

PROVIDENCE PEDIATRICS, INC

Print patient's Name

Date of Birth

(Nombre del Paciente)

(Fecha de Nacimiento)

CONSENT FOR MEDICAL TRTREATMENT OF MINORS

The above name person is a minor. The physicians at Providence Pediatrics Inc. (PPI) are to provide medical treatment whether the minor comes with the parents or with a guardian. The undersigned does hereby consent to and authorizes the administration and performance of all medical treatment to said minor, which in the judgement of the physician may be considered necessary and advisable.

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO DE MENORES

La persona mencionada arriba es un(a) menor. Los medicos de Providence Pediatrics Inc. (PPI) proveeran tratamiento medico a este menor, ya sea que venga acompañado(a) por los padres o representante legal adulto(a). El/La firmante consiente y autoriza la administracion y ejecucion de todos los tratamientos medicos a este(a) menor, que a juicio del medico sea considerado necesario y recomendable.

CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

With my consent, PPI may use and disclose PHI about the patient to carry out treatment, payment and healthcare operations (TPO). Please refer to PPI's Notice of Privacy Practices (NPP) for a more complete description of such of such uses and disclosures. I have the right to review the NPP prior to signing this consent. PPI reserves the right to revise its NPP at anytime. A revised NPP may be obtained by forwarding a written request to the Compliance Officer at Providence Pediatrics.

With my consent, PPI can communicate with me via phone, mail or e-mail about any item will facilitate PPI carrying out TPO, i.e. Appointment reminders, insurance items, statements, laboratory results, etc.

I have the right to request that PPI restrict how it uses or discloses the PHI to carry out TPO. However, PPI is not required to agree to my requested restrictions, but if it does, it is bound by this agreement.

By signing this form, I am consenting to PPI to use and disclose the PHI to carry out TPO. I may revoke my consent in writing except to the extent PPI has already made disclosures in reliance upon my prior consent. If I do not sign this consent, PPI may decline to provide treatment to the patient.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIFUSION DE INFORMACION MEDICA CONFIANCIAL (IMC)

Con mi consentimiento, PPI puede usar y difundir IMC acerca del paciente para llevar a cabo tratamiento, pagos y procedimientos relacionados al cuidado medico (TPP). Si desea Ud. puede solicitar a PPI la Notificacion de Practicas de Privacidad (NPP) para obtener uns descripcion mas detallada acerca de esos usos y difusiones. Ud. tiene el derecho de revisar el NPP antes de firmar este documento. PPI se reserva el derecho de revisar el NPP en cualquier momento. La revision del NPP puede obtenerse enviando una peticion por escrito a PPI.

Con mi consentimiento, PPI puede comunicarse conmigo porvia telefonica, correo o correo electronico para facilitar a PPI realizar TPP, ej. Recordatorio de citas, papeles de seguro, notificacion de pagos, resultados de laboratorio, etc. Yo tengo el derecho de solicitar a PPI restringa como use o difunda el IMC para ejecutar TPP. Sin embargo, PPI no esta obligado a acceder a dicha solicitud pero si lo acepta, PPI este en la obligacion de aceptar este acuerdo.

Al firmar este documento, estoy aceptando que PPI use y difunda el IMC para ejecutar TPP. Yo puedo revocar este consentimiento por escrito, cualquier difusion del IMC hecho previamente fue hecho basado en mi consentimiento previo. Si no firmo este documento, PPI puede declinar proveer tratamiento al paciente.

FINANCIAL AGREEMENT

1. General: The undersigned agrees whether he/she as parent/legal guardian obliges him/herself to pay PPI at the time of services or under the terms the parent/guardian and PPI have mutually agreed upon prior to rendering of services. Should the account be referred to an attorney or collection agency for collection, the undersigned shall pay actual attorney fees or collection expenses. All delinquent accounts shall bear interest at the legal rate. If the patient is at the time of services, a qualified member of an insurance plan, which provides for medical and other related care on a prepaid or capitated basis, the patient or his/her parent(s)/guardian agrees to pay any fees or charges required by the plan to be paid directly to PPI (such as deductibles, co-payments, etc.) at the time such services are rendered.

2. Insurance Enrollment: I agree that my responsibility to enroll the patient with my insurance plan under my insurance carrier, with one of the physicians of PPI as the Primary Care Physician, and agree that any monies paid by said insurance are to be payable to PPI. I shall furnish proof of this enrollment during every office visit. I am also aware that I will be responsible to review my insurance contract to see what is covered by my insurance at the facility.

3. Insurance Eligibility: As a condition of providing services, I hereby attest that the patient is an "ELEGIBLE" member of the health plan indicated on this date of service. I further agree that if the patient is deemed "NOT ELEGIBLE" that I will be responsible for the services rendered by this provider and comply the demands of payment (not to exceed actual service costs) as compensation for said rendered services.

4. Assignment of insurance benefits: The undersigned authorises, whether he/she signs as agent or patient, direct payment to PPI of any insurance benefits otherwise payable to or on behalf of the undersigned for treatment and healthcare services rendered by PPI at the rate not to exceed its regular charges. It is understood that payments to PPI by the insurance correspond to the benefits covered by the insurance company the undersigned understands that he/she is financially responsible for charges not covered by the assignment pursuant to paragraph # 1 above.

5. Consent to pay: I have been informed that my insurance may not pay for a specific visit, or may pay below the actual charges for medicines, supplies or procedures. Therefore I agree to pay the difference between the fee charged by PPI and any amount my insurance carrier pays. Contracted insurance adjustments will not be applied or taken into consideration for these services only. For any services other than those mentioned above, I will be responsible for only co-pays, deductibles or non-covered services as usual.

6. Certification: The undersigned certifies that he/she read the forgoing and received a copy thereof and is the patient's legal representative or is duty authorized by the patient's general agent to execute this agreement and accept its terms.

ACUERDO FINANCIERO

1. General: El/La firmante individualmente se compromete a pagar a PPI al momento en que se brindan los servicios. El pago puede ser por la totalidad del saldo o por la cantidad que se acuerde antes de que se presten los servicios. En caso de que la cuenta se torne morosa y requiera ser referido a un abogado o agencia de coleccion, el firmante debera pagar por los gastos incurridos A todas las cuentas delincuentes se les adicionara los intereses que sean legales. Si el paciente al momento en que se brinden los servicios, es miembro calificado de algun seguro (ej. HMO), el paciente/padre(s)/apoderado(a) debera abonar a PPI los gastos requeridos por el seguro (ej. Deducibles, copagos, etc.) al momento en que se brinden los servicios.

2. Adquisicion de seguro: Yo estoy de acuerdo que es mi responsabilidad de enrolar al menor con mi plan de seguro con uno de los doctores de PPI como su medico primario de salud. Estor de acuerdo ademas que cualquier pago hecho por el el seguro sea a dirigido a PPI. Yo debo presentar prueba de enrolamiento cada vez que acuda al consultorio. Asimismo, tengo conocimiento que yo soy responsable de revisar mi contrato con el seguro y saber los beneficios de esta con respecto a PPI.

3. Elegibilidad con el seguro: Como condicion para prestar servicios, yo corroboro que el paciente es un "MIEMBRO ACTIVO" en el plan de seguro presentado en la fecha del servicio. Es mas, yo estoy de acuerdo que si el paciente "NO ES UN MIEMBRO ACTIVO", yo sere responsable por los servicios prestados y cumplire con pagar los gastos que se hayan incurrido.

4. Pagos del seguro a PPI: El/La firmante autoriza el reembolso directo a PPI de cualquier pago que el seguro efectue al paciente/padre(s)/apoderado(a) por servicios medicos que PPI efectue al paciente siempre y cuando este pago no exceda la cantidad requerida por PPI. Se entiende que los pagos que el seguro haga a PPI se considere como la porcion que le corresponde pagar al seguro bajo la poliza vigente y que el/la firmante es el responsable financiero por cobros que no esten cubiertos por el seguro en concordancia con el parrafo # 1 descrito arriba.

5. Consentimiento para pagar: He sido informado(a) que my seguro pueda que no pague por una visita determinada o que pueda pagar por debajo del costo real por medicinas, insumos o procedimientos. Por lo tanto, estoy de acuerdo con pagar la diferencia entre los cargos de PPI y cualquier cantidad que mi seguro pague. Ajustes contractuales con el seguro no sera aplicado o tomado en consideracion por esos servicios solamente. Como es usual, cualquier otro servicio que no se haya mencionado arriba, solo sere responsable por el co-pago, deducible u otros servicios no cubiertos.

6. Certification: El/La firmante certifica que ha leído este documento en su totalidad, que ha recibido una copia de la misma y que es el representante legal (Padre/Madre/Apoderado(a)) y que es la persona que ha completado este documento y que acepta los terminos de la misma.

I AGREE TO HAVE THE MEDICAL SERVICES RENDERED

ESTOY DE ACUERDO QUE SE BRINDEN LOS SERVICIOS DE SALUD

I DECLINE THE MEDICAL SERVICES AND WILL SEEK MEDICAL ATTENTION ELSEWHERE

DECLINO LOS SERVICIOS MEDICOS Y BUSCARE ATENCION MEDICA EN OTRO LUGAR

Signature of Parent/Guardian
(Firma del Padre/Madre/Apoderado(a)) _____

Date
(Fecha) _____

Print Name of Adult signing the Form
(Escribir el Nombre del Adulto Firmante) _____