Gracias por elegir a Kidsville Pediatrics como el pediatra de su hijo(a). Como uno de nuestros pacientes, deseamos que usted conozca nuestras políticas financieras. Una vez que haya leído cuidadosamente lo siguiente, por favor firme este documento y devuélvalo al personal de nuestra oficina.

- La mayoría de los planes tienen deducibles, coseguros y/o copagos que son su responsabilidad exclusiva al momento de su visita. **Los copagos deben pagarse al momento en que se prestan los servicios.** El padre, madre, abuelo(a), tutor o niñera que acompañe al paciente es responsable del pago total al momento del servicio. Los copagos que no se cobren al momento de la visita tendrán un cargo de $10.00 adicional al monto del copago.
- Al llegar, debe presentar su tarjeta de seguro más reciente en cada cita. Si la compañía de seguros que presenta es incorrecta, usted será responsable del pago total del costo de la visita y deberá enviar los cargos al plan correcto.
- El adulto que presente a un menor para examen o tratamiento debe presentar una identificación válida emitida por el gobierno al momento del registro. Si el adulto acompañante no es el padre, madre o tutor legal del niño(a), debe informarlo a la práctica y proporcionar documentación que acredite la autorización para acompañar al niño(a) y/o consentir al tratamiento, incluyendo, entre otros, una autorización por escrito de un padre, madre o tutor legal, una orden judicial, documentación de tutela u otra documentación aceptable para la práctica. No proporcionar una identificación satisfactoria o comprobante de autorización puede resultar en demora, reprogramación o negación del tratamiento no urgente.
- Ciertos seguros requieren que usted seleccione un Médico de Atención Primaria (PCP). Por favor llame a su seguro antes de la visita y seleccione a nuestro pediatra como su PCP. **Si no han sido notificados, usted podría ser financieramente responsable de esta visita y/o su cita deberá ser reprogramada.**
- Los saldos del paciente y de sus hermanos vencen al momento de la cita. Su cita puede ser reprogramada si su saldo no está pagado en su totalidad o incluido en un plan de pago creado por Kidsville Pediatrics.
- Si nuestros médicos no están dentro del panel de su seguro, o si usted no tiene seguro, se requiere el **pago total** de los servicios prestados al momento de la visita. Para citas que ya han sido programadas, todos los saldos previos deben pagarse antes de ser atendido.
- MyChart es obligatorio.
- Los saldos del paciente se facturan inmediatamente una vez que nuestra oficina recibe la explicación de
- beneficios (EOB) de su plan de seguro. **Su pago vence dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de su factura.**
- Si no puede asistir a su cita programada, requerimos que se comunique con nuestra oficina dentro de las **24 horas** previas a su cita para reprogramar o cancelar. Esto nos permite atender a otro paciente que necesite esa cita. Si no se comunica con nosotros dentro de las 24 horas, cobraremos un cargo de $50.00 por cada niño(a) programado para una visita de pediatría de atención primaria (de niño sano, por enfermedad o de consultorio). Además, si no se comunica con nosotros dentro de las 24 horas, cobraremos un cargo de $100.00 por cada niño(a) programado para una visita de Salud Conductual de paciente nuevo o cualquier visita de seguimiento de Salud Conductual.
- **Nos reservamos el derecho de dar de baja de la práctica a cualquier paciente o familia después de 3 citas a las que no se presente.**
- **Si llega más de 15 minutos tarde, es posible que deba reprogramar su cita.**
- Cualquier saldo con más de 60 días de antigüedad será enviado a una agencia de cobranza.
- Por favor llame a nuestra oficina si tiene alguna pregunta sobre su factura. Con gusto la revisaremos con usted
- para evitar malentendidos.
- Durante su visita, es posible que utilicemos un sistema de Inteligencia Artificial (IA) para asistir con la documentación clínica. Este sistema ayuda a redactar notas médicas, las cuales son revisadas y verificadas por
- su proveedor para garantizar su exactitud. Su información médica se almacena de forma segura conforme a las leyes aplicables.

_____ _____

Nombre del Firmante Fecha

_____ _____

Firma Fecha