

Reconocimiento de las Políticas de la Clínica

Por favor, revise la siguiente lista de las políticas de la Clínica Pediátrica de Salem y ponga sus iniciales señalando que usted entiende cada una. Le animamos leer los detalles enteros de cada política, los cuales están disponibles en nuestro sitio web en salempediatricclinic.com.

- Entiendo que se puede compartir información médica protegida, incluso alergias, medicaciones, y diagnósticos de la clínica a entidades cubiertas, incluso otras clínicas y médicos para tratamiento, coordinación de cuidado, pago, y operaciones de cuidado médico.
- Entiendo que información médica protegida, incluso información de la salud mental, estado de VIH, uso de drogas/alcohol, e información de enfermedades de transmisión sexual requiere una autorización separada y no será compartido electrónicamente sin autorizaciones.
- Entiendo que yo soy responsable para pagar los servicios por entero que mi seguro médico no cubrirá.
- Entiendo que todos los copagos pueden ser requeridos en el momento de servicio.
- Entiendo que habrá un recargo mínimo de \$25.00 para cualquier cheque devuelto por causa de fondos insuficientes.
- Entiendo que se debe y hay que pagar todas cuentas pendientes en el momento de la visita al menos que usted ha hecho arreglos satisfactorios con nuestra oficina de negocios.
- Entiendo que la Clínica Pediátrica de Salem se reserva el derecho de terminar cuidado en cualquier momento o por cualquier razón, incluso pero no limitado a quiebra, insolvencia, morosidad, o a la discreción única de un médico.
- Entiendo que se puede pedirme llegar 15 minutos antes de la hora de mi cita para dar tiempo para registración, verificación de seguro médico, e identificación con foto cuando sea necesario.
- Entiendo que llegar más de 5 minutos después del tiempo de mi cita programada puede afectar mi habilidad de un proveedor de servicios médicos verme. Entiendo que me puede dar la opción esperar por otra cita el mismo día si haiga uno disponible o me puede pedir reprogramarla.
- Entiendo que considera una cita una "inasistencia" si llego más de 15 minutos después de la cita programada.
- Entiendo que cuando sea posible necesito dar un aviso 24 horas de antemano si no puedo mantener mi cita.
- Entiendo que si/cuando me refiere a cuidado fuera de nuestra clínica, tengo el derecho de pedir que una prueba o servicio sea cumplida en una facilidad además de la que mi proveedor de servicios médicos recomiende.
- Entiendo que el Estado de Oregon conduce investigaciones genéticas en información de salud o muestras biológicas, las cuales pueden incluir sangre, orina, u otros materiales recogidos del cuerpo de una persona, y que yo tengo el derecho de permitir o rehusar participación en estas investigaciones. También entiendo que mi decisión NO afectará el cuidado que yo recibo de mi proveedor de servicios médicos. Por favor, seleccione uno:
- YO ACEPTO que mi información de salud y muestras biológicas sean disponibles para investigaciones anónimas o genéticas codificadas.
- YO REHUSO que mi información de salud y muestras biológicas sean disponibles para investigaciones anónimas o genéticas codificadas.
- Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y hacer copias de información de salud, tal como registros médicos y de facturación.
- Entiendo que la Clínica Pediátrica de Salem tiene una política de inmunizaciones que requiere que los niños reciben inmunizaciones. Los niños que no tienen inmunizaciones actualizadas requerirán una evaluación del proveedor. Entiendo que se puede pedirme buscar cuidado médico en otro lugar si no estoy dispuesto a cumplir con esta política.

POR FIRMAR ABAJO, CONCUERDO EN QUE HE REVISTO Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN POLÍTICA ARRIBA:

Firmado por _____

Fecha _____

Nombre en letras de molde _____

Relación al Paciente _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento del Paciente _____



Salem Pediatric Clinic
La Clínica Pediátrica de Salem

2478 13th Street SE
Salem, Oregon 97302
503-362-2481 · Phone
503-371-7803 · Fax
SalemPediatricClinic.com