



DECLARACION DE RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE

Nombre Del Paciente _____ **Fecha De Nacimiento** _____

Yo, _____ entiendo que, en opinion de nuestros Proveedores todos los servicios que sean solicitados que me proporcionaran en fecha _____ no tienen porque estar cubiertos por mi Aseguranza, asiendo esto, razonable y medicamente necesario para la salud de mi hija/o. Y entiendo que el agente de mi seguro de salud determina la necesidad medica de los servicios que he solicitado y me han prestado. Y tambien entiendo que soy responsable de pagar todos los servicios requeridos y materiales o instrumentos prestados, aunque estos determinen que no hay ninguna necesidad de cirugia o cualquier otro procedimiento medico.

Ejemplos: Analysis De Orina, Inyecciones (HGG, Lidocaine, etc.) y la crema Emla (agente de entumeciendo)

Entiendo ese trabajo del laboratorio en entra la fecha de estudios es mandado a un laboratorio de la refeerencia. Children's Urology proporcionará al laboratorio de la referencia la informacion del seguro necesaria para someterse un reclamo. Cualquier cargo contraida es mi responsabilidad de pagar.

RECONOCIMIENTO DE REVISA DE NOTICIA DE PRACTICAS PRIVADAS

Yo he revisado la Noticia de Practicas Privadas de su oficina que me explica como podra ser usada y revelada mi informacion medica. Yo entiendo mis derechos a recibir una copia de este documento.

EL REGISTRO DE REVELACIONES PARA EL PACIENTE

En general, la regal de la intimidad de HIPAA da a individuos el derecho de solicitar una restriccion en usos y revelacions de su informacion protegida de la salud (PI). El individuo es proporcionado tambien el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicacion de PI es hecha por medios alternativos, tal como mandando la correspondencia a la oficina del individuo en vez del hogar del individuo.

Deseo ser contactado en la manera siguiente (verifica todo que aplica).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Telefono de Casa | <input type="checkbox"/> Comunicacion escrita |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con informacion detallada | <input type="checkbox"/> Enviar a mi domicilio particular |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con el numero de reclamacion solamente | |
| <input type="checkbox"/> Telefono de Trabajo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con informacion detallada | |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con el numero de reclamacion solamente | |

Importante: Estas instrucciones se quedaran vigente por un ano de la fecha de firma. Los cambios pueden ser hechos, por escrito, a nuestra oficina. Por favor tenga en cuenta que se require tiempo para ser los cambios apropiados.

Firma del Padre

Fecha: