



Necesitaremos una copia de su licencia de conducir y de su tarjeta de seguro en cada visita.

Formulario de información del paciente

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Masculino _____ Femenino _____

Carrera: ☐ afroamericano ☐ asiático ☐ caucásico ☐ hispano ☐ Nativo americano Etnia: ☐ hispano ☐ No hispano ☐ Desconocido ☐ Rechazado

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Masculino _____ Femenino _____

Carrera: ☐ afroamericano ☐ asiático ☐ caucásico ☐ hispano ☐ Nativo americano Etnia: ☐ hispano ☐ No hispano ☐ Desconocido ☐ Rechazado

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Masculino _____ Femenino _____

Carrera: ☐ afroamericano ☐ asiático ☐ caucásico ☐ hispano ☐ Nativo americano Etnia: ☐ hispano ☐ No hispano ☐ Desconocido ☐ Rechazado

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Masculino _____ Femenino _____

Carrera: ☐ afroamericano ☐ asiático ☐ caucásico ☐ hispano ☐ Nativo americano Etnia: ☐ hispano ☐ No hispano ☐ Desconocido ☐ Rechazado

Idioma preferido (marque uno): INGLÉS ESPAÑOL OTRO _____ Método de contacto preferido _____

El/los niño(s) reside(n) con: ** Si el ☐ Madre ☐ Padre ☐ Guardián Otro: _____

niño está bajo la custodia de alguien que no sea su padre o madre, DEBEMOS tener copias actualizadas de los formularios de custodia o la documentación de tutela en nuestros archivos. **

Nombre de la madre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Número de Seguro Social ____ - ____ - ____

Dirección de la calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Cremallera _____

Teléfono fijo _____ Celúla _____ Trabajar _____

Empleador _____ Correo electrónico: _____

Nombre del padre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Número de Seguro Social ____ - ____ - ____

Dirección de la calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Cremallera _____

Teléfono fijo _____ Celúla _____ Trabajar _____

Empleador _____ Correo electrónico: _____

Nombre del tutor _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Número de Seguro Social ____ - ____ - ____

Relación con el paciente _____ Fecha de inicio de la tutela _____

Dirección de la calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono fijo _____ Celúla _____ Trabajar _____

Empleador _____ Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia (que no sea padre/madre o tutor legal): _____ Teléfono: _____

Relación _____

Farmacia preferida _____ Ciudad _____ Teléfono # _____

Compañía de seguros _____ Identificación # _____ Grupo # _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

¿Este paciente tiene seguro complementario? __ Sí __ No (En caso afirmativo, por favor avise a la recepcionista) SIN SEGURO (Pago directo)

*** ¿A quién podemos agradecerle por haberle recomendado nuestra oficina? __ Amigo __ Seguro __ Sitio web Otro _____

Firma del padre/madre o tutor legal: _____

Fecha: _____ Revisado: 12/2016



Política de vacunación de Dawson Pediatrics

En Dawson Pediatrics, nuestra máxima prioridad es la salud y la seguridad de nuestros pacientes y de la comunidad a la que servimos. Como parte de nuestro compromiso de brindar atención médica basada en la evidencia, seguimos las pautas de vacunación recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y el Departamento de Salud Pública de Georgia.

Requisitos de vacunación para pacientes

Para seguir siendo paciente de Dawson Pediatrics, los padres y tutores deben comprender y aceptar lo siguiente:

- Todos los pacientes deben recibir todas las vacunas obligatorias del estado de Georgia.
- Si bien ofrecemos un calendario de vacunación alternativo, todas las vacunas requeridas deben completarse antes de que corresponda la siguiente ronda de vacunas.
- Los retrasos que resulten en inmunizaciones incompletas para la siguiente fecha límite recomendada se considerarán incumplimiento de esta política.

Esta política contribuye a garantizar que proporcionamos un entorno seguro para todos nuestros pacientes, especialmente para aquellos que son médicamente vulnerables y no pueden ser vacunados.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido la Política de Vacunación de Dawson Pediatrics. Acepto que mi(s) hijo(s) recibirá(n) todas las vacunas requeridas según el calendario recomendado o el calendario alternativo aprobado, y que las vacunas se administrarán cuando corresponda.

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Firma del padre/madre

Fecha



Consultas de rutina y cargos adicionales

Los profesionales de Dawson Pediatrics coinciden plenamente con las recomendaciones de la AAP de que su hijo debe someterse a revisiones periódicas que pueden incluir análisis de laboratorio de rutina y pruebas de audición y visión.

Las compañías de seguros han modificado recientemente su cobertura durante una revisión médica. Nuestro departamento de facturación recibe numerosas llamadas de pacientes con preguntas sobre los cargos incurridos durante una revisión que no están cubiertos por la atención médica preventiva de rutina. Hemos creado la siguiente lista para informar a las familias sobre lo que se cubre habitualmente en las visitas de atención preventiva; sin embargo, cada compañía de seguros y cada póliza individual son diferentes. La siguiente lista incluye ejemplos de los servicios que se realizan habitualmente y que se consideran cubiertos durante una revisión médica preventiva:

Durante los chequeos, todos los niños:

- Mida la altura, el peso y la circunferencia de la cabeza (según la edad) y regístrelos en nuestra gráfica de crecimiento. Masa corporal
El índice de masa corporal (IMC) se calcula para todos los niños mayores de 3 años.
- Revisar minuciosamente las partes y sistemas del cuerpo.
- Analizar la orientación anticipatoria relacionada con la edad.
- Analizar la información de seguridad
- Analizar la nutrición adecuada para la edad.
- Analizar el desarrollo y el crecimiento
- Hablar sobre la escolarización (si la edad lo permite)
- Educar y administrar las vacunas apropiadas para la edad.
- Rellenar formularios para deportes
- Resurtir medicamentos

Otros problemas más complejos que requieren más tiempo o conocimientos especializados, como dolores de cabeza crónicos, dolores de estómago, dolor de oído, sibilancias, problemas psicológicos o escolares, u otros problemas médicos, generalmente requieren un código y un cargo adicional al de la consulta. Su compañía de seguros podría considerar estos códigos y/o cargos adicionales como dos visitas separadas y podrían requerir un copago.

Practicamos la medicina siguiendo las directrices de la Academia Estadounidense de Pediatría. En ocasiones, algunos servicios como análisis de sangre, otras pruebas de laboratorio, formularios en tabletas y exámenes de audición y visión no están cubiertos por su seguro o se aplican a su deducible. Estos asuntos de facturación son responsabilidad suya y de su compañía de seguros, por lo que siempre le recomendamos que consulte con su aseguradora, empleador o departamento de recursos humanos ANTES de acudir al médico para saber qué cubre su plan. Dawson Pediatrics no se responsabiliza de conocer los detalles de su plan individual y presenta su reclamación de seguro como cortesía.

Su firma a continuación verifica que usted acepta y comprende que realizarse pruebas adicionales o tener inquietudes durante una visita preventiva puede suponer un gasto adicional del que usted será responsable.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del padre/madre o tutor legal (a menos que tenga 18 años o más)

Fecha



Política financiera

SEGURO

- Para su comodidad, nuestra oficina tramitará las reclamaciones de su seguro. Sin embargo, su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía aseguradora. Deberá traer su tarjeta de seguro cada vez que nos visite. Es su responsabilidad asegurarse de que nuestros profesionales estén debidamente afiliados a su compañía de seguros.
- Si somos el médico de cabecera de sus hijos, deberá notificarlo a su compañía de seguros. Si su compañía de seguros no tiene esta información registrada al momento de su visita, usted será responsable del costo de la misma.
- Nos comprometemos a brindarle la asistencia razonable si tiene alguna pregunta sobre su reclamación. Es su responsabilidad conocer y comprender su seguro. Cobertura. Nos pondremos en contacto con su compañía de seguros para verificar que usted tiene cobertura, pero no podemos responsabilizarnos de contactarlos para obtener su cobertura de beneficios.
- Dawson Pediatrics no se involucrará en disputas entre usted y su compañía de seguros. Le proporcionaremos información precisa y veraz. Información conforme a todas las leyes, contratos y directrices de codificación aplicables para facilitar el procesamiento y pago precisos de las reclamaciones. • Para presentar correctamente sus reclamaciones de seguro, debemos obtener una copia actualizada de la tarjeta de seguro de su hijo/a cada vez que visite nuestra oficina. Esto ayudará a que su seguro pague sus reclamaciones a tiempo y evitará que se le facture. En caso de que no presente comprobante de seguro, se le exigirá el pago en el momento del servicio. Además, si nos proporciona información de seguro incorrecta, usted será responsable de la factura.

Es su responsabilidad contactar a su compañía de seguros y averiguar si nuestros proveedores participan en su plan. Algunas aseguradoras tienen planes PPO, HMO, POS o de indemnización, y es muy posible que nuestros proveedores participen solo en uno de ellos, y no en todos.

También es su responsabilidad leer y comprender su póliza de seguro. Algunos servicios y procedimientos pueden estar cubiertos o no, dependiendo de su póliza. Usted será responsable del pago de los servicios y procedimientos que no estén cubiertos por su póliza.

Las siguientes circunstancias pueden resultar en que se le facture directamente (esta no es una lista exhaustiva). Recuerde que su seguro

La empresa, no Dawson Pediatrics ni su proveedor, toma las decisiones sobre qué se pagará y qué no. o No participamos en los proveedores de su plan; la cobertura del seguro no está vigente en la fecha del servicio. o Se solicitan/realizan análisis de laboratorio no cubiertos.

o Los servicios no cubiertos se realizan o se deniegan por el motivo de "no son médicamente necesarios".

- Seguro secundario: Nos complace facturar a su seguro secundario como cortesía para nuestros pacientes. Para garantizar un proceso sin contratiempos, le rogamos que proporcione la información de su seguro secundario durante la consulta de su hijo/a. Si esta información se envía después de que el seguro principal haya procesado el reclamo, no podemos garantizar que el seguro secundario cubra el saldo restante. En tales casos, usted será responsable del importe restante.
- Pacientes que pagan por su cuenta: Si no tiene cobertura de seguro, el pago se debe realizar en su totalidad en el momento del servicio tanto para visitas de control como de enfermedad, para recibir una Descuento por pronto pago. Si no puede pagar el importe total en el momento del servicio, póngase en contacto con nuestra oficina con antelación para acordar un plan de pago con nuestro responsable de facturación.
- Recién nacidos: Por cortesía, retendremos las reclamaciones hasta la consulta del primer mes del bebé para que tengamos tiempo de incluirlo en su póliza de seguro. Si el bebé no está activo en la consulta del primer mes, esta se considerará una consulta de pago directo y deberá abonarse en el momento del servicio. La cuenta permanecerá como de pago directo hasta que confirmemos la cobertura activa del bebé.

EL PAGO SE DEBE REALIZAR EN EL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

- Copagos: Dawson Pediatrics está obligada por contrato con su compañía de seguros a cobrar todos los copagos de cada niño en cada visita, independientemente de quién lo traiga. Por favor, asegúrese de haber acordado el pago antes de que su hijo llegue a nuestra clínica.
- Saldos: Se requiere el pago de cualquier saldo pendiente en la cuenta al momento del servicio o se deberán realizar arreglos financieros antes de programar futuras citas. Con gusto le proporcionaremos un estado de cuenta detallado para sus registros. • Reclamaciones rechazadas: Los saldos no pagados por la compañía de seguros, sin culpa de Dawson Pediatrics, se le facturarán directamente a usted. Estas denegaciones podrían incluir casos en los que la compañía de seguros esté esperando que usted se ponga en contacto con ellos para coordinar los beneficios, elegir un proveedor de atención primaria, corregir la fecha de nacimiento o el nombre del niño, etc.
- Sentencias de divorcio/separación: Dawson Pediatrics no forma parte de su sentencia de divorcio/separación. El adulto que acompaña al niño es responsable de cualquier copago o saldo pendiente. Con gusto le proporcionaremos un estado de cuenta detallado y un recibo para que la otra parte le reembolse el dinero.



Política financiera

VISITAS DE ATENCIÓN PREVENTIVA

- Muchas pólizas de seguro cubren estas visitas en su totalidad; sin embargo, muchos contratos de seguro ahora aplican copagos y/o deducibles, independientemente de nuestra condición de proveedor dentro de la red de la compañía de seguros. En última instancia, es su responsabilidad comprender su contrato individual, ya que no tenemos acceso a los detalles específicos de su contrato con su compañía de seguros.
- Si durante una consulta de control su hijo se enferma o se dedica tiempo a un problema ajeno a su crecimiento y desarrollo normales, es posible que se le cobre una consulta adicional. Usted será responsable de los gastos correspondientes, incluidos los copagos, el coseguro y/o los deducibles. Quizás sea más conveniente programar una consulta aparte para tratar cualquier asunto que vaya más allá del crecimiento y desarrollo normales, o bien reprogramar la consulta de control para abordar el problema más urgente.

FACTURACIÓN

- Como padre o tutor de un niño registrado en Dawson Pediatrics, usted acepta ser responsable de todos los saldos incurridos en nombre de la atención médica de su hijo. Sus estados de cuenta se publican en el portal de su hijo, que puede encontrar en <https://dawson.pcc.com/portal>, y los extractos de cuenta también se envían mensualmente.
 - Enviaremos notificaciones por correo electrónico y SMS a todos los pacientes que hayan acumulado un saldo tan pronto como aparezca un saldo en la cuenta. Si un Cuando su cuenta cumpla 60 días, recibirá una llamada telefónica de nuestro departamento de facturación para que realice un pago o establezca un plan de pago.
 - Si tiene alguna necesidad financiera especial, por favor, háganoslo saber lo antes posible comunicándose con un miembro de nuestro departamento de facturación, ya sea en persona o por teléfono. Estamos dispuestos a colaborar con los padres en todo lo posible para satisfacer sus necesidades y continuar brindando atención a nuestros pacientes.
 - Consulta de triaje/fuera de horario: Dawson Pediatrics sigue las recomendaciones de la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y cobra a los pacientes por la atención telefónica fuera de horario por los servicios del médico de guardia. Enviaremos a estos consultores fuera de horario a su plan de seguro en forma de consulta de telemedicina. Si el seguro cubre el cargo, el garante será responsable de cualquier copago aplicado por la aseguradora. Si su seguro no cubre el cargo o lo rechaza por cualquier motivo, la consulta se facturará al garante. Si usted es un paciente que paga por su cuenta, los cargos se facturarán directamente al garante. Dawson Pediatrics ha proporcionado los servicios de la línea de asesoramiento de enfermería de CHOA para llamadas fuera de horario sin costo alguno para nuestros pacientes. Le recomendamos que llame a una enfermera de triaje durante el horario de oficina con sus preguntas y que reserve las llamadas fuera de horario solo para emergencias.
 - Análisis de laboratorio: En Dawson Pediatrics, nuestro personal realiza ciertas pruebas de laboratorio internamente, y los resultados estarán disponibles durante su visita. Sin embargo, algunas pruebas realizadas en la clínica pueden enviarse a un laboratorio externo para su análisis. Tenga en cuenta que, de ser así, podría recibir una factura aparte directamente del laboratorio externo. Dawson Pediatrics no se responsabiliza de los cargos o saldos derivados de las pruebas enviadas a laboratorios externos. Usted es responsable de cualquier factura que reciba de estos laboratorios externos.
 - Accidente de vehículo motorizado: Debido a las normas de facturación de terceros, no podemos presentar un reclamo ante su seguro médico. Si su hijo/a viene a revisión después de un accidente automovilístico, con gusto lo/la atenderemos y evaluaremos; sin embargo, la visita se considerará de pago directo. Una vez finalizada la visita, puede solicitar un recibo detallado y presentarlo a su seguro de auto para obtener el reembolso. • Planes de pago: Cualquier saldo superior a \$100 se establecerá en un plan de pago estructurado antes de la consulta.
- Todos los planes de pago deben estar garantizados con una tarjeta de crédito y se debe firmar un acuerdo de plan de pago. El acuerdo de plan de pago ofrecerá detalles sobre cómo se administrará su cuenta durante la vigencia del acuerdo.
- Cobranzas internas: Cualquier cuenta con 90 días de antigüedad será enviada a nuestras cobranzas internas. Se realizará el pago completo o un plan de pago. Es necesario que se ponga en contacto con un miembro de nuestro equipo de facturación antes de que podamos programar más citas.
 - Cobranzas: Cualquier saldo con más de 120 días de antigüedad será enviado a nuestra agencia de cobranza, a menos que la cuenta esté bajo un plan de pagos. Si una cuenta se envía a nuestra agencia de cobranza, se agregará un cargo por cobranza del 40% al saldo adeudado. Cuando un saldo se envía a cobranza, no tendremos otra opción que dar de alta al paciente de nuestra clínica.
 - Cheques devueltos: Como cortesía, aceptamos cheques personales. No aceptamos cheques de terceros. Cualquier cheque que nos sea devuelto por cualquier motivo estará sujeto a un cargo por servicio. El primer cheque devuelto tendrá un cargo de \$30 o el 5% del valor nominal, lo que sea mayor, más cualquier costo en el que incurramos debido al cheque rechazado. El segundo cheque devuelto tendrá un cargo de \$30 o el 5% del valor nominal, lo que sea mayor, más cualquier costo en el que incurramos debido al cheque rechazado. Se enviará una carta a la familia y todos los cheques devueltos, más los cargos aplicables, deberán pagarse en efectivo, cheque de caja, giro postal o tarjeta de crédito dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la carta, según la ley de Georgia (Sección 16-9-20 del Código Oficial de Georgia). Después de una segunda infracción, ya no aceptaremos cheques de su cuenta familiar.



Política financiera

- Política de reembolso: En ocasiones, se producen pagos en exceso, y los padres tienen la opción de dejar el saldo en la cuenta para futuros gastos o recibir un cheque por el importe del pago en exceso. Cualquier paciente que haya pagado por su cuenta al momento del servicio y cuya cobertura de seguro se haya aplicado retroactivamente a la fecha del servicio, resultando en el pago por parte del seguro para esa visita, puede optar por recibir un cheque por el importe del crédito o dejarlo en la cuenta para futuras visitas.

Gastos administrativos: A continuación se detallan los servicios por los que cobramos un cargo administrativo. La mayoría de estos servicios requieren mucho tiempo y dedicación por parte de nuestro personal. Estos servicios no se facturan a su compañía de seguros, salvo que se indique lo contrario, y son responsabilidad suya.

- Cargos por no presentarse/citas perdidas
- Formularios deportivos
 - La perforación del oído
- Historiales médicos
 - Solicitudes de historiales médicos de terceros

Al firmar a continuación, usted reconoce haber leído, comprendido y aceptado la Política Financiera de Dawson Pediatrics y se compromete a pagar todos los servicios médicos que su(s) hijo(s) reciba(n) de Dawson Pediatrics. Asimismo, reconoce que si su compañía de seguros se niega a pagar, por cualquier motivo, estos gastos serán su responsabilidad.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del padre/madre o tutor legal

Fecha



ACUERDO DE USUARIO DEL PORTAL DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

El portal de Dawson Pediatrics utiliza tecnología para facilitar la comunicación segura entre los pacientes y Dawson Pediatrics. El término "portal del paciente" se refiere a la parte del sistema de información de Dawson Pediatrics que proporciona acceso a la información de salud de los pacientes y permite la comunicación segura, incluyendo solicitudes de recetas, derivaciones y citas.

Por "comunicación electrónica" se entiende el envío de correos electrónicos o mensajes de texto a pacientes fuera del portal del paciente.

Política del portal del

paciente Las siguientes políticas y limitaciones se aplican al uso del portal del paciente de Dawson Pediatrics.

1. La comunicación a través del portal del paciente no es para emergencias. Si tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a su hospital local.
2. La comunicación a través del portal del paciente complementa las consultas médicas. Dawson Pediatrics no proporcionará diagnósticos ni tratamientos a través del portal del paciente.
3. Temas delicados, como el VIH/SIDA, las ETS, la salud mental, la salud conductual, el tratamiento de la drogadicción o la genética. La información sobre las pruebas no se puede comentar a través del portal del paciente.
4. Se prohíbe cualquier otra comunicación electrónica con el profesional de la salud, como el correo electrónico o los mensajes de texto que no se envíen a través del portal del paciente.
5. Las comunicaciones enviadas a través del portal del paciente deben ser corteses, respetuosas, apropiadas, basadas en hechos y veraces.
6. Las comunicaciones se responderán en un plazo de dos días hábiles. Usted acepta no utilizar este portal si necesita una respuesta con mayor rapidez o con carácter de urgencia. Si su necesidad es urgente, debe comunicarse directamente con el consultorio.
7. Usted acepta no compartir su contraseña con nadie y que usted es el único responsable de proteger su contraseña.
8. Usted acepta que el acceso al sitio se proporciona «tal cual» y que no podemos garantizarle el acceso al portal en ningún momento. Las comunicaciones por internet son inherentemente inseguras, ya que ninguna tecnología garantiza la privacidad ni la seguridad de la información enviada a través de internet. Usted se compromete a tener precaución al proporcionar información a través de este portal y reconoce que es su responsabilidad mantener la seguridad de los mensajes.

Condiciones de participación: El

acceso a Dawson Pediatrics está restringido al paciente mencionado anteriormente. Este servicio es opcional y nos reservamos el derecho de suspenderlo o cancelarlo, así como su acceso al mismo, en cualquier momento. Si la clínica suspende este servicio, usted seguirá teniendo acceso a copias de su historial médico y otra información de salud, previa solicitud.

El paciente reconoce que acepta cumplir con la Política del Portal del Paciente de Dawson Pediatrics descrita anteriormente.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma de los padres: _____

Fecha: _____



Consentimiento del paciente para el tratamiento, el uso y la divulgación de información sanitaria protegida.

Consentimiento para el tratamiento y el examen

Con este consentimiento, autorizo voluntariamente mi tratamiento médico o el tratamiento médico de mi hijo a los proveedores de Dawson Pediatrics, PC. Por la presente se otorga permiso para que el/los paciente(s) enumerado(s) reciban cualquier procedimiento médico/quirúrgico, radiografías, prueba de medicamentos o de laboratorio, medicamento o examen, según lo consideren necesario los médicos.

Entiendo perfectamente que el pago se requiere al momento de recibir el servicio y que, si se presentan reclamaciones a mi compañía de seguros, cualquier saldo pendiente será mi responsabilidad. Asimismo, autorizo la divulgación de mi historial médico a mi compañía de seguros cuando sea necesario. En caso de que el médico presente una reclamación a mi aseguradora, autorizo que los beneficios se paguen directamente al médico.

Consentimiento para el uso y la divulgación de información sanitaria protegida

Por la presente, autorizo a DAWSON PEDIATRICS, PC a usar y divulgar mi información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica (TPO). (El Aviso de Prácticas de Privacidad proporcionado por Dawson Pediatrics describe estos usos y divulgaciones con mayor detalle).

Con este consentimiento, DAWSON PEDIATRICS, PC puede llamar a mi domicilio u otra ubicación alternativa y dejar un mensaje en el buzón de voz, contestador automático o con una persona en relación con cualquier asunto que ayude a la práctica a llevar a cabo la TPO. Dichos asuntos incluyen recordatorios de citas, asuntos relacionados con el seguro y cualquier llamada relacionada con la atención clínica de mi hijo. DAWSON PEDIATRICS, PC puede enviar por correo a mi domicilio u otra ubicación alternativa cualquier asunto que ayude a la práctica a llevar a cabo la TPO, como tarjetas de recordatorio de citas, resultados de pruebas y estados de cuenta del paciente. Con este consentimiento, DAWSON PEDIATRICS, PC también puede enviar por correo electrónico a mi domicilio u otra ubicación alternativa cualquier asunto que ayude a la práctica a llevar a cabo la TPO, como tarjetas de recordatorio de citas, resultados de pruebas y estados de cuenta del paciente.

Se me ofreció una copia escrita del Aviso de Prácticas de Privacidad de DAWSON PEDIATRICS, PC antes de firmar este consentimiento.

DAWSON PEDIATRICS, PC se reserva el derecho de modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. La versión revisada del Aviso de Prácticas de Privacidad se publicará en la oficina o se puede obtener enviando una solicitud por escrito al Responsable de Privacidad de Dawson Pediatrics, 300 Dawson Commons Circle, Ste 320, Dawsonville, GA 30534.

Tengo derecho a solicitar por escrito a DAWSON PEDIATRICS, PC que restrinja el uso o la divulgación de mi información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo la Orden de Protección de Datos Personales (TPO). El consultorio no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hace, queda sujeto a este acuerdo.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la clínica ya haya realizado divulgaciones basándose en mi consentimiento previo.

Si no firmo este consentimiento, o si lo revoco posteriormente, DAWSON PEDIATRICS, PC podrá negarse a proporcionarme tratamiento.

Uso de la información para servicios de asesoramiento (Derechos de privacidad para menores en Georgia)

Según la ley de Georgia, los menores de edad (niños menores de 18 años) tienen derecho a buscar y recibir asesoramiento de salud mental sin el consentimiento de sus padres en determinadas circunstancias. Estas incluyen:

- Si el menor tiene 12 años o más y busca servicios de salud mental relacionados con el abuso de sustancias, la salud mental o el bienestar emocional.
- Cuando el menor es víctima de abuso.
- Cuando el menor representa un peligro para sí mismo o para los demás.

En tales situaciones, se protege la privacidad del menor y sus registros de salud mental no pueden ser revelados a los padres o tutores sin el consentimiento del menor, excepto en situaciones en las que exista una amenaza de daño para el menor o para otros.

Confidencialidad de los registros de asesoramiento psicológico

De conformidad con la ley de Georgia, si su hijo recibe asesoramiento o servicios de salud mental, su información se mantendrá confidencial.

Sin embargo, podemos divulgar información en las siguientes situaciones:

- Si existe riesgo de daño para el menor o para otras personas.
- Si así lo exige la ley o una orden judicial.
- Para la coordinación de la atención con otros proveedores de atención médica, con el consentimiento del menor.

Aviso que informa a las personas sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad.

Dawson Pediatrics, PC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color o nacionalidad.

Origen, edad, discapacidad o sexo. Dawson Pediatrics, PC no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Dawson Pediatrics, PC:

- Brindamos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - o Intérpretes de lengua de signos cualificados o
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como: o Intérpretes cualificados o
- Información escrita en otros idiomas • Si necesita estos servicios, póngase en contacto

con Stephanie Pierce.



Si cree que Dawson Pediatrics, PC no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, Si tiene alguna queja relacionada con su origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentarla ante Stephanie Pierce, Administradora, 300 Dawson Commons Circle, Suite 320, Dawsonville, GA 30534, 706-216-2771, Fax 706-216-2944, spierce@dawsonpediatrics.com. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Stephanie Pierce, administradora, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de forma electrónica. a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a: _____

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
Servicios 200 Independence Avenue, SW

Habitación 509F, Edificio HHH
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento _____

Firma del padre/madre o tutor legal (a menos que tenga 18 años o más) _____ Fecha _____

~~ Relación con el paciente: _____

Solo para uso interno:
Si un paciente o su representante se niega a firmar el Consentimiento del paciente para el uso y la divulgación de información de salud protegida, documente la fecha y la hora en que se le presentó la notificación al paciente y firme a continuación.
Presentado el (fecha y hora): por (nombre y cargo): _____



300 Dawson Commons Circle, Suite 320 · Dawsonville, GA 30534
Teléfono: (706) 216-2771 · Fax: (706) 216-2944

POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y AUSENCIA

A partir del 1 de agosto de 2018, Dawson Pediatrics ha implementado una nueva política de cancelación y de inasistencia.

Para brindar la mejor atención de manera oportuna, hemos revisado nuestras políticas actuales de gestión de citas y consideramos necesario un cambio. Los tiempos de espera y la disponibilidad de citas se ven directamente afectados por las llegadas tarde y las ausencias. Una gestión más eficaz de estos problemas reducirá las demoras en la atención y la falta de citas disponibles, que de otro modo se perderían si los pacientes no llaman para reprogramar su cita.

La nueva política está diseñada para brindar una flexibilidad significativa a nuestros pacientes, al tiempo que garantiza que quienes falten con frecuencia a sus citas programadas rindan cuentas. Queremos que esta política sea un elemento disuasorio, no una fuente de ingresos.

Política de cancelación y no presentación:

- Si cancela la cita de su hijo con menos de 24 horas de anticipación, se aplicará un cargo por cancelación de \$25.00. aplicado a la cuenta después de la segunda cancelación y luego cualquier otra cita cancelada menos de 24 horas.
- Después de que su hijo no se haya presentado dos veces, se deberá pagar una tarifa de \$25.00 por no presentarse antes de la siguiente visita y se les coloca en un período de prueba de 6 meses para la lista de Solo el mismo día, lo que significa que Tienes que llamar el día que sabes que puedes traerlos para un chequeo general, enfermedad, cualquier problema mental. Citas médicas, etc., para ver si tenemos una cita disponible para que le atiendan.
- Después de que su hijo/a falte sin avisar tres veces, deberá abonar otra tarifa de \$50.00 por inasistencia. antes de la siguiente visita y se les incluye permanentemente en una lista de "Solo el mismo día".
- Si su hijo tiene cuatro ausencias sin previo aviso, habrá otra tarifa de \$50.00 por ausencia sin previo aviso que deberá pagarse y El proveedor está al tanto de las ausencias excesivas y su hijo estará sujeto a posibles sanciones. despido.

Su cita está reservada exclusivamente para usted y su hijo/a. Le rogamos que sea considerado/a con los demás. Si falta a su cita o la cancela a última hora, esto perjudica a otros pacientes que necesitan ser atendidos.

Como cortesía, le enviaremos recordatorios por teléfono y mensaje de texto, siempre y cuando contemos con la información correcta. Recuerde que esto es solo una cortesía, por lo que si no recibe este recordatorio y no asiste a su cita, se le cobrará igualmente. Es imprescindible que llegue puntual a su cita. Si llega tarde, es posible que no podamos atenderle o que tengamos que reprogramar su visita. Si prevé llegar tarde, llámenos lo antes posible para que podamos informarle si podemos atenderle o si es necesario reprogramar su cita.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____



Autorización para traer y/o comunicar

Todos los niños y adolescentes menores de 18 años deben estar acompañados por un padre o tutor legal. El padre o tutor legal puede designar a otras personas para que busquen atención médica para su hijo menor completando la información a continuación.

Les informamos que no podremos administrar las vacunas, independientemente de quién figure en la lista a continuación, si no está presente un padre/tutor legal.

Este formulario es obligatorio para CADA niño.

****Tenga en cuenta que NO recomendamos que incluya en su lista a personas que no cuiden a su hijo de forma rutinaria y que desconozcan su historial médico.

Yo, _____, doy permiso a la(s) siguiente(s) persona(s) para tomar decisiones médicas en mi ausencia, hablar con el personal de la oficina para obtener consejos o triaje relacionados con la salud de mi hijo, recoger formularios escolares, recoger registros de vacunación y recoger recetas para mi hijo, según las opciones a continuación para asuntos relacionados con mi hijo, _____, fecha de nacimiento _____.

*Tenga en cuenta cualquier excepción a la declaración anterior, si corresponde, para cada persona que se enumera a continuación. (Por ejemplo: "John Doe, abuelo, no tiene permitido recoger recetas, etc.")

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

*Excepciones _____

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

*Excepciones _____

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

*Excepciones _____

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

*Excepciones _____

*Para cualquier niño de 16 años o más: _____ Yo, doy permiso para que reciban vacunas y análisis de sangre cuando estén solos.

_____, NO les doy permiso para recibir vacunas y análisis de sangre cuando están por ellos mismos.

Nombre impreso _____

Firma del padre/madre o tutor legal (a menos que tenga 18 años o más) _____ Fecha _____



300 Dawson Commons Circle, Suite 320 · Dawsonville, GA 30534

Teléfono: (706) 216-2771 · Fax: (706) 525-7422

Autorización para la divulgación de información médica

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

PADRES: Les informamos que si este formulario no se completa en su totalidad, no podremos recibir ni entregar el historial médico de su hijo/a. Por favor, incluyan el nombre y la dirección del consultorio, así como los números de teléfono y fax. Para los recién nacidos, indiquen el hospital donde nacieron.

☐	Autorizo a Dawson Pediatrics a Información de lanzamiento PARA:
_____ Nombre del proveedor o centro	
_____ DIRECCIÓN	
_____ Ciudad, estado, código postal	
_____ Número de teléfono	_____ Número de fax

O

☐	Autorizo a Dawson Pediatrics a Obtenga información DE:
_____ Nombre del proveedor o centro	
_____ DIRECCIÓN	
_____ Ciudad, estado, código postal	
_____ Número de teléfono	_____ Número de fax

***Por favor, indique una fecha de vencimiento para esta versión marcando la casilla correspondiente a continuación:

☐ Caduca _____

☐ No caduca

Motivo del traslado _____

Por favor, faciliten todos los expedientes médicos pertinentes del/de los niño/s mencionado/s anteriormente. Los expedientes deben incluir todos los registros de hospitalización, notas de consulta, resultados de laboratorio y registros de vacunación.

La firma que figura a continuación autoriza la transferencia de los registros. Entiendo que estos registros pueden incluir información psiquiátrica, sobre abuso de sustancias, VIH y SIDA, y que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en ella.

Firma del padre/madre o tutor legal (a menos que tenga 18 años o más)

Fecha