

SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER

Chart #: _____

NUEVO Y ANUAL FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**Nombre legal:****Fecha de nacimiento** / /**Asignación de Beneficios y Autorización Para Revelar Información Médica:**

Solicito que el pago de beneficios autorizado del Seguro de Medicare, Medicaid, y/o de cualquier otro portador de seguro medico aplicable, se hagan a mí, o en mi favor, a Salina Family Healthcare, por cualquier servicio, incluyendo pero no limitado a telemedicina y/o teledontología (dentista), proporcionado a mí y/o miembro dependiente de mi familia por mi proveedor medico. Autorizo cualquier quien tenga información medical/dental/vision sobre mí y/o miembro de familia de ser revelada a la Departamento de Niños y Familias, los centros de Seguro Medicare, Medicaid (CMS), del seguro(s) aplicable, y/o de los agentes de estas compañías, y/o de la persona (s) lista responsables, cualquier información necesitada para determinar estos beneficios o los beneficios para otros servicios relacionados.

Consentimiento Para Inmunización:

Doy el consentimiento para que mi niño/a reciba todas las inmunizaciones recomendadas por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Entiendo que esta clínica sigue las guías del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades para el horario, la dosis, y las vacunas particulares en la administración de estas inmunizaciones.

Política de Cuentas Financieras:

Por mi firma abajo, acuerdo con las Pólizas de la Cuenta Financiera dispuestas por Salina Family Healthcare Center. Una descripción detallada de la póliza de la cuenta financiera está disponible para todos los pacientes, por requisito.

Divulgación de la cobertura de seguro:

También he revelado toda la cobertura de seguro medico en efecto cuando los servicios fueron proporcionados. Entiendo que la falta de informarle a Salina Family HealthCare Center cualquier cobertura de seguro medico del tercero partido será considerada fraude y entiendo que la clínica procesará al grado más completo de la ley.

Reconocimiento de servicios:

Al firmar a continuación, yo reconozco que Salina Family Healthcare Center ofrece un modelo de cuidado integral donde evaluación y consulta de comportamiento de salud será parte del cuidado brindado al paciente – en un ambiente centrado – al paciente.

Responsabilidad y Derechos del Paciente y del Centro:

Yo reconozco que he recibido una copia de la forma de Derechos y responsabilidades del Paciente y Centro de Salina Family Healthcare Center. Le pedimos a usted reconocer el recibo de este documento, firmando a continuación. Usted debe mantener una copia de Derechos y Responsabilidades del Paciente y Centro; sin embargo, si desea recibir otra copia usted puede solicitar una copia en cualquier momento. La copia más actual de Derechos y Responsabilidades del Paciente y Centro; estará puesta en nuestra oficina. Yo reconozco que he recibido una copia de Derechos y responsabilidades del Paciente y Centro del centro de mi proveedor médico 20 de mayo de 2024.

Aviso de Prácticas de Privacidad:

Mantener la privacidad de su información médica es muy importante para nosotros. Se le ha ofrecido nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Le pedimos que reconozca que recibo este Aviso firmando a continuación. Debe conservar una copia del Aviso; sin embargo, si desea recibir otra copia, puede solicitar una copia en cualquier momento. La copia más actualizada de este Aviso se publicará en nuestra oficina y en el sitio web. Reconozco que se me ofreció una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Centro efectivo el 18 de diciembre de 2025.

Visitas de televideo:

Doy mi consentimiento para las visitas de telemedicina, incluyendo las visitas médicas, de salud conductual, dentales, de farmacia, cuidado de ojos y de enfermería. Acepto utilizar la plataforma de videoconferencia para sesiones virtuales.

* Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a la información médica y las copias de su registro médico se aplican con esta consulta de telemedicina. Todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo la ley federal y estatal de Kansas se aplican a la información divulgada durante esta consulta / cita de telemedicina. Puede retener o retirar su consentimiento para la consulta o cita de telemedicina en cualquier momento sin afectar su derecho a recibir cuidado o tratamiento en el futuro, ni correr el riesgo de perder o retirar beneficios de cualquier programa a los que de otro modo tendría derecho. Se pueden tomar grabaciones de video, audio y / o fotos durante la consulta, cita o servicio.

Firma del Padre/guardián legal:**Fecha de hoy:**