos legales del tribunal que describen las restricciones. Es posible que solicitemos ver la identificación con fotografía de un padre y la copia original del certificado de nacimiento del niño si el padre que solicita información no ha sido nombrado en el formulario de registro de paciente original.

Se puede requerir que los tutores legales muestren la documentación judicial como prueba de tutela.

Derecho a revisar las prácticas de privacidad

Según lo permitido por la ley, nos reservamos para modificar o modificar políticas y prácticas. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales. Cuando lo solicite, le proporcionaremos el aviso revisado más reciente en cualquier visita al consultorio. Las políticas y prácticas revisadas se aplican a toda la información de salud que mantenemos.

Solicitudes para inspeccionar información de salud protegida

En general, puede inspeccionar o copiar la información médica protegida que mantenemos.

Según lo permitido por la regulación federal, requerimos que las solicitudes para inspeccionar o copiar información médica protegida se presenten por escrito. Si desea utilizar nuestro Formulario de solicitud médica, puede encontrarlo en nuestro sitio web.

www.thevillagepediatric.com.

Su solicitud será revisada y generalmente se aprobará a menos que sean razones legales o médicas para denegar la solicitud.

Quejas

Si desea enviar un comentario sobre nuestras prácticas, o si cree que se han violado los derechos de privacidad de su hijo, debe llamar la atención sobre este asunto enviando una carta que describa la causa de su inquietud a:

The Village Pediatric & Wellness Center

121 Congressional Lane Suite 510 Rockville, MD 20852

No se le penalizará ni se tomarán represalias por presentar una queja.

Este aviso entra en vigencia a partir del 18 de septiembre de 2013.

Reconozco que The Village Pediatric & Wellness Center me ha proporcionado una copia de su Política de prácticas de privacidad. He leído y entiendo mis derechos individuales.

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta) _____

Firma del paciente / padre / tutor legal _____

Fecha _____



THE VILLAGE PEDIATRIC & WELLNESS CENTER
121 Congressional Lane Suite 510 Rockville, MD 20852
Teléfono: 301-984-0040 o 301-346-9243 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 déjenos 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 \$50.00 a su cuenta.

Gracias por su comprensión y cooperación.

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 con 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 o mayores

Fecha