



ABC Kids Pediatric Health Care – Políticas Financieras de la Oficina

Certifico que he leído este formulario y que soy el paciente o estoy debidamente autorizado por el paciente como representante legal o tutor para firmar este formulario y aceptar sus términos inicialando cada

sección.

FORMATO DE TRATAMIENTO, TARIFAS Y POLÍTICAS DE LA PRÁCTICA

- Entiendo que todos los pagos pendientes se deben realizar en el momento en que se prestan los servicios. Esto incluye tarifas de auto-pago, coaseguro aplicable, copagos y deducibles según lo determine mi compañía de seguros.

Entiendo que ABC Kids Pediatrics puede recomendar ciertas visitas, como la de una semana y la de uno o tres meses, para evaluar el crecimiento y desarrollo, que pueden no ser consideradas visitas de control sano por mi aseguradora y, por lo tanto, pueden conllevar copagos, deducibles o coaseguro de los cuales soy responsable.

Entiendo que las visitas por TeleSalud están sujetas a las mismas reglas que las demás visitas, incluyendo copagos.

Entiendo que mis tarifas de auto-pago y copago se esperan en el momento de mi visita antes de mi cita

Entiendo que se me cobrará una tarifa de \$50 si no asisto a una visita de control sano sin avisar.

Entiendo que ABC Kids Pediatrics tiene el derecho de cancelar una visita de control sano si llego con más de 10 minutos de retraso.

Entiendo que hay un cargo de \$10 por todos los formularios escolares, de campamento o deportivos que se completen después de 7 días de la visita de control sano de mi hijo(a) en ABC Kids Pediatric Health Care.

Entiendo que hay un cargo de \$25 por formularios urgentes que se completen dentro de las 48 horas.

Entiendo que debo registrarme en el portal del paciente (Healow) como una manera de comunicarme sobre necesidades no urgentes, acceder a formularios y ver resultados de laboratorio.

Entiendo y autorizo a ABC Kids Pediatrics a divulgar cualquier información necesaria a mi compañía de seguros con respecto a la condición o motivo de visita de mi hijo(a) para procesar reclamaciones de seguros.

He leído y acepto la política de vacunación de ABC Kids Pediatrics, como se indica en nuestro sitio web www.abckidspediatrics.com.

Firma (Padre/Madre o Tutor Legal): _____

Relación con el Paciente: _____

Nombre en Letra de Molde: _____

Fecha: _____