



Hometown Pediatrics

22136 medical village drive • athens, al 35613

Formulario de reconocimiento de pediatría de Hometown

1. **Política general de la oficina:** Tenga en cuenta que la sala de espera para chequeos está destinada únicamente a los niños y bebés con bienestar. El propósito principal de esta política es proteger a los bebés recién nacidos y a otros pacientes que puedan tener un sistema inmunológico más débil. Siéntese en el área de espera para enfermos si:

- Usted, su hijo o cualquier amigo o familiar que lo acompaña tiene o muestra síntomas de una enfermedad o enfermedad contagiosa, por ejemplo, un resfriado, un sarpullido, gripe, estreptococo, fiebre, tos, secreción nasal, etc.
- Usted está aquí por cualquier motivo que no sea una visita de rutina.
- Su hijo tiene más de dos años y ha elegido no vacunar a su hijo

iniciales _____

2. **Aviso de reconocimiento de privacidad:** Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Hometown Pediatrics se reserva el derecho de revisar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento.

iniciales _____

3. **Derechos y responsabilidades del paciente:** Tengo derecho a solicitar los derechos y responsabilidades del paciente antes de firmar este consentimiento. Hometown Pediatrics se reserva el derecho de revisar sus derechos y responsabilidades del paciente en cualquier momento.

iniciales _____

4. **Política financiera:** Entiendo que mi seguro puede no cubrir todas las visitas, por ejemplo, atención preventiva, exámenes de audición y visión, análisis de laboratorio, vacunas, etc. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios o tarifas independientemente de la cobertura del seguro. Además, autorizo la divulgación de la información necesaria para que Hometown Pediatrics reciba el pago por los servicios prestados. Entiendo que tengo derecho a recibir una descripción detallada de la Política financiera de Hometown Pediatrics.

iniciales _____

5. **Documentación de custodia:** Entiendo que a menos que lo prohíba una orden judicial o estatuto, todos los registros e información relacionados con el niño estarán igualmente disponibles para ambos padres en todo tipo de arreglos de custodia. Tenga en cuenta que toda la información estará disponible para ambos padres, independientemente de los acuerdos de custodia, a menos que se presente documentación legal a Hometown Pediatrics que revoque todos los derechos de los padres.

iniciales _____

6. **Consentimiento menor:** Entiendo que la ley del estado de Alabama considera que mi hijo es un adulto a los catorce (14) años con respecto a las decisiones médicas. Una vez que mi hijo cumpla los catorce (14) años, entiendo que Hometown Pediatrics debe obtener un documento firmado por mi hijo, dando consentimiento para el tratamiento y permiso para divulgar información médica.

iniciales _____

Hometown Pediatrics no discrimina por motivos de edad, sexo, estado civil, raza, credo, color, nacionalidad, fuente de pago o la presencia de alguna discapacidad sensorial mental o física.

Padre o tutor legal (en letra de imprenta)

Fecha

Firma del padre o tutor legal