



Acknowledgement of Receipt & Understanding of Policies

Nombre del Paciente

Fecha de

Acuse de recibo de la política financiera

_____(iniciales) Entiendo y acepto los términos descritos en la Política financiera de MVP Kids Care.

Acuse de recibo de no show y política de cancelación

_____(iniciales) Comprendo y acepto los términos descritos en la Política de no presentación y cancelación de MVP Kids Care.

Acuse de recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad-Confidencialidad, Participación de intercambio de información de salud, Privacidad y HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud).

_____(iniciales) Revisado y entiendo una copia del Aviso de prácticas de privacidad de MVP Kids Care.

_____(iniciales) Acepto recibir mensajes detallados relacionados con la información de salud de mi hijo de MVP Kids Care en:

dirección de correo electrónico: _____

o número de teléfono: _____ (Casa/Celular)

_____(iniciales) Reconozco que recibí y leí el Aviso de Prácticas de Información de Salud. Entiendo que mi proveedor de salud participa en Health Current, el intercambio de información sobre la salud de Arizona (HIE – por sus siglas en inglés).

Reconocimiento de Recepción de Consentimiento para Tratamiento

Doy mi permiso para que la (s) persona (s) que aparece a continuación traiga a mi (s) hijo (s) para recibir tratamiento, con el entendimiento de que verán o escucharán información sobre el tratamiento médico de su hijo, y posiblemente incluyan protección médica, financiera o personal. Información incluida en el expediente médico de su hijo. Se le puede pedir a esta persona (s) que acepte procedimientos de diagnóstico, inmunizaciones y tratamientos médicos. Esta (s) persona (s) debe tener su información de seguro (tarjeta), y debe pagar su copago, deducible, etc. Y debe proporcionar una identificación cada vez que acompañe a su hijo (s) a las citas. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar toda la documentación legal relacionada con la tutela o las directivas anticipadas. También he leído, entiendo y acepto los términos descritos anteriormente.

Individuos Autorizados:

Nombre/ Relación con el niño (a)

Número de Teléfono

Nombre/ Relación con el niño (a)

Número de Teléfono

Nombre/ Relación con el niño (a)

Número de Teléfono

Este consentimiento es válido por un (1) año a partir de la fecha de la firma que se indica a continuación.

Reconozco que soy responsable de garantizar que todas mis preguntas e inquietudes hayan sido respondidas con respecto a cualquiera de las políticas anteriores.

Firma/Relación con el niño (a)

Nombre impreso

Fecha