



CAPERNAUM
Medical Center

POLÍTICAS DE LA OFICINA

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Agradecemos la confianza que tiene en nuestros proveedores en el centro médico de Capernaum para niños eligiendo nosotros para cuidar a su hijo. Haremos nuestro mejor para satisfacer sus necesidades. Si usted tiene alguna pregunta o preocupación durante su comunicación con nuestra oficina o durante cualquier visita, por favor discuta con el administrador de la oficina.

1. Debido a la complejidad de la mayoría de las necesidades médicas de nuestros pacientes, cualquiera que **3 no se muestra (sin notificación)** o se niega a seguir nuestras recomendaciones se puede considerar que han dejado nuestra práctica y no puede ser programado para otra cita. También hay una **tarifa de \$25.00** para visitas a la oficina y **\$50.00** para cualquier prueba realizada en nuestra oficina.
2. Todos los copagos y/o saldos de la cuenta del paciente deben ser pagados en el momento de la visita.
3. Usted es responsable de solicitar su remisión y/o autorización de su hijo(a) **Médico de atención primaria** al menos **5 días hábiles antes de su cita en nuestra oficina**. Usted debe traer la referencia y/o autorización en el momento de su visita o puede ser enviado por fax a 1-863-337-5728.
4. Los mensajes urgentes serán devueltos dentro **24-48 horas**. Los mensajes no urgentes se devolverán en **48-72 horas**, usualmente al final del día.
5. **Los pacientes que vienen sin cita no serán atendidos**. Si usted siente que tiene una llamada de emergencia 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.
6. Las recargas de recetas médicas pueden ser solicitadas por correo electrónico a o llamando al número principal y seleccionando la opción para recetas.
7. **Tiempos de recogida de recetas** son los lunes y viernes en cualquier momento de 8:00AM-4:00PM y martes-jueves de 7:30 am-9:00AM debido al alto volumen de pacientes en nuestra oficina.
8. Puede haber un honorario de \$25.00 por cualquier forma o carta formal que requiera la terminación por nuestra oficina. Requerimos 7-10 días hábiles para completar estas solicitudes y/o cualquier cargo asociado con estos documentos debe ser pagado antes de la publicación del formulario/carta.
9. ¡Es vital que para nosotros tener siempre un número de teléfono exacto donde podemos llegar a usted en todo momento! Pero es su responsabilidad actualizar su (s) número (es) de teléfono, dirección y/o cualquier información del seguro.
10. Nos reservamos el derecho de terminar cualquier paciente/relación que es irrespetuoso o abusivo a nuestro personal en absoluto!

Firma de Padres / Guardián legal

La Relación

Fecha



CAPERNAUM
Medical Center

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: ___M/F___ **SS#** _____ **Número de teléfono:** _____

Dirección actual: _____

CIUDAD: _____ **ZIP:** _____

Motivo de la visita: _____

Médico remitente: _____

Médico de atención primaria: _____

Parte responsable: padre o guardián legal, por favor presente la identificación de la foto

Nombre del padre: _____ **SS#:** _____

Fecha de nacimiento del padre: _____

Fecha de nacimiento de la madre: _____

Madre está nombre: _____ **SS#:** _____

Dirección de la calle: _____

Ciudad/Estado/Código postal:

P. O. Box: _____

Teléfono del hogar: _____ **teléfono celular:** _____

número de fax: _____

Persona de contacto de emergencia (distinta de la propia):

Número de teléfono: _____ **Relación:** _____

Empleador del padre: _____ **Número de teléfono:** _____

Empleador de la madre: _____ **Número de teléfono:** _____

Si el paciente tiene edad legal o un menor emancipado, sírvase indicar el consentimiento/autorización para discutir información financiera y/o médica con sus padres o tutores. **Sí** _____ **No** _____

Por favor, continúe a la página siguiente y llene todo lo que se aplica al paciente...



CAPERNAUM
Medical Center

Compañía de seguros: por favor presente la tarjeta (s) de identificación del seguro:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: _____ Nombre del asegurado: _____

Política #: _____

Grupo #: _____

¿cuidado administrado? **Sí** _____ **No** _____

Autorización: _____

Seguro secundario: si aplica

Nombre: _____

Dirección: _____

Nombre del asegurado: _____ Política #: _____

Grupo #: _____ Teléfono: _____

Consiento por todos los cuidados médicos considerados necesarios y apropiados por los niños de Capernaum para mi hijo o para mí.

Entiendo y estoy de acuerdo que, independientemente de mi estado de seguro, soy en última instancia responsable por el saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado a mí/mi hijo. Estoy de acuerdo en notificarle de cualquier/todos los cambios en mi seguro de salud y será responsable por cualquier servicio no cubierto por el seguro o negado debido a la información incorrecta del seguro dado en el momento del servicio.

Por la presente, asigno y transfiero irrevocablemente el pago de los servicios, incluido Medicaid, directamente al Capernaum Medical Center.

*** las citas pérdidas son un inconveniente para todos. Si por alguna razón usted no puede hacer una cita, por favor proporcione por lo menos un aviso previo de 24 horas. Cancelaciones o no espectáculos sin previo aviso de 24 horas se cobrará un \$50.00 tarifa de cita perdida, no facturable a su compañía de seguros y/o Medicaid.**

Firma de Padre/Guardián legal

Relación

Fecha

**Consentimiento para obtener el historial de
prescripción externa**

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo, (**padre/guardián legal**) _____, cuya firma aparece a continuación, autorizo **Centro médico de Capernaum** y sus proveedores afiliados para ver mi historial de prescripción externa a través de la RX Servicio Hub. Se me ha proporcionado documentación sobre la prescripción electrónica y se puede obtener más información en www.LearnAboutPrescriptions.com.

Entiendo que el historial de prescripción de varios otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y gerentes de beneficios de farmacia pueden ser visibles por mis proveedores y personal aquí, y puede incluir recetas de los últimos años.

Mi firma certifica que he leído y entendido el alcance de mi Consentimiento y que autorizo el acceso.

Imprimir nombre de padre Guardian: _____

Padre Firma (Guardián legal): _____ **Fecha:** _____

(Sólo oficina) Firma del testigo: _____ **Fecha:** _____

Información de la farmacia:

Nombre de la farmacia: _____

Teléfono de farmacia o dirección: _____

*** por favor sea específico en que ubicación y nombre de la farmacia para que podamos asegurar que estamos enviando su iprescripción a la farmacia correcta! ***

Autorización para la divulgación de información

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Con el fin de liberación de registros médicos, Yo (padre/abogado Guardian) _____ doy permiso para liberar lo anterior declaró del paciente registros médicos de la siguiente clínica médica:

Centro médico de Capernaum
5129 S. Lakeland, Lakeland, FL 33813
Teléfono (863) 232-4323

Los expedientes médicos que se enumeran anteriormente se publicarán a:

Número: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ zip: _____
Teléfono: _____ Fax: _____
Comentarios: _____

Centro médico de Capernaum

1. Entiendo que este consentimiento incluye y autoriza el acceso a toda la información de salud del paciente identificado. También entiendo que este consentimiento es voluntario y no es requerido para recibir servicios.
2. Entiendo que este consentimiento es revocable a aviso. También entiendo que el consentimiento permanecerá vigente hasta que se le revoque por escrito.
3. Entiendo que este consentimiento autoriza la liberación de cualquier información psiquiátrica, si está presente.
4. Entiendo que este consentimiento autoriza la liberación de información sobre SIDA/arco y/o pruebas/resultados de anticuerpos contra el VIH, si están presentes.

Firma de padre/abogado Guardian

Fecha

Nombre de la impresión

Relación

Aviso de confidencialidad

Este documento contiene información confidencial o privilegiada. La información está destinada a ser para el uso de la persona o entidad mencionada en esta hoja de transmisión. Si usted no es el destinatario deseado, tenga en cuenta que cualquier divulgación, copia, distribución o uso del contenido de este documento está prohibido. Si usted ha recibido esta telecopia por error, por favor notifiquenos por teléfono al (863) 232-4323 inmediatamente para que podamos organizar la recuperación de la información sin costo para usted.

Autorización para recibir información para la continuación de la atención

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Con el fin de cuidado continuo, me, (**Padre/legal Guardián**) _____, autoriza *Centro médico de Capernaum* para recibir copias de los registros médicos del paciente identificados, incluyendo cualquier Atención médica, psiquiátrica, abuso de drogas y alcohol y información relacionada con el VIH/SIDA/ARC.

Centro médico de Capernaum
5129 S. Lakeland Unidad 2, Lakeland, FL 33813
Teléfono: (863) 232-4323 fax: (863) 337-5728

1. Entiendo que este consentimiento incluye y autoriza el acceso a todos la información de salud del paciente identificado. También entiendo que este consentimiento es voluntario y no es requerido para recibir servicios.
2. Entiendo que este consentimiento es revocable a aviso. También entiendo que el consentimiento permanecerá vigente hasta que se le revoque por escrito.
3. Entiendo que este consentimiento autoriza la liberación de información psiquiátrica, si está presente.
4. Entiendo que este consentimiento autoriza la liberación de información sobre SIDA/arco y/o pruebas/resultados de anticuerpos contra el VIH, si están presentes.

Firma de padre/abogado Guardian _____

Imprimir nombre de padre Guardian: _____

Relación Para Paciente: _____

Fecha: _____

(Sólo oficina) Testigo: _____

Fecha: _____

Aviso de confidencialidad

Este documento contiene información confidencial o privilegiada. La información está destinada a ser para el uso de la persona o entidad mencionada en esta hoja de transmisión. Si usted no es el destinatario deseado, tenga en cuenta que cualquier divulgación, copia, distribución o uso del contenido de este documento está prohibido. Si usted ha recibido esta telecopia por error, por favor notifiquenos por teléfono al (863) 232-4323 inmediatamente para que podamos organizar la recuperación de la información sin costo para usted.



CAPERNAUM
Medical Center

Permiso para tratar

Yo **Padre/guardián legal**, _____ autoriza *Centro médico de CAPERNAUM* y su personal para prestar servicios médicos a mi hijo (Ren):

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a las siguientes personas a traer a mi hijo para Médica tratamiento (citas de seguimiento, pruebas diagnósticas) y permitir tomar decisiones médicas en mi ausencia.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Imprimir nombre de padre Guardián: _____

Firma del padre/guardián legal: _____

Fecha: _____



Resumen del aviso de prácticas de privacidad

A nuestros pacientes:

Nuestro compromiso con su privacidad,

Nuestra práctica siempre se ha dedicado a la protección de la privacidad, la integridad y la seguridad de la salud y la información financiera que nuestros pacientes nos han confiado. Nuevas regulaciones creadas como resultado de la salud Seguro Portability y la ley de rendición de cuentas de 1996 (HIPAA) requiere la confidencialidad de esta información para prácticamente todos los pacientes independientemente de dónde vivan o reciban atención médica. Queremos que sepa cómo protegemos, cómo lo usamos y cómo puede obtener acceso a su información médica. Valoramos su confianza y confianza en nuestra capacidad de gestionar esta protección información y queremos asegurarle que estamos salvaguardando adecuadamente esta información importante. Protegeremos toda la información recopilada sobre usted y restringiremos el acceso a esta información manteniendo salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento. Restringiremos el acceso a los datos protegidos únicamente a personas que deban usarlas en el desempeño de sus deberes relacionados con el trabajo. Los empleados que violen nuestra política de privacidad serán sometidos a una acción disciplinaria, la cual puede incluir la terminación. Por favor, tómese un momento para revisar nuestra política de privacidad.

Información personal que recogemos

Recopilamos información personal que usted proporciona en las aplicaciones, formas, y entrevistas. Además, mantenemos información como pagos de honorarios, cobertura de seguros e historial de pagos. Nosotros podemos obtener Información adicional de terceros que pueden incluir empleadores, otros aseguradoras, u otros proveedores de atención médica mientras Administración de su salud procesando sus reclamos financieros.

Información que podemos revelar

Podemos compartir su información personal financiera y de salud sobre una base confidencial sólo con empleados autorizados, representantes y terceras partes. Divulgaremos solamente la información que es necesaria a tales individuos y compañías que realizan la salud o los servicios financieros en su nombre. Un ejemplo, sería su compañía de seguro médico con el fin de Asegure su máximo beneficio. Podemos liberar Phi (información privada de salud) a un amigo o miembro de la familia. Un ejemplo, un amigo o miembro de la familia que está involucrado en el cuidado de su hijo, o ayudar en el cuidado de su hijo, es decir, un abuelo/cuidador llevar a su hijo a un médico para el tratamiento. En este ejemplo, el abuelo/cuidador tendría acceso al registro médico de este niño. No divulgaremos ninguna información personal no pública sobre usted excepto según lo autorizado por la ley, como se describe en este aviso de privacidad. Si necesitamos hacer la divulgación/la divulgación de cualquier información personal por cualquier otra razón que éstos indicados, será hecho solamente con su autorización. Dicha autorización será específica del reason citado, por escrito, y puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Uso y divulgación de su información médica en ciertas circunstancias

Las siguientes circunstancias pueden requerir que usemos o divulguemos/liberemos su información médica:

- A las autoridades de salud pública y a las agencias de supervisión de salud que están autorizadas por ley a recabar información.
- Pleitos y procedimientos similares en respuesta a una orden judicial o administrativa.
- Si es requerido para hacerlo por el oficial de la ley.
- Cuando sea necesario para reducir o prevenir una grave amenaza a su salud y seguridad o la salud y la seguridad de otra persona o del público. Sólo haremos revelaciones a una persona u organización capaz de ayudar a prevenir la amenaza.
- Si usted es un miembro de las fuerzas militares estadounidenses o extranjeras y si es requerido por el autoridades competentes.
- A los funcionarios federales para la inteligencia y actividades de seguridad nacional autorizados por la ley.
- A las instituciones correccionales o a los funcionarios del orden público si usted es un preso o bajo la custodia de un funcionario de la aplicación de la ley.
- Compensación de trabajadores y programas similares.

Usted es derechos con respecto a su información médica:

- Comunicaciones-usted puede solicitar que nuestra práctica se comunique con usted sobre su salud y asuntos relacionados en un manera particular o cierta ubicación. Por ejemplo, usted puede pedir que nos pongamos en contacto con usted en casa, en lugar de trabajar. Nos acomodaremos a peticiones razonables.
- Entiendo que el acceso al registro médico de mi hijo no será negado a ninguno de los padres a menos que la prueba de la orden de la corte esté en el expediente del paciente.
- Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la información de salud que puede ser usada para tomar decisiones sobre usted/su hijo, incluyendo registros médicos del paciente y registros de facturación, pero sin incluir notas de psicoterapia. Puede haber una cuota por copias. Debe presentar su solicitud por escrito a:

Centro médico de Capernaum
5129 S. Lakeland Dr.
Unidad 2
Lakeland, FL, 33813

Este formulario debe ser revisado y firmado ser para Cualquier servicio será proporcionada por nuestras instalaciones.

Firma del padre/guardián legal

Fecha

(Sólo oficina) Firma del testigo

Fecha

INFORMED CONSENT FOR GENETIC TESTING

Patient Name: _____

Date: _____

DOB: _____

Testing for genetic conditions can be complex. If warranted, obtain professional genetic counseling prior to giving consent to fully understand what the risks and benefits are to having the testing completed.

I hereby consent to participate in testing for _____ using a genetic test. I understand that a biologic specimen (blood, tissue, amniotic fluid, or chorionic villi) will be obtained from me and/or members of my family. I understand that this biologic specimen will be used for the purpose of attempting to determine if I and members of my family are carriers of the disease gene, or are affected with, or at increased risk to someday be affected with this genetic disease.

It has been explained to me and I understand that:

This test is specific for _____.

- A positive result is an indication that I may be predisposed to or have the specific disease, or condition. Further testing may be needed to confirm the diagnosis. I understand I will be given the opportunity to talk with my physician or a genetic counselor about these results.
- There is a chance that I will have this genetic condition but that the genetic test results will be negative. Due to limitations in technology and incomplete knowledge of genes, some changes in DNA or protein products that cause disease, may not be detected by the test.
- There may be a possibility that the laboratory findings will be uninterpretable or of unknown significance. In rare circumstances, findings may be suggestive of a condition different than the diagnosis that was originally considered.
- At this time, it is not standard practice for the laboratory to systematically re-review likely pathogenic variants, and variants of uncertain significance that have been detected and reported. Health care providers are encouraged to contact the laboratory at any time to learn how the classification of a particular variant may have changed over time.
- In many cases, a genetic test directly detects an abnormality. Molecular testing may detect a change in the DNA (mutation). Cytogenetic testing may identify whether there is extra, missing or rearranged genetic material. Biochemical methods are sometimes used to look at abnormalities in the protein products that are produced by the genes. Most tests are highly sensitive and specific. However, sensitivity and specificity are test dependent.
- The accuracy of the test depends on correct family history. An error in diagnosis may occur if the true biological relationships of the family members involved in this study are not as I have stated. In addition,

INFORMED CONSENT FOR GENETIC TESTING

testing may inadvertently detect non-paternity. Non-paternity means that the father of an individual is not the person stated to be the father.

- An erroneous clinical diagnosis in a family member can lead to an incorrect diagnosis for other related individuals in question.
- The tests offered are considered to be the best available at this time. This testing is often complex and utilizes specialized materials. However, there is always a small chance an error may occur.
- Because of the complexity of genetic testing and the important implications of the test results, results will be reported only through a physician, genetic counselor, or other identified health care provider. The results are confidential to the extent allowed by law. They will only be released to other medical professionals or other parties with my written consent or as otherwise allowed by law. Participation in genetic testing is completely voluntary.

Signatures

My signature below constitutes my acknowledgment that the benefits, risks, and limitations of this testing have been explained to my satisfaction by a qualified health professional and I have been provided the additional technical information (as applicable) describing the test(s) to be performed.

Parent/Guardian Name

Parent/Guardian Signature Date

Provider's or Counselor's Statement: I have explained genetic testing (including the risks, benefits, and alternatives) to this individual. I have addressed the limitations outlined above, and I have answered this person's questions to the best of my ability.

Provider Name

Provider Signature Date