



Ponderosa Pediatrics

Where Kids Come First

James M. Mick, MD • Matthew Hinton, MD
Lee Howard, CPNP • Michelle Copeland, CPNP • Jeanne Gibian, CPNP

A nuestros pacientes valorados y sus padres, garantes, y guardas con respecto a nuestras políticas

Gracias por elegir la pediatría de Ponderosa para su cuidado médico de los niños/niñas. Miramos adelante a trabajar con usted en un esfuerzo del equipo de proporcionar la mejor asistencia médica para su niño con los años de crecimiento a continuación. Nuestra especialidad está tratando a pacientes hasta la edad de 18. En la orden para que usted tenga una comprensión clara de nuestras políticas y procedimientos de la práctica, los hemos contorneado aquí para usted. Tome por favor la época de leerlos encima cuidadosamente.

SEGURO Y PAGOS

Su seguro es un contrato entre usted (a veces a través de su patrón) y la compañía de seguros. Es muy importante que usted entienda las provisiones, las ventajas, y las restricciones de su política. Mientras que la limadura de las demandas de seguro es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todas las cargas es su responsabilidad. No podemos garantizar el pago de demandas de su compañía de seguros. También, tener un seguro secundario no garantiza que sus servicios están cubiertos 100%. Ni la reducción o el rechazamiento de su demanda de su compañía de seguros le relevan de su obligación financiera con nuestra práctica. Recuerde por favor que los servicios médicos profesionales están rendidos y cargados al paciente, no a la compañía de seguros.

Nuestros honorarios de la práctica están dentro de la variedad acostumbrada de la mayoría de los regímenes de seguros. Su pago para los con-pagos, los servicios no cubiertos y los deducibles son debidos el día del servicio. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques, visa, el americano expreso, y MasterCard para su conveniencia. Un cargo de \$25.00 se determina en cheques vueltos, y ningunas citas pueden programar hasta que se resuelve la materia. También, para asistir a nuestros pacientes sin cobertura del seguro médico, ofrecemos un 20% de descuento por pagar el pago completo a la hora de servicio.

Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta por completo en el plazo de 90 días, el balance de la cuenta será transferido al paciente para el pago. Realizamos que circunstancias personales pueden presentarse que pueden afectar el pago puntual de su cuenta. Si ocurre esta situación, o donde está pendiente una demanda, o cuando el tratamiento será por un período del tiempo extendido, se recomienda que un arregle un plan de pago. Nuestro departamento de colección puede asistirle en arreglar un plan del pago para resolver sus necesidades. Si llega a ser necesario mandar su balance a colección, no podremos ver a ningún miembro de la familia hasta que la cuenta sea pagada.

Por favor notifique a nuestra oficina cuanto antes si usted tiene algún cambio en su compañía de seguros, número de la política, o cobertura. Esto nos ayudará a mantener su información correcta, y asistirá en pagos puntuales del seguro a su cuenta.

TRATAMIENTO DE PACIENTES QUE SON MENORES DE EDAD

Para la seguridad y la protección de nuestros pacientes, y permitir a nuestros médicos proporcionar la asistencia médica muy mejor, un padre o a guarda legal debe acompañar a todos los niños que se verán en nuestra oficina. El permiso escrito del padre o del guarda legal que da la autorización de la asistencia médica a otro adulto (paso-padres incluyendo) será aceptado.

Un decreto del divorcio no puede asignar la responsabilidad de las cuentas médicas de los niños/niñas. El padre que trae a niño adentro para el tratamiento es responsable del pago.

LA CANCELACIÓN DE LA CITA/NINGUNO-DEMUESTRA

Si usted no puede guardar su cita, nuestra oficina debe ser notificada por lo menos 24 horas por adelantado del tiempo programado. Esto permitirá a otro paciente en necesidad de llenar esa cita. Tres citas faltadas sin la notificación lo pueden llevar a ser despedido de nuestra práctica. La llegada puntual para las citas es crucial para mantener el horario de agenda para que todos los pacientes sean considerados. La llegada con retraso para las citas por más de 15 minutos puede dar lugar a tener que cambiar la hora de esa cita para no afectar a otros pacientes que ya están esperando. **El no aparecer para una cita sin el aviso apropiado resultara en un cobro de \$25.00. Si usted no se presenta a su primera cita, o pospone su primera cita (24 horas antes) no lo podremos aceptar como paciente.**

REMISIONES UNA SITUACIÓN ESPECIAL

Si su compañía de seguros no requiere una remisión de nosotros para su niño considerar a un especialista, es su responsabilidad concertar sus propias citas con el especialista de su opción. Nos placeremos proveer de usted una lista de especialistas para ayudarle a elegir.

Si su compañía de seguros requiere una remisión (o la pre-certificación) de nosotros (el médico primario del cuidado), por favor no nos prohíba dos semanas para procesar peticiones rutinarias. Algunos especialistas pueden tener un rato significativo de la espera (incluso meses) antes de que su niño pueda ser visto. El resto de las peticiones serán procesadas por requerimiento por los médicos. Para el STAT o las materias URGENTES, dé un plazo por favor de hasta 3 días para procesar la remisión. Nuestro coordinador de la remisión le notificará con su información de la cita.

Si usted no puede guardar la cita programar, usted debe notificar la oficina del pediatra por lo menos 72 horas antes de la cita. Necesitaremos cambiar la hora de esa cita para usted. Observe que muchos especialistas no cambiarán la hora después de UNA cita faltada. Por supuesto debemos tener información correcta del contacto de usted, para incluir la dirección, el teléfono, la información del seguro, el etc.

PRESCRIPCIONES Y REPUESIOS

La pediatría de Ponderosa pregunta que usted da un plazo de 24 horas para rellenar su prescripción. Evite por favor de funcionar de sus medicaciones llamando su farmacia por lo menos 3 días antes de que su prescripción funcione hacia fuera. También, esté enterado de la fecha de vencimiento de todas sus prescripciones, para si usted necesita ver a su médico para continuar esa prescripción, poder programar una cita para usted para evitar cualquier lapso.

AISLAMIENTO

La pediatría de Ponderosa se requiere para mantener el aislamiento de su información de la salud y para proveer de usted el aviso de sus deberes legales y prácticas del aislamiento. Le dieron una copia de nuestro aviso del aislamiento con este documento de la política, y le pidieron reconocer (con su firma, según los requisitos de la regulación federal) la recepción de una copia. Guarde por favor esto y el aviso del aislamiento con sus papeles importantes. Es importante leerlos y ser seguro que usted los entiende.

HORAS DE OFICINA

Nuestras horas de oficina son lunes a viernes, 8:00 mañana a 5:00 P.M., y sábado en la oficina de Prescott solamente a partir de la 8:00 mañana al mediodía de 12:00. Si usted tiene preguntas urgentes el pertenecer a la salud de su niño después de que nuestra oficina se haya cerrado, llame por favor el número de la oficina, y nuestro servicio que contesta entrará en contacto con nuestras enfermeras. Si usted tiene una emergencia peligrosa para la vida, llame por favor 911 inmediatamente.

Nombre De Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

He leído, y entiendo las regulaciones de la práctica médica de Ponderosa Pediatrics. Comprendo que estoy obligado por estas reglas. Entiendo y convengo que estos términos pueden ser cambiados por Ponderosa Pediatrics según sea necesario. _____ **Iniciales**

Asigno por este medio a Ponderosa Pediatrics todo el pago por los servicios médicos rendidos a mi niño/niña. Además entiendo que soy responsable de todos los gastos incurridos en el tratamiento de mi niño/niña en Ponderosa Pediatrics que no sean cubiertos por mi compañía de seguros. Autorizo que Ponderosa Pediatrics provea información a la compañía de seguro sobre el tratamiento y las enfermedades de mis niños/niñas. _____ **Iniciales**

Autorizo Ponderosa Pediatrics, PLC rendir asistencia médica y tratamiento de rutina o emergencia, y la administración de vacunas. Este consentimiento cubre el día de hoy y cualquier otra futura visita que puedo hacer con los proveedores del cuidado médico en las oficinas de Ponderosa Pediatrics, PLC. Reconozco que no hay garantías en cuanto a la exanimación y el tratamiento de la condición de mis niños/niñas. _____ **Iniciales**

Reconozco que he recibido una copia de la "Notificación de los derechos de privacidad" de Ponderosa Pediatrics, PLC. Este aviso describe como Ponderosa Pediatrics puede utilizar y divulgar información y los derechos que mis niños/niñas tienen con respecto a la información de su cuidado médico. _____ **Iniciales**

Firma de los Padres o Guardián

Fecha

Relación al paciente