

Jose C. Cortez, MD
George M. Seremetis, MD
Leslie T. McQuiston, MD
Vani S. Menon, MD
Kelly J. Nast, MD
Mary "Katie" Wang, MD



AUSTIN LOCATION
1301 Barbara Jordan Blvd Suite 302
Austin, TX 78723

CEDAR PARK LOCATION
1301 Medical Parkway Suite 310
Cedar Park, TX 78613

PHONE (512) 472-6134
FAX (512) 472-2928
childrensurology.com

Declaracion de Reconocimiento Del Cliente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

Yo, _____ entiendo que, en opinión de nuestros Proveedores todos los servicios que sean solicitados que me proporcionarán a mi hijo/hija tienen porque estar cubiertos por mi Aseguradora, haciendo esto, razonable y médicamente necesario para la salud de mi hijo/a. Y entiendo que el agente de mi seguro de salud determina la necesidad médica de los servicios que he solicitado y me han prestado. Y también entiendo que soy responsable de pagar todos los servicios requeridos y materiales o instrumentos prestados, aunque estos determinen que no hay ninguna necesidad de cirugía o cualquier otro procedimiento médico.

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

Entiendo ese trabajo del laboratorio en _____ es mandado a un laboratorio de la referencia. Children's Urology proporcionará al laboratorio de la referencia la información del seguro necesaria para someterse un reclamo. Cualquier cargo contraída es mi responsabilidad de pagar.

RECONOCIMIENTO DE REVISAR NOTICIA DE PRACTICAS PRIVADAS

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

EL REGISTRO DE REVELACIONES PARA EL PACIENTE

En general, la regla de la intimidad de HIPAA da a individuos el derecho de solicitar una restricción en usos y revelaciones de su información protegida de la salud (PI). El individuo es proporcionado también el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicación 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):

HOME TELEPHONE

- Dejar mensaje con información detallada
- Dejar mensaje con el número de reclamación solamente

TELÉFONO DE TRABAJO

- Dejar mensaje con información detallada
- Dejar mensaje con el número de reclamación solamente

TELÉFONO MOBILE

- Dejar mensaje con información detallada
- Dejar mensaje con el número de reclamación solamente

COMUNICACIÓN ESCRITA

- Enviar a mi domicilio particular

OTHER _____

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

FIRMA DEL PADRE

FECHA