Mundelein Pediatrics, S. C.
Pediatrics - Adolescents
1170 E. Belvidere Road • Suite #106
Grayslake, IL 60030

Jennifer Devaney, M.D.
Karin Kallwitz, M.D.
Kathy Seskiewicz, M.D.
Diana Trew, M.D.
Heidi Kramer, M.D.
Jeremy Messinger, A.P.N., P.N.P.
Maral Mjukian, A.P.N., P.N.P.

Forma de Liberación de HIPPA
Forma de Reconocimiento y Autorización

Nombre de Paciente:_____ Fecha de Nacimiento:_____

Anuncio sobre las prácticas de privacidad

Yo reconozco que recibí el Anuncio sobre las Prácticas de Privacidad del doctor. El Anuncio sobre las Practicas de Privacidad provee información detallada acerca de cómo la practica puede usar y revelar mi información confidencial.

Yo entiendo que el doctor ha reservado el derecho a cambiar sus prácticas de privacidad de él o ella, las cuales son descritas en el anuncio. También entiendo que una copia de este anuncio será proveída a petición mía o será disponible para mí en su sitio web.

- Tratamiento: Su información de salud protegida puede ser usada o revelada por aquellos que están involucrados en su cuidado.
- Pago: Nosotros Podemos usar y revelar PHI (Información Protegida de Salud) para nosotros poder recibir pago por los servicios que se brindaron.
- Requerido por la ley: Su PHI (Información Protegida de Salud) va a ser usada y compartida como lo require y lo permite la ley.

Autorización de Mensaje de teléfono y contacto

Le da su permiso a los doctors y al personal de Mundelein Pediatrics a:
( ) Dejar un mensaje con información detallada
( ) Dejar un mensaje con el numero para regresar la llamada

Individuos Autorizados

Yo doy mi autorización a los doctors y al personal de Mundelein Pediatrics para discutir la información de salud protegida y financiera de mi hijo (a) con las siguientes personas.

*Por favor inclúyase usted mismo al igual que cualquier otra persona que podemos contactar.

Nombre	Relación	Númber de teléfono

X_____

Firma del paciente (18 años o mayor), Padres o Tutores Legales Nombre Fecha

Permiso para tratamiento medico/ Autorizazión para información

Yo, _____autorizó los siguientes metodos de comunicación de mi hijo(a)

_____información de salud protegida como se indica a continuación.
Nombre del paciente y fecha de nacimiento

Yo entiendo que sobre las practicas de privacidad del paciente, la información es confidencial a menos que sea autorizada por mi firma a exepción de cualquier pago. Las siguientes personas pueden solicitar/recojer records, recetas, dejar o tomar mensajes sobre la salud de me hijo (a) y pueden hablar con el doctor y personal medico.
PORFAVOR ESCRIBIR

1._____Relación_____cell_____
PORFAVOR IMPRIMIR NOMBRE

2._____Relación_____cell_____
PORFAVOR IMPRIMIR NOMBRE

3._____Relación_____cell_____
PORFAVOR IMPRIMIR NOMBRE

4._____Relación_____cell_____
PORFAVOR IMPRIMIR NOMBRE

Mundelein Pediatrics S.C. es autorizado de comunicar información de salud protegida como resultados de laboratorio, mesajes del doctor y información sobre citas.

Las personas autorizadas anteriormente tienen mi permiso de traer a mi hijo(a) a citas, recibir tratamiento medico y recibir vacunas de ser necesario.

Seran informados que una identifición con foto sera requerida cuando traigan al paciente.

_____ _____
Firma de padre o tutor Fecha

Nombre: _____ Fecha: _____

Póliza Financiera

Gracias por elegir a Mundelein Pediatrics, S.C. (MP) como el proveedor de cuidado de salud de su hijo (a). Estamos comprometidos a brindar el major cuidado para su hijo (hijos). Nuestra meta es proveer y mantener un excelente relación entre paciente y doctor. Para reducir un potencial malentendido, nuestra practica ha adoptado la sigiente póliza financiera y le pedimos que la revise y firme este contrato.

Responsabilidades de los Padres/Paciente

- **Pagos**

  El Paciente tiene la responsibilidad de presentar su póliza de Seguro en cada visita. Por favor manténganos informados de cualquier cambio en su póliza de Seguro o información personal (dirección, número de teléfono, correo electrónico, póliza de Seguro, etc.) Todos los copagos o balances atrasados se deben de pagar en el momento de su visita, a menos que un arreglo previo se haiga echo con nuestra oficina.

- **Servicios Profesionales Prestados**

  Si su hijo (a) es visto para una cita preventive que ya estaba programada y otra condición es tratada a la misma vez, el proveedor hará un cargo por cada servicio que se realizó (por ejemplo: eliminación de verrugas, síntomas de enfermedad, etc.). Haremos un cargo por una cita de revisión de salud normal y una cita de enfermedad, pero no todas las pólizas de Seguro cubren los dos cargos a la misma vez.

- **Reclamaciones a la póliza de Seguro**

  La póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañia de pólizas de seguro. Es su responsbilidad el determinar que beneficios y que tipo de cobertura su póliza de seguro individual o de grupo provee. Para que nosotros mandemos los cargos a su póliza de seguro correctamente, le pedimos que nos brinde toda la información de su póliza de seguro incluyendo su póliza principal y secundaria. No aceptamos la Tarjeta de ayuda publica como póliza secundaria. La falta a proporcionarnos con cualquier cambio a su póloza de Segura puede resultar en que el paciente tenga la responsabilidad total de los cargos de la visita. Es importante que usted responda a su póliza de seguro cuando se le pida alguna información. Esto ayudara A que sus reclamos sean procesados más rápido y a que no atrasen el pago por falta de información.

- **Accidente Automovilístico**

  Mundelein Pediatrics no mandara níngún cargo a su póliza de seguro automovilístca o a terceras partes involucradas. El pago se debe de hacer en el tiempo de su servicio. Nosotros le proveeremos los papeles (factura detallada) necesarios para que usted los envié a su póliza de seguro automovilística para recibir su reembolso.

- **Referencias, Autorizaciones Previsas y Exámenes de Laboratorio**

  Si su póliza de seguro requiere una referencia y/o una autorización para cualquier examen o visita de especialista, usted es responsable de obtenerla de nuestra oficina. Si usted falla el obtener esta forma puede resultar en no pago o un pago menor de lo requerido de parte de su compañia de seguro, y el balance será su responsabilidad total. El recibir una referencia no garantiza el pago de parte de su póliza de seguro. Porfavor tenga cuidado si su póliza de seguro le requiere ir a un laboratorio específico para cualquier prueba de laboratorio es la responsabilidad del paciente el informarle a su proveedor.

- **Cargos**

  Mundelein Pediatrics requiere un aviso de 24 horas para la cancelación de una cita. Citas perdidas o previamente no canceladas pueden resultar en un cargo de $25.00. Nuevos pacientes, con dos citas perdidas, pacientes actuales, con tres citas perdidas pueden ser descontinuados de la práctica.
  El cargo por un cheque devuelto es de $35.00 y debe de ser pagado en efectivo o con un cheque echo

directamente por el banco. Esto será puesto en su cuenta en adición a la cantidad de fondos insuficientes. Usted puede ser puesto en una base en donde se recibirá solamente efectivo de su parte en consecuencia de un cheque devuelto.

Estoy de acuerdo y entiendo que esta oficina solo puede poner el código y hacer un reclamo por la cita de mi hijo(a) con el diagnostico que se encontró y se documentó en el récor medico. Así, que al pedir a esta oficina que cambien el diagnostico solo con el propósito de asegurar el rembolso de su póliza de seguro es inapropiado y fraudulento.

- **Colecciones**

  En el evento que una cuenta sea puesta en colección, la persona finacieramente responsable de la cuenta será responsable de todas las colecciones, incluyendo cualquier cargo de abogado. Para las cuentas que están en colección, las visitas de paciente pueden ser limitadas a solo visitas de enfermedad y será dirigido a nuestra oficina de reclamos antes de poder hacer una cita.

  Cuentas con un balance pendiente de vencimiento continuo por más de 75 días, cuentas que han estado o estaán en colección, o que se han declarado en bancarrota pueden ser requeridos a mantener una tarjeta de crédito o débito en su expediente. Como cortesía, enviaremos el reclamo a la póliza de seguro primero, y le manderemos un estado de cuenta por el balance que sobre después de que recibamos la respuesta de su póliza de seguro. Si no recibimos el pago dentro de 30 días de la fecha del estado de cuenta, cargaremos automáticamente la tarjeta que temenos en su expediente.

- **Acuerdo de Divorcio/Separación/Custodia**

  Mundelein Pediatrics, S.C. hace responsible a los dos padres de familia por el pago. En el evento que la cuenta sea mandada a una agencia de colección, los nombres de los dos padres y su información demográfica será sometida. Un decreto de divorcio es un documento que incluye a usted su ex-esposo/pareja y la corte. Aunque un decreto de divorcio puede decir que ex-esposo/pareja es responsible por los cargos medicos, Mundelein Pediatrics, S.C. no tiene autoridad a en forzar el cumplimiento o a actuar como mediador entre las dos partes.

  Porfavor entienda que estas pólizas y cargos estan sujetos a cambio, y todos los cambios serán puestos en nuestra área de recepción y en nuestro sitio web. Entraran en efecto al mismo tiempo que sean puestos.

  Al firmar abajo usted da su consentimiento que acepta y respeta los cambios puestos.

  Yo he leído, entendido y estoy de acuerdo con la póliza financiera que esta descrita arriba y en la página anterior.Al firmar este acuerdo, yo estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones aquí contenidas y entiendo que este acuerdo será enforzado y puesto en efecto desde el momento en que yo firme. También autorizo que todo beneficio de mi póliza de seguro sea pagado directamente a Mundelein Pediatrics, S.C. por los servicios brindados y autorizo a Mundelein Pediatrics, S.C. a revelar información a la compañia de seguro cuando lo pidan.

_____

Nombre de la Persona Responsable/Padre, Tutor Legal o Paciente(18 años o mayor) (Imprima Nombre)

_____

Firma del Paciente (18 años o mayor), Padres o Tutores Legales

_____

Fecha