

Patient's Name (Nombre del paciente): _____

Date of birth (Fecha de nacimiento): _____

STATEMENT OF FINANCIAL RESPONSIBILITY

I understand that I am responsible for payment of this account and hereby assume and guarantee prompt payment of all expenses incurred. I am aware that payment is due when medical services are rendered and any remaining balance will be paid promptly but no later than my next office visit. I am also aware that the scheduled appointment will be cancelled or re-scheduled for unpaid balances.

NOTICE OF "NON-COVERED" SERVICES

I am aware that some services performed by Bayside Pediatrics may be considered "non-covered" by my insurance carrier or Medicaid, therefore I will become fully responsible for payment of these services.

WAIVER OF "USUAL, CUSTOMARY AND REASONABLE" CLAUSES

For patients with "UCR" Coverage only: I acknowledge that the fees charged by Bayside Pediatrics for services rendered to me, or to the person for whom I assume financial responsibility, may exceed the fees considered "Usual, Customary & Reasonable", due to specialized services and staff. However, I agree to pay Bayside Pediatrics fees in full, even if the amount is greater than what is reimbursed to me by my insurance company.

NO SHOW AND TARDY POLICY

I understand that it is my responsibility to call the office if I need to cancel /reschedule an appointment as soon as possible but no later than 24 hours prior. I am aware that missed appointments or cancelled/rescheduled the same day are considered "no-shows" and my family will be dismissed from the practice after 3 (three) no shows within 6 (six) months.

I am also aware that arriving 10 minutes or later to the appointment is subject to be rescheduled.

BILLING/PAYMENT INSTRUCTIONS

I hereby authorize Bayside Pediatrics to bill the following insurance company and/or Medicaid for services provided to me and request that payments for such services be made to Bayside Pediatrics on my behalf.

PERMISSION OF TREATMENT

Permission is hereby granted for physicians, employees and/or agents of Bayside Pediatrics to render the patient named below such medical and surgical treatments as deemed necessary.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I understand that I have the right to review the Notice of Privacy Practices prior to signing this statement. I understand that Bayside Pediatrics reserves the right to change its Notice of Privacy Practices and will be effective for health information the practice already has about me, as well as any information they receive in the future. I understand that I may obtain a copy of the current Notice of Privacy Practices in effect, upon request. (Copies of our Notice of Privacy Practices are located in each waiting room's magazine rack)

HIPAA-AUTHORIZED PERSONS TO BRING CHILD & HAVE ACCESS TO RECORDS

List the names of the individuals whom we may share/release the patient's health information with, who are authorized to bring the patient to appointments, confirm appointments and make medical decisions regarding the patient while under their care. Escriba los nombres de las personas con quien podemos compartir/pueden divulgar su información medica del paciente, quienes están autorizados a traer a su niño a sus citas, confirmar citas y tomar decisiones medicas en cuanto a su niño mientras esta bajo su cuidado.

Name/Nombre: _____ Relationship: _____ Phone/Teléfono: _____

Name/Nombre: _____ Relationship: _____ Phone/Teléfono: _____

Name/Nombre: _____ Relationship: _____ Phone/Teléfono: _____

I have received Bayside Pediatrics' policy information, understand and agree to the following; I am aware that if I fail to cancel, reschedule or if I "no show" to an appointment within a 24 hour period, I may be charged a \$25 "no show" fee. I understand that these fees are not covered by my health insurance and must be paid within a reasonable amount of time and must be paid before making another appointment and/or be paid at the time of my next appointment. Excessive "no shows" may lead to dismissal from the practice. I also understand that if I am more than 10 minutes late for an appointment; the office reserves the right to reschedule my appointment due to the delays it may cause in the physician's schedule. In compliance with Federal & State Laws; I understand that payment of all medical care is due and payable at the time of service; including any co-payments, deductibles, co-insurance, or any other balance not paid by my insurance company. I hereby grant permission to Bayside Pediatrics to release any pertinent information to my insurance company upon request and I authorize payment directly to Bayside Pediatrics. A photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Parent/Legal Guardian (Nombre del padre/madre o Guardián Legal): _____

Signature (Firma): _____

Relation to patient (Relación al paciente): _____ **Date** (Fecha): _____

(Spanish translation on the back)

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo entiendo que soy responsable por el pago de esta cuenta. Asumo responsabilidad y garantizo un pago pronto de todo cobro de esta cuenta.

AVISO DE SERVICIOS “NO CUBIERTOS”

Comprendo que algunos servicios son “No Cubiertos” por mi seguro o Medicaid y asumo responsabilidad por cualquier servicio no pagado por mi seguro medico.

LA RENUNCIA DE CLAUSA “USUAL, DE COSTUMBRE, Y RAZONABLE”

Para pacientes con cobertura “UCR” solamente: Yo entiendo que los cargos de servicios pueden exceder lo que se considera “Usual, de costumbre y razonable”, pero estoy de acuerdo en pagar los cargos en total sin importar que mi compañía de seguro me reembolse menos del cobro pagado.

CUMPLIMIENTO DE CITAS

Entiendo que es mi responsabilidad de llamar a la oficina si necesité cancelar/cambiar una cita por lo menos 24 horas antes de la cita. Puede haber un cobro de \$25 por cada cita perdida y entiendo que mi seguro no cubre esto. Después de faltar a 3 citas en un periodo de 6 meses sin llamar a cancelar con tiempo, mi familia puede ser despedida de la práctica.

INSTRUCCIONES DE COBRO/PAGO

Autorizo por este medio a Bayside Pediatrics para mandar los cargos a mi compañía de seguro y/o Medicaid para los servicios proporcionados y que sean pagados a Bayside Pediatrics. Tenga en cuenta que si tiene un Seguro Privado y también tiene Medicaid, por ley debemos usar el plan privado como su seguro principal y debemos coleccionar cualquier cobro que este en el contrato de ese seguro incluyendo co-pagos el mismo día de servicio.

PERMISO DE TRATAMIENTO

Concedo permiso a los doctores, empleados y/o agentes de Bayside Pediatrics de rendir al paciente nombrado debajo todo tratamiento medico y quirúrgico tal como se juzgú necesario.

AVISO DE LAS “PRACTICAS DE PRIVACIDAD”

Entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso “Practica de Privacidad” antes de firmar esta declaración. Entiendo que Bayside Pediatrics reserva el derecho de cambiar su aviso de práctica de privacidad y será efectivo para la información médica que la práctica ya tiene sobre mí, al igual que cualquier información que recibieran en el futuro. Entiendo que puedo obtener una copia del aviso actual de las prácticas de privacidad si es solicitada. *Copia de nuestro aviso “Practica de Privacidad” están situados en los cuartos de espera.

He recibido las pólizas de Bayside Pediatrics, entiendo y estoy de acuerdo en la siguiente información. Yo entiendo que si no cancelo o cambio una cita dentro de un periodo de 24 horas y si falto a una cita sin llamar, puedo recibir un cargo de \$25 . Entiendo que estos cargos no son cubiertos por mi seguro medico y debo pagarlos dentro de un tiempo razonable y antes de mi próxima cita. Después de faltar a 3 citas sin notificar o cancelar con tiempo, entiendo que mi familia será despedida de la práctica. También tengo conocimiento que no debo llegar mas de 10 minutos tarde para una cita, pues el personal de la oficina tiene el derecho de cambiar o cancelar mi cita pues esto causaría un retraso en el horario del medico. Entiendo que debo pagar el día de mi cita cualquier deducibles de mi seguro medico o otro balance que tenga mi cuenta. Autorizo a Bayside Pediatrics a compartir mi información medica con mi compañía de seguro medico y autorizo pago directo de mi seguro medico a Bayside Pediatrics por servicios ofrecidos. Una copia de este documento es igual de valido que el original.