



## ACUERDO DE SERVICIOS MÉDICOS

Gracias por elegir a Kelson Physician Partners de Layton, Inc., conocido como Wee Care Pediatrics ("WCP") como proveedor de atención médica para su hijo. Nuestro objetivo es construir, junto a usted y su hijo, una exitosa relación proveedor-paciente. Para ello, es muy importante que comprenda nuestro acuerdo de servicios médicos (el "Acuerdo") y que se responsabilice por el pago de los servicios prestados. Si tiene dudas acerca de este Acuerdo o sobre su cuenta, comuníquese con nosotros al (801) 773-8644.

### **Autorización de tratamiento**

Con su firma a continuación, autoriza a los profesionales y empleados de WCP a examinar, realizar pruebas y llevar a cabo todos los procedimientos necesarios para diagnosticar, tratar y asistir a su hijo. Esta autorización incluye, entre otros, trámites de oficina, pruebas de laboratorio y procedimientos de rutina tales como radiografías, pruebas de estreptococo, cultivos de garganta, exámenes de orina, recuentos sanguíneos completos (RSC), hematócritos, cateterismo vesical, eliminación de cerumen (cera del oído), eliminación de cuerpos extraños, drenaje de abscesos, atención de fracturas, administración de medicamentos e inyecciones de inmunización, tratamiento de lesiones cutáneas, verrugas, quemaduras y reparación de laceraciones. Este consentimiento se mantendrá vigente indefinidamente hasta tanto se presente una revocación por escrito dirigida al Departamento de Registros Médicos de Pediatría de Wee Care, 2084 North 1700 West, Suite A, Layton, UT 84041.

### **Acuse de recibo del Comunicado de políticas de privacidad**

WCP proporciona un Comunicado de políticas de privacidad ("CPP") adjunto que brinda información sobre cómo WCP puede usar y/o divulgar información médica protegida sobre su hijo a los fines de tratamiento, pago, servicios de atención médica y en la medida que lo determine la ley. Con su firma reconoce que recibió una copia del CPP de WCP y que leyó y comprende el CPP.

### **Política financiera**

#### Pago

- El pago es obligatorio al momento de la cita, ya sea que tenga un copago, co-seguro, deducible o que presente un saldo sin pagar. Aceptamos pagos en efectivo, cheque (no se aceptan cheques de terceros) y la mayoría de las principales tarjetas de crédito.
- Si tiene un deducible que no se cumplió, es posible que deba abonar toda la factura antes de retirarse.
- Tenga en cuenta que si su hijo tiene programado un procedimiento (sutura, atención de fracturas, eliminación de verrugas, circuncisión, etc.), o si se le recomiendan pruebas adicionales para su cuidado (radiografías, laboratorio, etc.), tales servicios pueden resultar en gastos extras como consecuencia de sus deducibles, co-seguros y/o copagos.
- Algunos servicios recomendados para la atención de su hijo, tales como laboratorios, lectura de radiografías y otros servicios, pueden ser llevados a cabo por un proveedor externo y deberán abonarse por separado a dichos proveedores del cuidado de la salud.

- Cada póliza de seguro es diferente: consulte a su compañía de seguros si deberá abonar un monto adicional por los servicios que reciba.

#### Seguro médico y asignación de beneficios

- WCP enviará las facturas a su seguro médico por todos los servicios que recibió en nuestra clínica. Por este medio, usted asigna a WCP todos los beneficios médicos por los servicios proporcionados a su hijo y acepta que tales beneficios sean pagados a WCP.
- En cada visita, deberá presentar su información y su tarjeta de seguro médico actualizados, incluso si tuviese un seguro médico secundario. Es su responsabilidad el notificar a nuestra clínica sobre cualquier cambio en la información de su seguro.
- No todos los servicios brindados están cubiertos en todos los planes, por lo tanto, usted es responsable de comprender su plan de beneficios y los requisitos de derivaciones, autorizaciones de procedimientos y medicamentos, etc. Todos los montos que su plan de seguro no cubra serán responsabilidad suya, y cualquier disputa de pago por falta de cobertura deberá resolverse entre usted y su seguro médico.

#### Cuentas por cuenta propia

- Todo paciente sin cobertura médica o que no pudiese proporcionar un comprobante de seguro médico deberá abonar un estimado del valor del servicio al momento de la registración, previo a ser atendido por el profesional de la salud. Podrá abonar cualquier saldo por los servicios prestados antes de retirarse o se le enviará una factura.

#### Saldos pendientes, intereses y cargos por cobro

- Usted acepta pagar todo monto adeudado una vez que reciba el estado de cuenta. Cualquier saldo impago deberá saldarse durante su registración, antes de ser atendido por el profesional de la salud.
- Cualquier saldo pendiente mayor a 30 días, a partir de la fecha de facturación, generará intereses a una tasa de 1,5% mensual (18% anual). Cualquier saldo adeudado por más de 90 días podrá ser derivado a una agencia externa de cobranza. En este caso, podría agregarse al saldo de la cuenta un cargo por cobro del 30%. Usted acepta pagar todas las tarifas asociadas al proceso de cobro (tenga o no una demanda), incluyendo los honorarios de abogados y los costos judiciales.
- WCP se reserva el derecho a programar o no citas a pacientes con saldos impagos o que hubiesen sido derivados a una agencia de cobranza.

#### Citas perdidas

- Por cada cita a la que no acudió sin previo aviso podrá cobrarse una tarifa de \$25.
- Si en el período de un año no asiste a tres (3) o más citas en nuestra clínica sin previo aviso, nos reservamos el derecho a no programarle más citas, o se le podría solicitar que registre los datos de

su tarjeta de crédito para que se debite automáticamente la tarifa correspondiente a cada cita perdida. Estos términos están sujetos a cambio sin previo aviso.

#### Cheques rechazados

- Acepta pagar a WCP un recargo de \$20, y cualquier otra cantidad estipulada por la ley, en caso de un cheque rechazado o no pagado.

### **Política de comunicación**

#### Comunicación e información de contacto

- Usted autoriza a WCP, su personal y a todo servicio de mensajería asociado a utilizar su información de contacto personal para notificarle, incluso por teléfono, mensaje de texto y correo electrónico, sobre citas programadas y pendientes, citas perdidas, resultados de laboratorio, información de radiografías, facturas vencidas y cobro de deudas, o cualquier otra función relacionada con la atención médica.
- Autoriza a WCP a divulgar información médica protegida limitada (PHI, por sus siglas en inglés), relacionada a las citas médicas de su hijo, a cualquier servicio de mensajería asociado.
- Acepta recibir mensajes de WCP y recibir mensajes detallados en su correo de voz, en su contestador o a través de un tercero, en caso de no poder contactarlo, en el número de teléfono que proporcionó.
- Acepta notificar a WCP sobre cualquier cambio en su dirección, número de celular u otro teléfono y dirección de correo electrónico.

**Yo, quien suscribe, reconozco mediante mi firma que leí, entiendo y acepto los términos de este Acuerdo, y que leí y entiendo el COMUNICADO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE WCP.**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Relación:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_