

Entiendo que una vez que Horizon Medical divulgue mi información de salud protegida al destinatario, Horizon Medical no puede garantizar que el destinatario no vuelva a divulgar mi información de salud protegida a un tercero. Es posible que no se requiera que el tercero cumpla con esta Autorización o la ley de privacidad federal y estatal aplicable que rige el uso y la divulgación de mi información de salud protegida.

Entiendo que, de acuerdo con las leyes estatales y federales, la instalación de divulgación puede cobrarte una tarifa razonable por las fotocopias de los registros solicitados. Entiendo que Horizon Medical puede recibir directa o indirectamente una remuneración de un tercero en relación con el uso o la divulgación de mi información de salud protegida.

Entiendo que puedo negarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta Autorización y por cualquier motivo y que tal rechazo o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento en Horizon Medical; excepto, sin embargo, si mi tratamiento en Horizon Medical tiene el único propósito de crear información de salud para divulgar al destinatario identificado en esta Autorización, en cuyo caso Horizon Medical puede negarse a tratarme si no firmo esta Autorización.

Entiendo que si revocar esta Autorización, debe enviar un aviso de revocación por escrito al Custodio de Registros a la dirección que se indica a continuación. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que Horizon Medical recibe mi notificación por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta Autorización.

Puedo comunicarme con el HIM/Custodio de registros en la dirección y el teléfono/fax que se indican a continuación

He leído y entiendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de mi información de salud protegida. Mediante mi firma, por la presente, a sabiendas y voluntariamente autorizo a Horizon Medical a usar o divulgar mi información de salud protegida de la manera descrita anteriormente.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Si está firmado por el representante legal relación con el paciente

Firma del testigo/Fecha

• Complete la autorización en su totalidad. Si las secciones están en blanco o incompletas, es posible que no podamos procesar su solicitud.

• Al enviar su solicitud de registros médicos, adjunte una copia de su identificación con foto.

Licencia de conducir ___ Identificación con foto del trabajo ___ Tarjeta SS ___ Otra identificación con foto ___ Firma notariada ___ Otro ___

• Si los registros son de un paciente que tiene un poder notarial, adjunte una copia del POA.

• Si los registros son de un paciente fallecido, proporcione una copia del Ejecutor del Acta de Sucesión o Defunción.

Las autorizaciones completas y cualquier documentación requerida se pueden enviar por correo a:

Horizon Medical Clinic, LLC
 2345 2nd Ave East, Suite B
 Oneonta, AL 35121
 Teléfono: 205.625.3332
 Fax: 205.625.3342

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ - _____ - _____
Dirección: _____
Nombre del padre/madre/tutor legal: _____
Número de teléfono durante el día: _____

Autorizo Horizon Medical Clinic LLC a solicitar/divulgar la información de salud protegida (PHI) de mi hijo de /a la organización mencionada a continuación:

Información de la persona/organización: (PARA SER LLENADO POR EL CONSULTORIO MÉDICO)

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____
teléfono: _____ N.º de fax: _____

Información específica solicitada:

Fechas de tratamiento: desde: _____ hasta: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Historia y laboratorios físicos | <input type="checkbox"/> Laboratorios |
| <input type="checkbox"/> Registros de vacunas | <input type="checkbox"/> Informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> notas de progreso | <input type="checkbox"/> Informe de patología |
| <input type="checkbox"/> evaluación de TDAH | <input type="checkbox"/> Registros de alergias |
| <input checked="" type="checkbox"/> Registro completo | <input type="checkbox"/> Evaluación Física Deportiva |
- Otro, especifique _____

Al escribir mis iniciales junto a una de las categorías enumeradas a continuación, autorizo específicamente a Horizon Medical a usar y/o divulgar mi información altamente confidencial. **Coloque sus iniciales en cada categoría que Horizon Medical esté autorizado a publicar.**

- Registros de salud mental/psiquiátricos/psicológicos
 Registros de abuso de alcohol y/o drogas
 Información sobre enfermedades de transmisión sexual
 Pruebas relacionadas con el VIH/SIDA (ya sea que los resultados hayan sido positivos o negativos)

El propósito del uso/divulgación de la información es:

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solicitud de paciente/representante personal | <input type="checkbox"/> Legal |
| <input type="checkbox"/> atención médica | <input type="checkbox"/> Seguro |
| <input type="checkbox"/> Colocación Educativa/Otras Preocupaciones Educativas | |
| <input type="checkbox"/> Otra especificar: _____ | |

A menos que se revoque de otro modo, esta Autorización vencerá: Un (1) año a partir de la fecha de la firma

Responsabilidad financiera del paciente

Como cortesía a nuestros pacientes, nos hemos inscrito en numerosos programas de seguro de atención administrada. Nos complace poder brindarle este servicio y haremos todo lo posible para verificar la cobertura y facturar correctamente a su compañía de seguros. Sin embargo, no nos es posible hacer un seguimiento de cada requisito individual para cada plan.

Es responsabilidad de cada paciente conocer los detalles de su plan de seguro, además de las fallas en la cobertura del seguro. Cualquier cambio que ocurra como resultado de las restricciones del plan de seguro o lapsos en la cobertura son, en última instancia, responsabilidad del paciente. Desafortunadamente, si no nos informa sobre los requisitos especiales requeridos por su plan y solicitamos servicios médicamente necesarios, como análisis de laboratorio, hospitalización o suministros que pueden no estar cubiertos por su plan; podemos facturarle directamente esos cargos. Si no se puede verificar la cobertura de seguro actual antes de cada cita, el pago de esos cargos deberá realizarse en el momento del servicio.

La oficina factura solo por los servicios realizados por nuestros proveedores. Los laboratorios son entidades separadas y le facturará a usted o a su compañía de seguros por los servicios prestados. Si tiene alguna pregunta sobre la factura de su laboratorio, comuníquese directamente con el laboratorio o con su compañía de seguros.

Brindar la más alta calidad de atención médica a nuestros pacientes es nuestra principal preocupación. Estamos más que dispuestos a brindar esa atención dentro de las pautas de su plan de seguro, siempre que sea posible. Con su cooperación, debería poder recibir todos los beneficios del seguro a los que tiene derecho, y podremos concentrar nuestros esfuerzos en esforzarnos por brindarle una atención médica excelente. Horizon Medical ofrece un descuento para pacientes sin seguro y este pago se requiere en el momento en que se presta el servicio.

Si una cuenta no se paga en su totalidad dentro de los 80 días, se agrega una tarifa de procesamiento de cobranza del 25% al saldo pendiente y se entregará a una empresa de cobranza para su posterior procesamiento. No se harán citas adicionales para cuentas morosas hasta que estén al día.

A los cheques devueltos por cualquier motivo se les cobrará un cargo por servicio de \$35.00 además del monto del cheque. Los cheques NSF deben canjearse con fondos certificados.

Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria sobre mi diagnóstico y tratamiento con el fin de asegurar el pago de mi compañía de seguros; y por la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al médico por cualquier servicio prestado que no haya pagado yo directamente.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS SIGUIENTES POLÍTICAS. ACEPTO LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DESCRITOS EN ELLOS:

- Derechos del paciente con respecto a los registros médicos
- Responsabilidad financiera del paciente, incluidas las colecciones
- Confidencialidad y privacidad de los registros médicos

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor _____ Fecha _____

Política de ausencia/cita perdida

En Horizon Medical entendemos que a veces es necesario cancelar o reprogramar su cita y que hay emergencias. Si no puede asistir a su cita, llámenos lo antes posible (con al menos 24 horas de anticipación). Puede cancelar citas llamando al número de oficina 205.625.3332.

Para garantizar que a cada paciente se le dé la cantidad adecuada de tiempo asignado para su visita y para brindar la más alta calidad de atención, es muy importante que cada paciente asista a su visita a tiempo. Como cortesía, se realiza/intenta una llamada para recordarle una cita un (1) día hábil antes de su cita programada. Sin embargo, es responsabilidad del paciente llegar a tiempo a su cita.

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE POLÍTICA:

1. Cancele su cita con al menos 24 horas de anticipación. Hay una lista de espera para ver a los médicos de Horizon Pediatrics y, siempre que sea posible, nos gusta completar las cancelaciones para acortar el período de espera para otros pacientes.
2. Si se da una cancelación de menos de 24 horas, o si no asiste a la cita programada, esto se documentará como "No presentarse/Cita perdida".
3. Después de la primera "No presentación/Cita perdida", recibirá una llamada telefónica o una carta advirtiéndole que ha incumplido el acuerdo de política de "No presentación/Cita perdida". Lo ayudaremos a reprogramar esta cita si es necesario.
4. Si tiene varias "Citas perdidas/faltas" dentro de un período de un (1) año, su hijo puede ser dado de alta de Horizon Medical.
5. Se le notificará por carta si es necesario dar de alta a su hijo del cuidado de su médico debido a "No presentarse/Citas perdidas" continuas.

He leído y comprendo la política de "ausencia/citas perdidas" de Horizon Medical y entiendo que es mi responsabilidad planificar las citas en consecuencia y notificar a Horizon Medical adecuadamente si tengo dificultades para asistir a mis citas programadas.

Nombre del padre/tutor _____ Fecha _____

Firma del padre/tutor _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LA HIPAA DEL PACIENTE

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos se me otorgan en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento, lo autorizo a usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto por parte de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento);
- Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros);
- Las operaciones diarias de atención médica de su práctica.

También se me informó y se me otorgó el derecho de revisar y obtener una copia de su *Aviso de Prácticas de Privacidad*, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo comunicarme con usted en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se usa y divulga mi información médica protectora para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica, pero que no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con la restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que haya ocurrido antes de la fecha en que revoco este consentimiento no se ve afectado.

Firmado este _____ día de _____ 20 _____.

Escriba el nombre del paciente _____.

Firma _____.

Relación con el paciente _____.

Divulgación de información de salud protegida

Comunicación telefónica:

De acuerdo con la política de nuestra oficina, los resultados de laboratorio se pueden proporcionar al paciente y/o al tutor por comunicación telefónica.

¿Tenemos permiso para dejar mensajes en su correo de voz? S/N

¿Tenemos permiso para discutir los resultados de laboratorio con los siguientes números de teléfono? S/N

Proporcione los números de teléfono en los que se pueden proporcionar los resultados de laboratorio:

Teléfono: _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____

Divulgación de documentos en papel:

Si desea dar permiso para divulgar información de salud protegida a través de documentación en papel para incluir; registros médicos, vacunas (formularios azules) y excusas del doctor, a cualquier persona que no sea el tutor registrado, especifique a continuación su nombre y relación con su hijo. Al firmar a continuación, otorga permiso al personal de Horizon Medical para divulgar la PHI de su hijo y comprende plenamente que esta divulgación está sujeta a todos los registros médicos relacionados con su hijo.

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Tenga en cuenta que, de acuerdo con las pautas de la HIPAA y para garantizar la total confidencialidad de la PHI de su hijo, la divulgación de la PHI no se proporcionará desde el personal por correo electrónico, correo postal o fax. Se permite la divulgación de la PHI por fax solo en caso de que otro médico tratante solicite los registros médicos de su hijo, y solo si se recibe la "autorización para la divulgación de información" adecuada. Todas las solicitudes de divulgación de información PHI a pedido del padre, tutor o cualquiera de las personas mencionadas anteriormente deben recogerse en Horizon Medical, y solo si se recibe la "autorización para divulgación de información" adecuada.

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____

Consentimiento para el tratamiento

Consentimiento para el tratamiento: doy consentimiento a Horizon Medical Clinic para examen y tratamiento, incluidos fármacos, medicamentos, realización de operaciones u otros estudios que pueda realizar el médico tratante, el enfermero practicante, el asistente médico o el personal, según sea necesario (indicado para mi atención).

AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS: autorizo a Horizon Clínica médica para proporcionar cualquier información médica solicitada por las compañías de seguros, incluido Medicare con el que tengo cobertura, cualquier agencia pública que pueda estar ayudando en el pago de mi atención o mi empleador que está pagando mis facturas médicas debido a un lesión laboral. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** por la presente autorizo el pago directamente a Horizon Medical Clinic por los beneficios que de otro modo se me pagarían, incluido el seguro médico principal y Medicare, también el pago de los beneficios quirúrgicos, pero que no excedan los cargos de Horizon Medical Clinic por estos servicios. Entiendo que soy financieramente responsable ante Horizon Medical Clinic por los cargos no cubiertos por esta asignación. Autorizo el reembolso de los beneficios del seguro pagados en exceso cuando mi cobertura esté sujeta a la coordinación de beneficios. **GARANTÍA DE CUENTA:** por los servicios proporcionados por Horizon Medical Clinic, por la presente garantizo el pago de todas las cuentas por los servicios prestados para mí y todos los miembros de mi familia de los que soy responsable. Para el pago de dichas cuentas por servicios, por la presente renuncio a todos los reclamos de exención bajo el Estado de Alabama y acepto pagar, si es necesario, todos los costos de cobranza, incluidos los honorarios del abogado y los costos judiciales. **RECONOCIMIENTO:** He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad vigente actualmente. Esto también sirve como divulgación de un documento PHI si solicito que se envíe tratamiento a otras instalaciones médicas en el futuro. MSMC solo llamará a los números de teléfono proporcionados por usted, a menos que dé instrucciones para eliminar la información de contacto de su archivo. No se enviarán correos electrónicos o mensajes de texto desde nuestra oficina. Este consentimiento/autorización permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito.

Doy mi permiso para que Horizon Medical Clinic trate a mi hijo, _____ (en letra de imprenta), de acuerdo con los estándares de atención definidos por la Asociación Estadounidense de Pediatría (AAP) y el ámbito de la necesidad médica según lo considere apropiado el proveedor tratante.

Nombre del padre/tutor (letra de imprenta) _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Autorización para tratamiento en ausencia del padre o tutor

Yo, _____ (letra de imprenta), por la presente consiento y autorizo a Horizon Medical Clinic y sus proveedores y personal a examinar y/o tratar mi hijo en mi ausencia. Afirmo que tengo el derecho legal de consentir esto. Entiendo que este consentimiento es legal y vinculante hasta que sea específicamente revocado por mí u otra persona que tenga el derecho legal y la ciencia exacta, y reconozco que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados de los exámenes y/o tratamientos.

Doy permiso a los proveedores y al personal para tratar a mi hijo en mi ausencia con cualquier plan de tratamiento que consideren necesario y apropiado. A continuación se enumeran las personas que pueden traer a mi hijo en mi ausencia para visitas de niño sano y/o enfermo, así como vacunas. Si no podemos comunicarnos con el tutor, las personas que se enumeran a continuación están autorizadas a ser contactadas por el personal del proveedor.

Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono

padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Antecedentes familiares

Incluya únicamente a la madre, el padre, los hermanos y los abuelos del niño

Indique si los abuelos son maternos o paternos

ANTECEDENTES	S/N	FAMILIAR	DETALLES
Abuso de alcohol			
Alergias			
Ansiedad			
Artritis			
Asma			
Defectos de nacimiento			
Cáncer			
EPOC			
Depresión			
Diabetes tipo 1			
Diabetes tipo 2			
Abuso de drogas			
Enfisema			
Trastorno genético			
Glaucoma			
Enfermedad cardíaca			
Presión arterial			
Colesterol alto			
Otras enfermedades mentales			
Convulsiones			
Muerte súbita antes de los 50 años			
Enfermedad de la tiroides			
Tuberculosis			

¿Nombre de los miembros del hogar? _____

Indique el cuidador principal de su hijo:

Lista de otras partes que cuidan temporalmente a su hijo:

Idiomas principales que se hablan en el hogar: _____

¿Su hijo vive en un hogar libre de humo (círculo): sí/no

Asiste su hijo (marque todo lo que (aplica) guardería _____ preescolar _____ escuela _____ escuela en casa _____

Nombre(s) de la organización a la que asiste: _____

Enumere cualquier deporte o actividad organizada en la que participe su hijo(a) _____

Aproximadamente cuántas horas al día pasa su hijo viendo televisión o jugando en la computadora _____

¿Usa su hijo(a) (encierre en un círculo): asiento del automóvil con cinturón de seguridad ninguno

¿Hay pistolas/armas de

fuego en el hogar?: S/N

¿Su hijo monta bicicleta?: S/N

En caso afirmativo, ¿usa casco?:

S/N

¿Usa su hijo protector solar? S/N

¿Tiene una piscina?:

S/N

¿Tiene una valla para la piscina? /alarma: S/N

¿Tiene un sistema de seguridad en el hogar?:

S/N

¿Tiene alguna inquietud sobre la dieta de su hijo?: S/N

En caso afirmativo, explique a continuación:

¿Tiene alguna inquietud sobre el peso de su hijo: S/N?

En caso afirmativo, explique a continuación:

¿Tiene alguna inquietud sobre el rendimiento escolar o la capacidad de aprendizaje de su hijo?: S/N

En caso afirmativo, explique a continuación:

¿Tiene alguna inquietud sobre el comportamiento de su hijo: S/N

En caso afirmativo, explique continuación:

¿Tiene alguna inquietud sobre la seguridad de su hijo?: S/N

En caso afirmativo, explique a continuación:

¿Tiene alguna inquietud sobre la respiración de su hijo?: S/N

Si es así, explique a continuación:

¿Tiene alguna inquietud sobre el entrenamiento o los hábitos de baño de su hijo: S/N En caso afirmativo, explique: En caso afirmativo, explique a continuación:

Formulario de historial médico del paciente

Nombre _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Médico que su hijo estaba viendo anteriormente _____

Problemas médicos (pasados o presentes) _____

Lista todos los medicamentos recetados actuales icinas (incluya dosis, razón para tomarlas y médico que las recetó) _____

Lista todos los medicamentos, vitaminas y suplementos alimenticios _____

Alergias a medicamentos o alimentos (incluya reacción) _____

Lista cirugías (incluya año, cirujano y hospital) _____

Describa hospitalizaciones/enfermedades no incluidas anteriormente (incluya el año, el hospital) _____

lista cualquier fractura o hueso roto incluyendo la ubicación y el año _____

¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes condiciones: (encierre en un círculo todas las que correspondan)

problemas de sangrado	problemas de alimentación	ictericia	asma	anemia
estreñimiento	coágulos de sangre	lesión en la cabeza	reflujo	ácido cólico
faringitis estreptocócica	infracciones graves	convulsiones	neumonía	eczema
Intolerancia a la lactosa	Soplo cardíaco	Envenenamiento por plomo	Mono	Depresión
enfermedad mental	problemas de audición	problemas de visión	Varicela	

Infecciones de oído, ¿cuántas? _____ Otro _____

Vacunas (marque una): al día _____ atrasadas _____ Elegí no vacunar a mi hijo _____

Motivo de la demora o de la disminución de las vacunas _____

Antecedentes de nacimiento

¿Embarazo o complicaciones en el parto? _____ ¿Término completo o prematuro? _____ ¿Mellizos? _____



Información del paciente

Nombre completo del paciente _____

Nombre preferido _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Teléfono principal _____ Teléfono secundario _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Etnicidad (círculo): Hispano o no hispano Raza: _____

Información de los padres

Nombre y apellido de la madre _____ Número de teléfono _____

Nombre y apellido del padre _____ Número de teléfono _____

Información

Compañía de seguro principal _____ # de grupo _____ # de póliza _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

Compañía de seguro secundaria _____ # de grupo _____ # de póliza _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

Información de emergencia

Persona a notificar en caso de emergencia _____

Relación con el paciente _____

número de teléfono _____

Firma del padre/tutor _____

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta) _____