

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO(S): _____

DIRECCIÓN DE RECLAMACIONES: _____

COMPAÑÍA DE SEGURO TELÉFONO # _____ REFERENCIA REQUERIDA? SI NO

NOMBRE DE TITULAR DE LA PÓLIZA: _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ SOCIAL SECURITY # _____

EMPLEADOR DE TITULAR DE LA PÓLIZA _____

NO. DE IDENTIFICACIÓN _____ NÚMERO DE GRUPO _____

¿TIENE UN SEGURO SECUNDARIO, POR EJEMPLO, ¿TAL COMO GAP? NO SI

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO(S): _____

DIRECCIÓN DE RECLAMACIONES: _____

COMPAÑÍA DE SEGURO TELÉFONO # _____ REFERENCIA REQUERIDA? SI NO

NOMBRE DE TITULAR DE LA PÓLIZA: _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ SOCIAL SECURITY # _____

EMPLEADOR DE TITULAR DE LA PÓLIZA _____

NO. DE IDENTIFICACIÓN _____ NÚMERO DE GRUPO _____

1. RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE:

Gracias por elegir a Marimón Pediatrics como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a construir una relación exitosa entre médico y paciente. Lo siguiente es una declaración de nuestra política financiera. Nuestra oficina estará encantada de responder cualquier pregunta o inquietud que pueda tener.

**EL PAGO SE DEBE HACER EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.
TODOS LOS COPAGOS Y DEDUCIBLES SE DEBEN ANTES DE SU VISITA.**

Los métodos de pago que aceptamos incluyen: Efectivo, Cheque, Visa, MasterCard, Discover y American Express

PRUEBA DE SUGURO: Todos los pacientes deben completar este formulario de registro de pacientes en su totalidad antes de su cita con el médico. También debemos obtener una copia de su identificación con fotografía, así como su tarjeta de seguro válida actual, como prueba de seguro, a menos que usted sea de autoservicio. Si no nos proporciona la información de seguro correcta o no lo hace de manera oportuna, es posible que sea responsable del saldo de una reclamación en parte o en su totalidad. Estamos en red con la mayoría de las principales compañías de seguros. Sin embargo, es su responsabilidad verificar que somos un proveedor participante de su plan de seguro. También es su responsabilidad conocer y comprender los requisitos de su plan de seguro. Como parte del contrato que mantenemos con su compañía de seguros, todos los copagos, coaseguros y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. La falta de nuestra parte para cobrar dichos pagos puede considerarse fraude. Si usted paga por su cuenta o no tiene seguro, acepta pagar los servicios médicos que le prestamos a usted o a sus hijos en el momento del servicio.

HMO/REFERRIDOS: Es su responsabilidad obtener nuestro formulario de referencia si su compañía de seguros lo requiere. Por favor permita hasta 3 días hábiles para procesar las referencias.

PACIENTE MENOR: El o Los padres o guardián legal que acompaña al menor es responsable del pago de los servicios prestados.

CITAS PERDIDA: A menos que se cancele con 24 horas de anticipación, se le puede cobrar una tarifa por las citas perdidas (no presentarse). Por favor, ayúdenos a servirle mejor al cumplir con sus citas programadas.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Tenga en cuenta que algunos, y tal vez todos, los servicios que recibe pueden no estar cubiertos o su seguro los puede considerar razonables o necesarios. Debe pagar por estos servicios en su totalidad al momento de su visita.

CHEQUES DEVUELTOS: Cualquier cheque que nos sea devuelto por fondos no suficientes estará sujeto a cargos bancarios (cargos que nuestro banco nos cobra por el cheque devuelto), así como a un cargo de NSF (fondos no suficientes) de no menos de \$ 25 en nuestra oficina.

PÓLIZA DE RECOLECCIÓN: Si su cuenta está vencida, el paciente / deudor asume todos los costos de cobro, incluidos, entre otros, los honorarios de la agencia de cobro, los costos judiciales, los intereses y los honorarios legales. Todas las cuentas sin pagar serán reportadas a las agencias de crédito.

CUOTA DE CONVENIENCIA: Tenga en cuenta que puede haber otros cargos no descritos anteriormente que pueden agregarse a su cuenta. Estas tarifas pueden incluir, entre otras, tarifas por completar formularios, tarifas de conveniencia por haber extraído sangre en nuestra oficina o tarifas por citas sin cita.

AUTORIZACIÓN PARA LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Tenga en cuenta que la mayoría de las compañías de seguros nos envían el pago directamente por los servicios prestados. Por la presente, usted autoriza y realiza el pago directo de sus beneficios médicos a Marimón Pediatrics en su nombre por cualquier servicio que Marimón Pediatrics le proporcione a usted o a sus hijos.



Mediante su firma a continuación, usted indica que ha leído, entiende completamente y que todas sus preguntas relacionadas con esta política han sido respondidas. Además, acepta realizar el pago de acuerdo con las disposiciones de este Formulario de responsabilidad financiera del paciente.

FIRMA DE LOS PADRES O GUARDIÁN LEGAL

X _____ FECHA _____

2. AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR REGISTROS:

Mediante su firma a continuación, usted autoriza a Marimón Pediatrics a entregar a su aseguradora, agencias gubernamentales o cualquier otra entidad financieramente responsable de su atención médica, toda la información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se le presente, según sea necesario. para justificar el pago de dichos servicios médicos, así como cualquier información requerida para la precertificación, autorización o remisión a otro proveedor médico.

FIRMA DE LOS PADRES O GUARDIÁN LEGAL

X _____ FECHA _____

3. AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD:

Usted comprende que, conforme a la Ley de responsabilidad y portabilidad de seguros de salud (HIPAA), tiene ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. También entiende que esta práctica tiene derecho a cambiar nuestro Aviso de prácticas de privacidad y que puede comunicarse con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actual del Aviso de prácticas de privacidad. **Con su firma a continuación, usted reconoce que ha recibido o se le ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.**

FIRMA DE LOS PADRES O GUARDIÁN LEGAL

X _____ FECHA _____

4. AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN Y DECLARACIÓN DEL PACIENTE DE RECONOCIMIENTO DE DERECHOS:

Nuestra práctica cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. También cumplimos con los estatutos de la Florida que nos obligan a reconocer sus derechos cuando recibe atención médica y que respeta nuestro derecho a esperar cierto comportamiento de su parte. **Con su firma a continuación, usted reconoce que ha recibido o se le ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de no discriminación y la Declaración de derechos del paciente.**

FIRMA DE LOS PADRES O GUARDIÁN LEGAL

X _____ FECHA _____

(CONTINUADO EN EL OTRO LADO)

5. **CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE E-MAIL:**

RIESGOS DE UTILIZAR EL CORREO ELECTRÓNICO PARA COMUNICARSE CON SU MÉDICO: tenga en cuenta que existen riesgos inherentes a la transmisión de información del paciente por correo electrónico que incluye, entre otros, la facilidad de circulación, el reenvío, la difusión y la desviación de direcciones (se envía a una dirección de correo electrónico incorrecta), copia / copia de seguridad, falsificación o uso como prueba ante el tribunal. El correo electrónico también se puede utilizar para introducir virus en un sistema informático.

CONDICIONES PARA EL USO DEL CORREO ELECTRÓNICO: Usaremos medios razonables para proteger la seguridad y la confidencialidad de las comunicaciones por correo electrónico. Sin embargo, no podemos garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico, ni seremos responsables de la divulgación indebida de información confidencial. Por lo tanto, los pacientes deben dar su consentimiento para el uso del correo electrónico con el fin de comunicarse con nosotros, sujeto a las siguientes condiciones: (a) todos los correos electrónicos que envíen o reciban información sobre el diagnóstico o el tratamiento del paciente se agregarán al médico del paciente. registro (b) podemos reenviar correos electrónicos internamente a nuestro personal responsable de manejar el asunto o el contenido de su correo electrónico. Sin embargo, no remitiremos sus correos electrónicos a otros terceros sin su consentimiento previo por escrito, excepto según lo autorice o requiera la ley (c) usted es responsable de proteger su propia contraseña u otros medios de acceso a su correo electrónico.

RESPONSABILIDADES E INSTRUCCIONES DEL PACIENTE: Usted acepta limitar o evitar el uso de la computadora de su empleador. Por favor, infórmenos de cualquier cambio en su dirección de correo electrónico. Por favor confirme la recepción del correo electrónico de nuestra oficina. Usted acepta tomar precauciones para preservar la confidencialidad del correo electrónico, que incluye, entre otros, la protección de sus contraseñas y / o dispositivos utilizados para acceder a su correo electrónico. Puede retirar su consentimiento en cualquier momento por correo electrónico o por escrito a nuestra oficina.

TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: Nos reservamos el derecho de terminar de inmediato la relación de correo electrónico con usted si, a nuestra discreción, determinamos que usted ha violado los términos y condiciones anteriores o ha incumplido este acuerdo.

Mediante su firma a continuación, usted indica que ha leído, entiende completamente y que todas sus preguntas con respecto a este consentimiento han sido respondidas. Usted acepta el uso de la comunicación por Internet con nuestra oficina como se describe anteriormente. Además, acepta indemnizar e inofensiva a Marimón Pediatrics y sus fideicomisarios, funcionarios, directores, empleados, agentes, proveedores de información y proveedores de y contra todas las pérdidas, gastos, daños y costos relacionados con cualquier pérdida de información debida a su uso de internet para comunicarnos con nuestra oficina.

FIRMA DE LOS PADRES O GUARDIÁN LEGAL

X

FECHA

6. **CONSENTIMIENTO, PERMISO Y RENUNCIA PARA EL USO DE FOTO, VIDEO Y/O AUDIO:**

Por la presente doy mi consentimiento y permiso a **MARIPEDS LLC D/B/A/ MARIMON PEDIATRICS** para recordar la apariencia, semejanza física y / o voz en cinta de video, en película, o disco de video digital, u otros medios y / o tomar fotografías de la apariencia de su hijo menor de edad.

No obstante cualquier prohibición que pueda estar contenida en la Sección 540.08, Estatutos de Florida, Por la presente doy mi consentimiento libre y voluntariamente al uso y publicación de mi nombre, participación, imagen y/o semejanza por parte de **MARIPEDS LLC D/B/A MARIMON PEDIATRICS** y/o sus empleados y/o agentes, así como la entidad que busca este consentimiento, y fotografías, videos y/o para todos y cada uno de los propósitos incluyendo, pero no limitado a película, fotografía, televisión, radio, digital, Internet o exposición, en cualquier momento desde esta fecha hasta adelante revoque este consentimiento.

Reconozco que **MARIPEDS LLC D/B/A MARIMON PEDIATRICS** es el único propietario de todos los derechos sobre, y a, esta producción visual y / o sonido y / o fotografías y las grabaciones, de los mismos, y que tiene el derecho de utilizar o reproducir las imágenes resultantes y / o sonido tan a menudo como lo consideren necesario. Reconozco que las fotografías, videos y/o audio pueden ser utilizados indefinidamente por televisión, radio, periódicos, revistas, boletines informativos, folletos, Internet, intranet o en otros medios una vez publicados.

MARIPEDS LLC D/B/A MARIMON PEDIATRICS tiene el derecho, entre otras cosas, de editar y/o alterar de otro modo la grabación visual o sonora, o fotografías, según sea necesario. Entiendo que no recibiré ninguna compensación por la apariencia del niño menor de edad o por la participación en dichas producciones. Acepto mantener a **MARIPEDS LLC D/B/A MARIMON PEDIATRICS**, sus empleados y otras partes inofensivas contra reclamos, responsabilidad, pérdida o daño causados por, o que surjan de, mi participación en esta producción.

He leído este Consentimiento antes de firmar y entiendo completamente el contenido, significado e impacto de este consentimiento. Entiendo que soy libre de abordar cualquier pregunta específica y lo he hecho antes de firmar este Consentimiento.

FIRMA DE LOS PADRES O GUARDIÁN LEGAL

X _____

DATE _____

- REVOCAR EL CONSENTIMIENTO, PERMISO Y RENUNCIA PARA EL USO DE FOTO, VIDEO Y/O AUDIO** - Estoy revocando este consentimiento. Entiendo que se hará todo lo posible para eliminar el artículo del sitio dentro de un trimeframe razonable. También entiendo que este archivo puede haber sido copiado sin permiso, y acepto no hacer que **MARIPEDS LLC D/B/A MARIMON PEDIATRICS** sea responsable de las instancias de estas violaciones. X _____
FECHA: _____

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELEHEALTH

La telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas seguras, tecnología de la información u otros medios para permitir que un proveedor de atención médica en un lugar, y un paciente en otro lugar compartan información clínica individual del paciente con el fin de consultar, diagnosticar, tratar, prescribir y/o derivar al paciente a atención en persona, según se determine clínicamente apropiado. Este "Consentimiento Informado de Telesalud" informa al paciente ("paciente", "usted," o "su") sobre los métodos de tratamiento, riesgos y limitaciones del uso de una plataforma de telesalud.

Servicios prestados: Los servicios de telesalud ofrecidos por MariPeds, LLC d/b/a Marimon Pediatrics ("Práctica"), y los proveedores comprometidos de la Práctica (nuestros "Proveedores" o su "Proveedor") pueden incluir una consulta del paciente, diagnóstico, recomendación de tratamiento, prescripción y/o una referencia a atención en persona, según lo determinen clínicamente apropiados (los Servicios). Su Proveedor tendrá licencia en el estado donde se encuentre en el momento de su consulta, o de otra manera cumplirá con una excepción de licencia profesional bajo la ley estatal aplicable.

Transmisiones Electrónicas: Los tipos de transmisiones electrónicas que pueden ocurrir utilizando la plataforma de telesalud incluyen, pero no se limitan a: Programación de citas; Completar los formularios de ingesta médica; Intercambio y revisión de formularios de ingesta médica de pacientes, registros de salud del paciente, imágenes, diagnósticos y/o resultados de pruebas de laboratorio a través de comunicaciones asincrónicas; Audio interactivo bidireccional en combinación con las comunicaciones de almacenamiento y reenvío entre usted y su proveedor; Interacción de audio y vídeo interactiva bidireccional entre usted y su proveedor; Recomendaciones de revisión y tratamiento por parte de su Proveedor basadas en datos de salida de dispositivos médicos y archivos de sonido y video; Entrega de un informe de consulta; y/u Otras transmisiones electrónicas con el fin de prestarle atención clínica.

Beneficios esperados: Se mejoró el acceso a la atención al permitirle permanecer en su ubicación preferida mientras su proveedor lo consulta. Nuestros servicios de telesalud están disponibles según sea necesario cuando la oficina está cerrada por razones imprevistas o programada por el proveedor. Fácil acceso para la atención de seguimiento. Si necesita recibir atención de seguimiento no emergente relacionada con su tratamiento, comuníquese con su Proveedor llamando a la oficina al (786)600-4733 o por correo electrónico a frontdesk@marimonpediatrics.com. Evaluación y gestión de la atención más eficiente. Por favor, espere hasta 2 horas desde el momento del contacto para recibir una llamada del Proveedor.

Limitaciones de servicio: La principal diferencia entre la telesalud y la prestación directa de servicios en persona es la incapacidad de tener contacto físico directo con el paciente. En consecuencia, algunas necesidades clínicas pueden no ser apropiadas para una visita de telesalud y su Proveedor tomará esa determinación. **NUESTROS PROVEEDORES NO ABORDAN EMERGENCIAS MEDICAS. SI USTED CREE QUE ESTÁ EXPERIMENTANDO UNA EMERGENCIA MEDICA, DEBE LLAMAR AL 9-1-1 Y/O IR A LA SALA DE EMERGENCIAS MÁS CERCANA. POR FAVOR, NO INTENTE CONTACTAR CON MARIPEDS, LLC D/B/A/ MARIMON PEDIATRICS O SU PROVEEDOR. DESPUÉS DE RECIBIR TRATAMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA, DEBE VISITAR A SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA LOCAL.** Si se determina durante la proyección inicial de la visita de telesalud que usted debe

ser visto en persona, ya sea en el consultorio de su Proveedor o en un centro recomendado, no se le cobrará por la visita de telesalud. Se harán preguntas de emergencia apropiadas al comienzo de la visita de telesalud que determinarán cuál será el mejor lugar para que usted reciba atención.

Medidas de seguridad: Los sistemas de comunicación electrónica que utilizamos incorporarán protocolos de seguridad de redes y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación e imágenes del paciente e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional. Todos los Servicios entregados al paciente a través de telesalud se entregarán a través de una conexión segura que cumpla con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA").

Posibles riesgos: Los retrasos en la evaluación y el tratamiento podrían ocurrir debido a deficiencias o fallas de los equipos y tecnologías, o la disponibilidad del proveedor. En caso de imposibilidad de comunicarse como resultado de un fallo tecnológico o de equipo, póngase en contacto con la Práctica al (786)600-4733. La calidad de los datos transmitidos puede afectar a la calidad de los servicios proporcionados por su Proveedor. Los cambios en el medio ambiente y las condiciones de prueba podrían ser imposibles de realizar durante la prestación de servicios de telesalud. En eventos raros, su Proveedor puede determinar que la información transmitida es de calidad inadecuada, por lo que requiere una consulta de telesalud reprogramada o una reunión en persona con su médico de atención primaria local. En eventos muy raros, los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una violación de la privacidad de la información médica personal. En raras ocasiones, la falta de acceso a registros médicos completos puede dar lugar a interacciones adversas de medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio clínico.

Reconocimientos del paciente: Al marcar la casilla asociada con "Consentimiento informado de Telehealth", usted reconoce que entiende y acepta los contenidos anteriores y está de acuerdo con lo siguiente: 1. Entiendo que, si estoy experimentando una emergencia médica, se me dirigirá a llamar al 9-1-1 inmediatamente y que nuestros Proveedores no pueden conectarme directamente con ningún servicio de emergencia local. 2. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de seleccionar un proveedor; O bien, he elegido consultar con el siguiente proveedor disponible. Reconozco que antes de la consulta, se me han dado las credenciales del proveedor. 3. Entiendo que existe el riesgo de fallas técnicas durante el encuentro de telesalud fuera del control de la Práctica. Acepto mantener inofensiva la Práctica por retrasos en la evaluación o por la pérdida de información debido a tales fallas técnicas. 4. Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telesalud en el curso de mi cuidado en cualquier momento, sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento futuro. Entiendo que puedo suspender o terminar el uso de los servicios de telesalud en cualquier momento por cualquier motivo o sin motivo alguno. 5. Entiendo que algunas alternativas a la consulta de telesalud, tales como servicios en persona están disponibles para mí, y al elegir participar en una consulta de telesalud, entiendo que algunas partes de los Servicios que implican pruebas (por ejemplo, laboratorios o análisis de sangre) pueden ser realizadas por individuos en mi ubicación, o en un centro de pruebas, bajo la dirección de nuestros Proveedores. 6. Entiendo que puedo esperar los beneficios previstos del uso de la telesalud a mi cuidado, pero que no se pueden garantizar ni garantizar resultados. 7. Entiendo que es necesario proporcionar una historia clínica completa y precisa y actualizará mis registros médicos periódicamente, pero no menos de una vez al año. 8. Entiendo que las personas pueden estar presentes durante la consulta que no sean mi Proveedor para operar las tecnologías de telesalud. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la consulta, y su papel, y por lo tanto tendré el derecho de solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historia clínica / examen que son personalmente sensibles a mí; 2) pedir al personal no médico que abandone el examen de telesalud; y/o (3) terminar la consulta en cualquier momento. 9. Entiendo que tengo derecho a oponerme a la grabación de vídeo de la consulta de telesalud. 10. Entiendo que no hay garantía de que será tratado por nuestros Proveedores. Nuestros Proveedores se reservan el derecho de denegar la atención por el posible uso indebido de los Servicios o por cualquier otra razón si, a juicio profesional de nuestros Proveedores, la prestación del Servicio no es médica o éticamente apropiada. 11. Entiendo que no se me prescribe ningún narcótico para el dolor, ni hay ninguna garantía de que se me dará una receta en absoluto. 12. Entiendo que la ley federal y estatal requiere que los proveedores de atención médica protejan la privacidad y la seguridad de la información de salud. Entiendo que la práctica tomará medidas para asegurarse de que mi información de salud no sea vista por nadie que no debería verla. Entiendo que la telesalud puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros profesionales de la salud involucrados por la Práctica que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado. 13. Entiendo que, si participo en una consulta, que tengo el derecho de solicitar una copia de mis registros médicos y / o informe de consulta, que se me proporcionará a un costo razonable de preparación, envío y entrega. 14. Entiendo que se me puede preguntar si tengo un médico de atención primaria y, si es así, si doy mi consentimiento para enviar una copia de mis registros médicos y/ o informe de consulta a mi médico de atención primaria. Tras mi consentimiento, Práctica enviará copia de mis registros médicos y/o informe de consulta a mi médico de atención primaria, que se me facturará a un costo razonable de preparación, envío y entrega. 15. Entiendo que mi información médica puede ser compartida con otras personas para fines de programación y facturación. 16. Entiendo que puede que no esté cubierto por mi plan de seguro médico actual para los servicios de telesalud. Consentimiento Informado del Paciente He leído cuidadosamente este formulario y entiendo plenamente su contenido, incluyendo los riesgos y beneficios de los servicios de telesalud. Por la presente doy mi consentimiento informado para participar en una consulta de telesalud bajo los términos descritos en este documento. Al marcar la casilla asociada con "Consentimiento Informado de Telesalud", reconozco que entiendo y acepto lo anterior y por la presente doy mi consentimiento para recibir los servicios de telesalud de la Práctica:

Aceptar. Al marcar la Casilla para este CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELEHEALTH" Por la presente declaro que he leído, entendido y acepto los términos de este documento.

FIRMA DE PADRE O TUTOR

X

DATE _____