



Tratamiento Médico y Acuerdo Financiero

Paciente o alguien que actúe para que el paciente está de acuerdo con los siguientes terminos de , The Pediatric Endocrine & Diabetes Clinic,PC (PEDC):

1. **Tratamiento Médico:** Al firmar este acuerdo,se le da a PEDC y su médico el permiso para establecer la atención médica a usted / su hijo, para realizar el examen físico, una orden para laboratorio y/o pruebas de radiología y para iniciar el tratamiento necesario.Paciente autoriza PEDC para realizar servicios ordenados por el médico. Formas especiales de consentimiento pueden ser necesarios.El presente acuerdo de tratamiento médico y financiera es efectivo para esta consulta ambulatoria y/o por servicios ambulatorios recurrentes durante el tiempo que el paciente este siendo tratado por el medico de PEDC siguiendo sus direcciones.
2. **Entrega de Información:** PEDC puede divulgar la totalidad o parte de las historial clinico y / o financiera del paciente según lo permitido por la ley. Consulte el "Aviso de Prácticas de Privacidad" para obtener más información.Esto también servirá como una autorización para la liberación de la historia clínica de mi hijo a urgencias,atención de urgencias o hospital,y otro especialista,que puede ser necesario para promover la atención médica de mi hijo

Responsabilidades Financieras: Responsabilidades Financieras: Estoy de acuerdo en que a cambio de los servicios que ofrecen a mí mismo /hijo por PEDC.Por la presente autorizó el pago directamente pagar/ arreglar con mi aseguranza para pagar la cuenta de mí mismo /a mi hijo a PEDC.Por la presente autorizo el pago directo a The Pediatric Endocrine & Diabetes Clinic, PC por los servicios prestados y la divulgación de cualquier información necesaria para procesar las solicitudes de dichos servicios y la autorización para liberar los registros relacionados con mi tratamiento a mi compañía de seguros u otras partes tercera responsable del pago de mis gastos médicos,incluyendo las actividades de revisión relacionados con la participación de mi médico con mi plan de salud,a través de voz,correo electrónico,o la transmisión de fax. **ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR MIS SERVICIOS NO CUBIERTOS.** También me comprometo a pagar todos los servicios no cubiertos y/o copagos en el momento del servicio.En caso de incumplimiento, me comprometo a pagar todos los honorarios de abogados, gastos de cobranza y / o intereses que puedan ser necesarios para esta colección.Si tiene cualquier otra duda que pueda comunicarse con el gerente de la oficina en 602-277-1117.Este reconocimiento se mantendrá vigente de forma permanente. PEDC da la bienvenida a los cheques personales como forma de pago,sin embargo, una cuota de \$ 25.00 será aplicado a la cuenta del paciente si el cheque es devuelto por usted Institución Financiera. Los pacientes que cancelen su cita **debe** proporcionar un aviso de 1 día hábil antes de su cita De lo contrario, resultará en un cargo de \$ 25.00 a su cuenta.

(Iniciales Porfavor)

_____ He recibido información escrita sobre los Derechos del Paciente.

_____ He recibido una copia del "Aviso de prácticas de privacidad".

_____ Autorizo PEDC a dejar la información médica relacionada con mi hijo en mi buzón de voz.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Fecha

Hora

Nombre: El padre de hijo menor de edad / tutor nombrado por la corte
El paciente nombrado agente / Sustituto legal
POR FAVOR CICRLE el título correcto