

Permiso para tratar a un niño en ausencia de los padres o tutores

Yo, (nombre del padre/tutor) _____, doy permiso a los nombres que se enumeran a continuación para llevar a mi(s) hijo(s) enumerado(s) a continuación para recibir tratamiento médico. Entiendo el propósito de divulgar información de salud personal a las personas que se enumeran a continuación. También entiendo mi derecho a negarme a firmar este formulario de consentimiento.

1° Nombre del Niño: _____

2° Nombre del Niño: _____

3° Nombre del Niño: _____

4° Nombre del Niño: _____

Nombre de la madre: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del Padre: _____

Número de teléfono: _____

Nombre de la persona: _____

Número de teléfono: _____ Relación: _____

Nombre de la persona: _____

Número de teléfono: _____ Relación: _____

Nombre de la persona: _____

Número de teléfono: _____ Relación: _____

Nombre de la persona: _____

Número de teléfono: _____ Relación: _____

Nombre de la persona: _____

Número de teléfono: _____ Relación: _____

FIRMA del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Reconocimiento de la política de vacunación

Ahora es política de McDonough Pediatrics, P.C. que todos los niños que visitan nuestro consultorio para recibir atención reciban TODAS las vacunas recomendadas por la Academia Estadounidense de Pediatría (A.A.P.). Estos calendarios de inmunización cambian de vez en cuando a medida que hay nuevas vacunas disponibles.

AHORA NO PODEMOS BRINDAR ATENCIÓN A NUEVAS FAMILIAS EN NUESTRA OFICINA QUE NO SIGAN ESTAS PAUTAS.

McDonough Pediatrics, P.C. cree que las vacunas son de vital importancia para la salud de los niños y la población en general. **NO hay excepciones a la política.** Si tiene preguntas sobre esta política, no dude en hacérselo saber. También puede consultar el sitio web de la AAP para conocer las prácticas y recomendaciones de vacunación.

Mi firma a continuación indica que he sido informado de la política y seguiré las pautas de la AAP sobre las vacunas para mi(s) hijo(s).

Solicitudes de recetas

Si bien hacemos todo lo posible para responder a las solicitudes de reposición de recetas de manera oportuna, las solicitudes pueden tardar hasta 2 días hábiles en completarse (excluyendo fines de semana y días festivos). Las solicitudes de recarga recibidas los viernes se procesarán la semana siguiente y se completarán el martes.

Para las afecciones crónicas, como el asma, a menos que su proveedor indique lo contrario, se aprobarán los medicamentos de mantenimiento si el paciente ha tenido una visita al consultorio en los últimos 3 meses por esa afección. Si el paciente no ha sido atendido, será necesario programar una cita y se puede recetar un suministro del medicamento para 30 días. Se debe programar una cita de seguimiento para que procesemos la solicitud de reabastecimiento. Solo se permitirá 1 reprogramación. Hable con su proveedor durante su próxima visita para ver si sus medicamentos de mantenimiento se pueden recetar para 6 meses de reabastecimientos. Esto suele ser un factor en la estabilidad de la condición y las regulaciones de la DEA.

No podemos recetar medicamentos sin que el paciente consulte a un proveedor para afecciones no crónicas.

Esto incluye solicitudes de antibióticos y narcóticos.

Por favor, no pida a nuestros programadores y asistentes de enfermería que envíen mensajes a nuestro personal clínico para este tipo de solicitudes.

Todos los mensajes a los proveedores clínicos deben incluir:

- el nombre del niño
- Fecha de nacimiento
- una descripción del problema / necesidad
- Número de teléfono actual
- Su nombre y relación con el paciente

La falta de información conducirá a una falta de respuesta ****

A continuación se presentan las pautas con respecto a las reposiciones de medicamentos:

- A menos que su proveedor indique lo contrario, los medicamentos de mantenimiento, como el asma, se aprobarán si el paciente ha tenido una visita al consultorio en los últimos 3 meses.
- Los narcóticos, otras sustancias controladas como los medicamentos para el TDA/TDAH y las pastillas para dormir requerirán una visita obligatoria cada 3 meses, a menos que el proveedor indique lo contrario.
- Se requiere una visita al consultorio para los antibióticos y la mayoría de los medicamentos recetados y no se recetarán sin una visita.

Firme a continuación declarando que comprende y acepta los Términos y Condiciones anteriores:

FIRMA del padre/tutor: _____ Fecha: _____

1º Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

2º Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

3º Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

4º Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Formulario de consentimiento del paciente de telemedicina para visita virtual

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica revisen la información de salud con el fin de mejorar la atención al paciente.

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de la identificación del paciente e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

Posible riesgo:

Al igual que con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telemedicina. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- En casos raros, la información transmitida puede no ser suficiente (p. ej., mala resolución de las imágenes) para permitir que el proveedor tome las decisiones médicas adecuadas.
- Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médico debido a deficiencias o fallos del equipo.
- Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar el riesgo de confidencialidad asociado con la consulta de telemedicina. Sin embargo, en casos muy raros, los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una violación de la privacidad de la información médica personal.
- En casos raros, la falta de acceso a registros médicos completos puede resultar en interacciones adversas con medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

Yo, (Padre/Tutor) _____, estoy de acuerdo en que mi hijo participe en una evaluación de telemedicina. Al firmar este acuerdo, autorizo la transmisión electrónica de la información médica y/o las sesiones de videoconferencia de mi hijo para que pueda ser vista por un médico y otras personas involucradas en la atención médica o de salud mental de mi hijo. [Nota: La probabilidad de que esta transmisión sea interceptada por personas distintas a las que se encuentran en el lugar es extremadamente pequeña.]

He hablado sobre el riesgo de la telemedicina con mi proveedor y todas mis preguntas han sido respondidas. Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento y que no tengo que responder a ninguna pregunta que considere inapropiada o que no esté dispuesto a que otros escuchen. Entiendo que si no elijo participar en una sesión de telemedicina, no se tomará ninguna medida en mi contra que cause un retraso en la atención de mi hijo y que aún podemos buscar una consulta en persona.

Entiendo que, como con cualquier tecnología, la telemedicina tiene sus limitaciones. Por lo tanto, no hay garantías de que esta sesión de telemedicina elimine la necesidad de que su hijo vea a un especialista en persona.

FIRMA del padre/tutor: _____ Fecha: _____

1º Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

2º Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

3º Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

4º Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HIPPA

Formulario de consentimiento del paciente

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. El Aviso contiene una sección sobre los Derechos del Paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden ser modificados. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina. Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que se usa o divulga su información médica protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con ese acuerdo. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Usted tiene derecho a revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará a las divulgaciones que ya hayamos realizado sobre la base de su consentimiento previo. La Práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA).

El paciente entiende que:

- La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- El Consultorio tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad, y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este Aviso.
- La Práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero la Clínica no tiene que estar de acuerdo con las restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y cesarán todas las divulgaciones futuras.
- La Práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este Consentimiento.
- El paciente reconoce que ha recibido la opción de obtener una copia de nuestro folleto de práctica de HIPPA.

Reconocimiento del Aviso de Privacidad

Su firma a continuación indica que se le ha proporcionado una copia de nuestras políticas de privacidad actualizadas y que ha tenido la oportunidad de revisarlas. Si desea una copia impresa para sus registros, solicítela en la recepción.

El consentimiento fue firmado por: _____
Firma del Padre/Tutor Fecha

Relación con el paciente: padre el hogar de acogida el tutor otro: _____

1º Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

2º Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

3º Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

4º Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Políticas y procedimientos para McDonough Pediatrics, P.C.

CITAS: Nuestra oficina es solo con cita previa, excepto en casos de extrema emergencia. Esta política ayuda a nuestra oficina a mantenerse al día con nuestras citas y mantiene nuestra espera al mínimo. Es nuestra política brindar atención a todos los niños enfermos que necesitan ser atendidos. Al hacer una cita para su hijo enfermo, esto nos permite decidir si el paciente necesita ser atendido en nuestro consultorio o derivado a un especialista. Esto ayuda a nuestra oficina a priorizar nuestras citas, ahorrándole tiempo y gastos. Es nuestra política programar controles de pozos cada 30 minutos. Por favor, asegúrese de llegar a tiempo a estas citas. Cuando llega tarde, está en el horario de las próximas citas y se incorporará a nuestro horario actual. Esto también puede requerir que re programe su cita. Recuerda que cuando llegas tarde, nuestro horario se retrasa para el resto del día.

NOTIFICACIONES DE RECORDATORIO: Es la política de esta oficina hacer llamadas telefónicas de recordatorio de citas programadas con 1-2 días de anticipación. Los recordatorios de citas están disponibles por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico. Asegúrese de darle a la recepcionista el número de teléfono y el correo electrónico correctos durante el día cuando programe su cita. Es responsabilidad del paciente estar en la cita en la fecha y hora correctas. Nuestra oficina y nuestro personal se enorgullecen de poder ofrecerle la mejor atención médica con la menor cantidad de tiempo de espera. Con el fin de proporcionar este nivel de servicio a nuestros pacientes, no podemos ofrecer citas sin cita previa a nuestros pacientes. Si no programa una cita y su hijo necesita ser atendido, una de nuestras enfermeras clasificará al paciente y decidirá si necesita ser atendido. Tenga en cuenta que si lo incorporamos a nuestro horario, es posible que experimente retrasos en los tiempos de espera, pero SERÁ atendido.

NUESTRA OFICINA NO ES UNA INSTALACIÓN SIN CITA PREVIA: Nuestra oficina y nuestro personal se enorgullecen de ofrecerle la mejor atención médica con la menor cantidad de tiempo de espera. Con el fin de ofrecer este nivel de servicio a nuestros pacientes, no podemos ofrecer citas sin cita previa a nuestros pacientes. Si no programa una cita y su hijo necesita ser atendido, una de nuestras enfermeras clasificará al paciente y decidirá si necesita que lo atiendan. Tenga en cuenta que si lo incorporamos a nuestro horario, es posible que experimente retrasos en los tiempos de espera, pero lo atenderemos.

CANCELACIONES: Si no puede llegar a la hora programada de su cita, llame y cancele con al menos 24 horas de anticipación. Si no llama para cancelar su cita, aparecerá como una cita en la que no se presenta.

CITAS DE REEVALUACIÓN: Es política de nuestro médico ordenar reevaluaciones para infecciones de oído recurrentes, infecciones por estreptococos, bronquitis, neumonía, infecciones graves de los senos paranasales, otras infecciones graves o enfermedades que puedan requerir control. Es imperativo que asista a estas citas de revisión. Esto ayuda al médico a planificar un método de tratamiento que sea mejor para su hijo. Para los niños más pequeños que todavía tienen citas de chequeo regulares, hacemos todo lo posible para incorporar este nuevo chequeo en sus chequeos mensuales.

MCDONOUGH PEDIATRICS, P.C. POLÍTICAS FINANCIERAS: El pago se debe realizar en el momento del servicio. Esto incluye copagos, coseguros y pólizas de pago por cuenta propia. Planes de seguro PPO, HMO, POS y EPO: Tenemos un programa de tarifas contratadas con estas compañías de seguros. Usted es responsable de su copago y cualquier otra cantidad que la compañía de seguros indique como su responsabilidad o cualquier servicio no cubierto. Estas tarifas no son negociables ya que ya hemos negociado estas tarifas y las hemos contratado con su compañía de seguros. La lista de tarifas para nuestros pacientes que pagan por su cuenta es independiente y se proporcionará a pedido. Por favor, guarde sus recibos. Es posible que los necesite para su seguro secundario o para fines fiscales. Nuestro sistema informático no imprime recibos o estados de cuenta duplicados línea por línea.

FACTURACIÓN DE SALDOS: Es la política de esta oficina enviar estados de cuenta por correo cada mes. El saldo vence dentro de los 10 días posteriores a la recepción del estado de cuenta. Si no puede pagar el saldo en su totalidad, llame a la oficina de facturación para hacer arreglos de pago. Los cargos financieros se acumularán en cualquier cuenta vencida durante 30 días. Si establece acuerdos de pago, realice los pagos en la fecha acordada y se iniciarán los procedimientos de monto o cobro. Todos nuestros cobros se manejan a través del juzgado o por nuestra agencia de cobros. Si su cuenta está vencida y si existen circunstancias especiales o razones legítimas, llámenos para que podamos encontrar una solución mutuamente aceptable. Por favor, no permita que esto afecte la atención médica de sus hijos. Si nuestra oficina hace todo lo posible para ayudarlo y su cuenta está vencida, se tomarán las medidas de cobro adecuadas dentro de los 90 días posteriores a la facturación inicial. Nuestra oficina hace el mejor esfuerzo para hacer arreglos con usted en el mejor interés de ambas partes, pero comprenda que este es un negocio y se administra de la manera más rentable y eficiente posible. Muchas compañías de seguros están cubriendo los exámenes de rutina al 100%. Debido a esto, no cobramos su copago en el momento del servicio. Tenga en cuenta que durante un examen de rutina, si su hijo tiene algo adicional que se discuta durante ese examen, incluida una afección crónica, una enfermedad aguda o cualquier otro problema que esté ocurriendo, habrá un cargo adicional por visita por enfermedad y puede estar sujeto a un copago. Si tiene alguna pregunta sobre las expectativas financieras, llame a nuestra oficina de facturación al **770-957-8626**.

**He leído y entiendo las políticas y reglas de MCDONOUGH PEDIATRICS, P.C.
Se me ha dado la opción de solicitar una copia para mis registros. *****

FIRMA del padre/tutor: _____ Fecha: _____

McDonough Pediatrics, P.C. * 101 Regency Park Drive * Suite 140 * McDonough, GA 30253 * Oficina: 770-957-8626 * Fax: 770-957-7200

Política de no presentación y cancelación tardía de McDonough Pediatrics

En McDonough Pediatrics, nuestro objetivo es brindar atención médica de calidad de manera oportuna. Para ayudarnos a lograr esto, hemos implementado la siguiente **Política de No Presentación y Cancelación Tardía**.

Detalles de la política

1. **Recordatorios de citas:**
 - Proporcionamos recordatorios por teléfono, mensaje de texto y/o correo electrónico para ayudarlo a recordar su cita. Asegúrese de que tengamos su información de contacto actualizada.
2. **Cancelaciones y tardanzas:**
 - Si necesita cancelar o reprogramar una cita, le solicitamos amablemente **que lo notifique con al menos 24 horas de anticipación** para acomodar a otros pacientes que necesiten atención. Para las llegadas tardías, **se permite un periodo de gracia de 10 minutos**. Si llega más allá de este plazo y no puede ser atendido por un proveedor, estará sujeto a una **multa de \$25 por NO PRESENTARSE**, dependiendo del estado de su seguro.
3. **Multa por no presentarse:**
 - **Pacientes de seguros comerciales:** A los pacientes que no se presenten a su cita sin previo aviso se les cobrará una **multa de \$25 por no presentarse**
 - **Pacientes de Medicaid:** Si bien Medicaid no permite cargos por no presentarse, las citas perdidas repetidas pueden llevar a opciones de programación restringidas, posible despido de la práctica y posible denuncia a Medicaid.
 - **Pacientes que pagan por su cuenta:** A los pacientes que no se presenten a su cita sin previo aviso se les cobrará una multa.
CARGO DE \$25 POR NO PRESENTARSE.
4. **Ausencias excesivas:**
 - Es posible que los pacientes con **tres (3) o más ausencias dentro de un período de 12 meses** deban programar citas solo para el mismo día o corran el riesgo de ser despedidos de la práctica.
5. **Emergencias y Circunstancias Especiales:**
 - Entendemos que las emergencias ocurren. Si tienes una situación urgente que te impide acudir a tu cita, ponte en contacto con nosotros lo antes posible. Haremos todo lo posible para adaptarnos a su situación.

¿Por qué es importante esta política?

Las citas perdidas nos impiden brindar atención oportuna a otros niños necesitados. Al notificarnos con anticipación cuando no puede asistir, nos ayuda a mantener una atención eficiente para todos nuestros pacientes.

Reconocimiento

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y comprende la Política de cancelación tardía y de no presentación de McDonough Pediatrics.

FIRMA del padre/tutor: _____ Fecha: _____

1º Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

2º Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

3º Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

4º Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____



McDonough Pediatrics, P.C.

101 Regency Park Drive, Ste 140
McDonough, GA. 30253

Autorización para obtener información médica

DR. Shekhar Sankaran, MD
101 Regency Park Drive, Suite 140
McDonough, Georgia 30253
Oficina: 770-957-8626 Fax: 770-957-7200

Autorizo al médico anterior de mi hijo, _____,

Dirección del médico: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Proporcionar a McDonough Pediatrics, P.C. los registros médicos de:

1º Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

2º Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

3º Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

4º Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

POR FAVOR, NO ENVÍE POR FAX REGISTROS DE MÁS DE 15 PÁGINAS *****

Información que se divulgará: ****TODOS los registros médicos, incluidos los registros de vacunación****

Al firmar a continuación, entiendo que:

- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Puede inspeccionar sus registros y podemos cobrar una tarifa mínima de \$ 30.00 por duplicar e imprimir dichos registros.
- Autorizo la divulgación de esta información de salud voluntariamente. Puedo negarme a firmar esta liberación.
- Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.
- Esta autorización expirará, sin mi revocación expresa, 90 días después de la fecha solicitada que se especifica a continuación.

Al firmar a continuación, usted autoriza a McDonough Pediatrics, P.C. a solicitar/divulgar la información solicitada.

FIRMA del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor: _____

Relación con el paciente: padre el hogar de acogida el tutor otro: _____

Testigo / Recibido por: _____