



Integrative Pediatric Health Care

Políticas de la Clínica

No presentarse a su cita/cancelacion de su cita:

Nuestra meta es acomodar todos nuestros paciente conforme a sus necesidades y programarles cita lo mayor posible conforme a nuestra habilidad. Por lo tanto le pedimos 24 horas de notificacion para la cancelacion de su cita. Esto nos permite saver el numero de citas con las cuales contamos para el dia y al mismo tiempo este espacio puede ser utilizado por otro paciente. La primera vez que usted no cancele la cita y nada mas no se presente recibira una advertencia por escrito la cual incluire una copia del la politica que usted revizo y firmo acerca de nuestras polizas, por la segunda ofenza se le realizara un cobro de \$25 por cargos de cancelacion, la tercera ofenza puede tener la posibilidad de ser despedido de la clinica.

Llegar tarde a su cita:

Si usted llega mas de 10 minutos tarde a su cita para un fisico usted sera considerado como que no se present y se le pedira que re-programe su cita en adidcion nuestra poliza de no presentarse sera impuesta, si usted llega 5 minutos tarde a su cita para alguna enfermedad, trataremos de hacer nuestro mejor esfuerzo para atenderle en un tiempo prudente, pero tendra que entender que los pacientes que llegaron a tiempo se les dara prehoridad, y los pacientes que llegaron tarde se le atendera solo si el tiempo lo permite. Tambien se le dara la opcion de re-programar su cita para algun espacio que tengamos durante el dia o para otro dia y si asi lo prefiere y realizaremos nuestro mayor esfuerzo para acomodarlo a sus necesidades.

Polizas financieras:

IPHC Nosotros le haremos en llenar los formularios para su plan de salud y asi asegurarnos que se le proporsione la mayor cobertura posible que le otorga su plan medico, por esto el dia de su servicio es su responsabilidad prohevernos la mayor informacion posible acerca de su plan de salud, a si como su mas reciente tarjeta de aseguranza, esta tiene que ser proporcionada para verificacion, si por algun motivo usted no cuenta con un plan de salud nuestro personal le proporsionara informacion con opciones de pago.

Pagos por servicios medicos son sus respnzabilida si su seguro medico no lo paga o no cubre el servicio proporcionado. Por favor asegureze de la cobertura que su plan le otorga y si Nosotros estamos dentro de la lista de proveedores de salud de su compania aseguradora antes de que Nosotros le proporcionemos algun servicio. Nosotros estaremos dispuestos a proporcionarle un estimado si usted lo requiere en caso que usted tubiera que pagar el servicio por su cuenta, todos los pacientes o guardians legales tendran que firmar el consentimiento antes de poder ser atendido por un provehedor.

Co-pagos estos tienen que ser realizados en cuanto usted se registra para su cita, puede realizar sus pagos de las siguientes maneras: efectivo, cheques, visa, MasterCard, y Discover. Ningun cheque con fechas futuras sera aceptado, cualquier cheque que se regrese por no contar con fondos tendra un recargo de \$40.00 los Co-pagos no se pueden eliminar, Habra un recargo de \$15.00 cargos por no pagar su co-pago el dia de su cita.

Nosotros le permitimos 60 dias despues del dia de su servicio para que su aseguranza medica nos pague la parte por el servicio proporsionado y despues usted tendra 30 dias adicionales para cubrir el resto. Si la deuda no es pagada despues de los 30 dias se le agregara un interes del 18% anual con un adicional del \$3.00 por mes el recargo mensual sera solamente agregado a deudas de mas de 90 dias.

Si se cuenta se pone en una agencia colecciones por falta de pago, la persona responsable tendra que cubrir todos los costos de coleccion incluyendo pero no limitados a costos de la corte, costos reasonable en caso que se use un abogado, como se e permitido por las reglas de la corte y el juzgado.

Archivos Medicos Electronicos:

IPHC Apoya el intercambio seguro de archivos medicos via electronica con el proposito de mejorar la calidad de su servicio. Nosotros participamos en conjunto con Colorado Regional informacion de salud por sus siglas en ingles (CORHIO), El Sistema de Vacunacion del estado mejor conocido como (CIIS) asi como aseguranzas medicas, farmacias, laboratorios y casa de cuidados. Usando el intercambio de informacion por sus siglas en ingles (HIE) Este Sistema nos ayuda a compartir informacion segura, mas efectivamente y eficientemente acerca de sus archivos medicos con otros proveedores de salud que porticipen en este Sistema. El HIE permite que el personal de emergencias y otras practicas tengan acceso a informacion que pueda ser critica o de beneficio para su cuidado. Teniendo disponible su informacion medica para otros provehedores de salud que le puede ahorrar dinero eliminando duplicados inecesarios tales como exámenes medicos y procedimientos.

Sin embargo usted tiene la opcion de revocar su participacion en el Sistema HIE, y cancelarla en cualquier momento si asi lo decea, por favor hable con um miembro del personal si usted elige revocar el consentimiento.

Consentimiento: Por la presente doy mi consentimiento para cualquier tratamiento ami hijo/s mecionados en esta forma, yo como el padre o tutor legal del niño/s leido y entendido las polizas mencionadas y estoy de acuerdo con todos los terminos. Doy mi consentimiento para usar y compartir informacion protegida acerca de mi salud con propositos de diagnosticos, recibir algun tratamiento o obtener pagos de su plan de cuidado medico asi como conducir operaciones para los niños mensionados en esta forma. Entiendo que tengo el derecho de revizar y leer la Noticia de Privacidad y Practica antes de firmar este documento.

Nombre con letra de molde

Fecha

Firma de la persona responsable o tutor legal

Relacion con el paciente

Para uso de la oficina solamente:

Numero de indentificacion de la Clinica asociados con este consentimiento:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____