

Mountain West Pediatrics & Bedtime Kids Care

Jim J. Gould, MD, FAAP

2356 North 400 East, Suite 202, Tooele, Utah 84074

435.843.8380 Office / 435.843.8382 Fax

Patient Consent for Use and Disclosure of Protected Health Information

I hereby give my consent for Mountain West Pediatrics (MWP) to use and disclose Protected Health Information (PHI) about me to carry out Treatment, Payment and Healthcare Operations (TPHO).

I have the right to review the Notice of Privacy Practices, which provides a more complete description of such uses and disclosures, prior to signing this consent. MWP reserves the right to revise its Notice of Privacy Practices at anytime. A revised Notice of Privacy Practices may be obtained by sending a written request to MWP at the above address.

With this signed consent, MWP may call my home and any other locations for which I have provided contact information in order to relay or gather information to assist MWP in carrying out TPHO; including, but not limited to, appointment reminders, insurance and billing items, calls regarding my clinical care and laboratory results. MWP may give the message in person, leave a message on voice-mail or send the message via email to any email address I have provided to them.

I have the right to request MWP restrict how it uses or discloses my PHI in order to carry out TPHO. Any such request must be submitted in writing to MWP. I understand that MWP is not required to agree to my requested restrictions, but if they does so in writing, they are bound to such agreement.

By signing this form, I am consenting to MWP the use and disclosure of my PHI in order to carry out TPHO. I may revoke my consent at any time in writing, to the extent that MWP has already made disclosures in reliance upon my prior consent. If I do not sign this form, or revoke it at a later date, MWP may decline to provide treatment to me.

Signature of Parent or Legal Guardian Date Patients Name (Please Print)

Name of Parent or Legal Guardian (Please Print) Relationship to Patient

Updated 06/13

MOUNTAIN WEST PEDIATRICS POLÍTICA FINANCIERA

- Las compañías de seguros no están diseñadas para pagar la tarifa completa asociada con una visita a la oficina. La persona que acompaña al paciente debe pagar todos los copagos, los deducibles y los servicios no cubiertos en su totalidad al momento del servicio, independientemente de los acuerdos de cobertura de seguro médico o las directivas judiciales (en el caso de padres separados o divorciados). Para aquellos con un plan deducible, se deben pagar \$ 70.00 para el saldo en el momento del servicio. Se le facturará el saldo restante. Se puede agregar un cargo de \$ 10 a su cuenta por los costos de facturación del copago requerido que se realiza en el momento del servicio.
- Los pacientes sin seguro serán **autofinanciados (Self-Pay)**. Se **debe pagar \$ 95.00** por el servicio antes de que se presten los servicios.
- Nuestra oficina presentará reclamaciones a su compañía de seguros como un servicio de cortesía para usted. Es importante y su responsabilidad saber qué servicios cubre su plan de seguro; no nos hacemos responsables de saber qué servicios cubre su plan de seguro. Los servicios que prestamos no están cubiertos por su plan de seguro, ¿es su responsabilidad financiera? Enfatizamos, como sus proveedores de cuidado de la salud, **que nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros.**
- Si su compañía de seguros requiere que las muestras de laboratorio se envíen a un laboratorio específico, es su responsabilidad conocer el (los) laboratorio (s) participante (s). Localmente podemos enviar laboratorios a LabCorp, Quest o al laboratorio en Mountain West Medical Center. Infórmenos cuando se soliciten los laboratorios antes de salir de la oficina.
- Autorizo el pago de beneficios médicos directamente a Jim J. Gould, MD dba. Mountain West Pediatrics.
- Autorizo mi/nuestra firma en todas las presentaciones de reclamos de seguros.
- Entiendo que se agregará a mi cuenta un cargo financiero de 1.5% por mes (18% APR) de saldos impagos. Si hay un saldo en mora (3 estados de cuenta enviados después de los pagos del seguro o 3 estados de cuenta después de una visita de autopago) la cuenta puede enviarse a Express Recovery Collection Services. Acepto pagar hasta una tarifa adicional de 40% por cobrar y todos los costos judiciales / honorarios legales asociados con o sin demanda. Si he optado por no recibir un aviso final para cuentas morosas por mensaje de texto o correo electrónico, consulte las opciones de contacto a continuación, entiendo que se enviará una carta por correo certificado o por correo prioritario. Al enviar esta carta, se agregará una tarifa de hasta \$ 6.00 además de la tarifa de cobro adicional.

Opciones de contacto:

- Queremos mantenernos en contacto con usted con respecto a su cuenta y su estado de recopilación. Para que podamos contactarlo con respecto a todas las cuentas vencidas y cualquier estado de cobro que pueda tener, usted nos autoriza expresamente a contactarlo por teléfono mediante el envío de mensajes de texto o correos electrónicos a cualquier número que haya enumerado. Usted reconoce que dicho contacto podría generar cargos a su compañía telefónica. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o el uso de un sistema automático de marcado telefónico, según corresponda. Usted reconoce y acepta que esta autorización se extenderá a cualquier empresa o compañías de facturación o cobranza que puedan ser asignadas.

Sí, autorizo esto (iniciales) _____

No, autorizo esto (iniciales) _____

- Entiendo que se aplicará un cargo por cheque devuelto de \$ 20.00 para todos los cheques devueltos.

El nombre del niño/a _____

MOUNTAIN WEST PEDIATRICS POLÍTICA FINANCIERA

- Autorizo a Jim J. Gould, MD o cualquier asistente a tomar mi historial médico detallado y realizar cualquier examen necesario para confirmar la condición para la cual busco atención médica y para realizar los procedimientos que sean a su juicio profesional necesarios o deseables para su el bienestar del niño/a. Los padres estarán muy involucrados en este proceso de toma de decisiones.
- Autorizo la divulgación de la información necesaria para procesar los reclamos de seguro y para solicitar el pago de los beneficios por servicios prestados.
- **No presentarse a la cita:** Nos dedicamos a cuidar a sus hijos y sus necesidades de atención médica. Una cita perdida es una oportunidad perdida para el hijo/a de otra persona que puede necesitar ser vista. Nuestra política, como beneficio para usted, es llamar y recordarle al padre (tutor) las próximas citas de su hijo/a 1 día de la semana antes de la cita. Solo podemos proporcionar estos servicios si tenemos los números de teléfono correctos en el archivo. Acepto dar un aviso con 24 horas de anticipación para cancelar citas. Se aplicará una tarifa de \$ 50.00 a su cuenta por citas perdidas sin cancelación previa. Si ha concertado una cita para el mismo día y no se presenta a la cita, se aplicará una tarifa de \$ 50.00 a su cuenta.
- Entiendo que si llego más de 15 minutos tarde a la cita programada para mi hijo/a, se me puede pedir que re programe mi cita.
- Si tiene problemas financieros, discútelos con el personal de la oficina de facturación. Estaremos encantados de trabajar con usted para hacer arreglos de pago. Nuestra compañía de facturación, **Alta Billing** puede ser contactada al **1-844-714-8690**.
- Si va a llevar a su hijo/a a una visita preventiva y se aborda un problema grave, tenga en cuenta que un problema grave puede ser facturado a su seguro como un encuentro separado y puede incurrir en cargos adicionales que serán su responsabilidad. Las visitas preventivas y por enfermedad deben programarse por separado para que se dedique el tiempo adecuado a cada visita.

Al firmar este formulario, reconozco que entiendo y acepto totalmente las políticas y los procedimientos anteriores.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Padre de Guardián Legal (Imprimir)

Relación con el paciente

El nombre del niño/a _____

Mountain West Pediatrics & Bedtime Kids Care

Jim J. Gould, MD, FAAP

2356 North 400 East, Suite 202, Tooele, Utah 84074

435.843.8380 Office / 435.843.8382 Fax

Cuestionario de la Salud Pediatrico

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Medico de Atencion Primaria: _____

Es usted el padre o tutor legal para que el nino ser visto hoy? Y N

Si no, tiene permiso por escrito que nos permite tratar al nino? Y N

Es el nino tomando actualmente algun medicamento (encima del mostrador o de prescripcion)? Y N

Si es asi, por favor indique el medicamento y la dosis actual

Medicamento _____ Dosis _____

Medicamento _____ Dosis _____

Historia Prenatal de la Madre (si conocido)

Numero de embarazos: _____ Numero de partos: _____ Numero de hijos vivos: _____

Numero de ninos adoptados: _____ Numero de abortos espontaneos: _____ Tiene ninos murio? Y N

Compruebe cualquier complicacion durante el embarazo con este nino:

___ Anormal Sangrado _____ Accidentes _____ Sangre transfusions _____ Hipertension

___ Elevado azucar de Sangre _____ X-rays _____ erupcion con fiebre _____ Labor Prematura

___ Hospitalizacion _____ Infeccion del Rinon _____ Hinchar (mirada, cara, manos)

___ Enfermedad Venerea _____ Vomito Excesivo

Se tomaron otros medicamentos que no fueran vitaminas o hierro durante el emarazo? Y N

En caso afirmativo, expliquelo porfavor:

Historia Neonatal

El trabajo de parto duro mas de 24 horas? Y N

Plazo de entrega: ___ Tiempo puntal (a termino) _____ Prematuro (antes del termino) _____ Tarde (despues del termino)

Cuantas semanas de gestacion? _____

Nacio el nino: ___ C-seccion _____ Cabeza primero _____ Pies primero _____ Nalgas primero

Requiere nino: ___ Fototerapia, ___ Liquidos IV/antibioticos, ___ Oxigeno, ___ Hospitalizacion prolongada, ___ estancia en NICU.

Peso de nacimiento: ___ libras (lbs). ___ onz (oz). Altura del nacimiento: _____ pulgadas (inches).

En las primeras seis (6) semanas de vida, el nino tuvo alguno de los siguientes problemas?

___ Dificultad para respirar, ___ Episodios azules, ___ Ictericia amarilla, ___ Vomitos, ___ Hecec sueltas, ___ Colicos, ___ Formula cambios, ___ Fiebre/Infecciones, ___ Convulsiones, ___ Perdida de peso, ___ Transfusiones de sangre, ___ Cirugia.

Historia Nutricional

Fue el nino amamantado? Y N. Hasta que edad? _____. Alimentado con biberon? Y N. Marca de la formula? _____

Algun problema con alimentacion? Y N. Si la respuesta es si, explique: _____

Tiene el nino: ___ estenimiento, ___ diarrea.

Alguna preocupacion actual sobre la nutricion del nino? Y N

En caso afirmativo, expliquelo porfavor:

Developmental History

Did your first child develop normally? Y N If no, please explain: _____

Any history of speech/language delay? Y N

Any concerns with child’s current development? Y N If yes, please explain: _____

Immunization History

Is child current on his/her immunizations? Y N. Any adverse reactions to previous immunizations? Y N

When was child’s last Tetanus booster vaccination? _____

Past Medical History

Has child had any of the following:

- ADD/ADHD Allergic Rhinitis Asthma Autism Behavioral prob.
- Bladder problems Bone problems Cerebral Palsy Chicken Pox Down Syndrome
- Eye problems Frequent UTI’s Hearing problems Heart problems Intestinal prob.
- Kidney problems Muscle problems Pneumonia Rash/Eczema Recurrent Ear inf
- Roseola RSV Seizures Sinusitis Scarlet Fever
- Spina Bifida Stomach problems Strep Throat Diabetes

Past Medical History (Continued)

Please list any previous Emergency Room visits, hospitalizations or surgeries with dates:

Medication/ food allergies and reactions: (If no known allergies, write “NONE”)

Family History

Have any of the child’s blood relatives had any of the following:

- ADHD Alcoholism Allergic Rhinitis Anemia Asthma
- Arthritis Birth defects Blindness Breast Cancer Cataracts
- Childhood Cancer Congenital Heart Disease Cystic Fibrosis Deafness
- Drug Dependencies Depression Diabetes Eczema Heart attack
- HIV/AIDS Hypertension Kidney Disease Leukemia Liver Disease
- Mental Retardation Lupus Migraines Multiple Sclerosis Psychiatric
- Sickle Cell Anemia Seizures Skin Cancer Stroke Thyroid Disease
- Tuberculosis Urinary Tract Infection

Other:

Information not known about biological family members.

Social History

These questions relate to the household in which the child lives:

Number of siblings _____ Birth order (first, middle, etc.) _____ Smokers in house: Y N

Number of dogs _____ Number of cats _____ Other pets _____

Substance abuse: Y N. Discipline problems: Y N. Temper problems: Y N

Deceased parents: Y N. Divorced parents: Y N State custody: Y N

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge.

Printed Name: _____ Relationship to Patient: _____

Signature: _____ Date: _____

Informacion de Seguros

Compania de Seguro Principal _____

Nombre de Poseedor de Seguro _____

Direccion de Poseedor de Seguro (Si diferente de pacientes) _____

Relacion con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ SSN _____

Numero de Poliza _____ Numero de Grupo _____ Fecha Efectiva _____

Direccion de Reclamos _____ Ciudad _____ Estado ____ Codigo Postal _____

Compania de Seguro Secundaria (Si procede) _____

Nombre de Poseedor de Seguro _____

Direccion de Poseedor de Seguro (Si diferente de pacientes) _____

Relacion con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ SSN _____

Numero de Poliza _____ Numero de Grupo _____ Fecha Efectiva _____

Direccion de Reclamos _____ Ciudad _____ Estado ____ Codigo Postal _____

Compania de Seguro Terciario (Si procede) _____

Nombre de Poseedor de Seguro _____

Direccion de Poseedor de Seguro (Si diferente de pacientes) _____

Relacion con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ SSN _____

Numero de Poliza _____ Numero de Grupo _____ Fecha Efectiva _____

Direccion de Reclamos _____ Ciudad _____ Estado ____ Codigo Postal _____

Nombre del Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Los nombres del hermano y fecha de nacimiento a la cual estos cambios pertenecen:

_____, _____, _____, _____.

_____, _____, _____, _____.

Firma del Padre / Tutor Legal / Representante _____ **Fecha** _____

Relacion con el Paciente _____

Mountain West Pediatrics & Bedtime Kids Care

Jim J. Gould, MD, FAAP

2356 North 400 East, Suite 202, Tooele, Utah 84074

435.843.8380 Office / 435.843.8382 Fax

Datos Demographicos del Paciente

Nombre del Paciente: Ultimo: _____ Primero _____ MI _____

La Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Sexo Male / Female Fecha de Nacimiento _____

La siguiente informacion se pide para que le podemos dar atencion personalizada a cada paciente:

Idioma Preferido: _____

La Etnia: (circulo uno) Hispano or Latino No Hispano o Latino Desconocido

La Raza: (circulo uno) American Indian or Alaska Native Asian Black or African American
Native Hawaiian or Other Pacific Islander Caucasica Otro Raza

1) Informacion para Padres: (circulo uno) Madre Padre Otro (guardian, padre de crianza, etc)

Ultimo: _____ Primero _____ MI _____

Fecha de Nacimiento _____ SSN _____ Email _____

Telefono de Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Empleador _____

La Direccion: Mismo como paciente Si / No (circulo uno)

La Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

2) Informacion para Padres: (circulo uno) Madre Padre Otro (guardian, padre de crianza, etc)

Ultimo: _____ Primero _____ MI _____

Fecha de Nacimiento _____ SSN _____ Email _____

Telefono de Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Empleador _____

La Direccion: Mismo como paciente Si / No (circulo uno)

La Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Los Nombres y Los Edades de Hermanos: _____, _____,

_____, _____, _____

Medico de Atencion Primaria: _____

En caso de contacto de emergencia (Persona que no vive con el paciente)

El Nombre: _____ Relacion con el Paciente _____ Telefono _____

Como se entero acerca de nuestra clinica: __amigo/relativo, __medico, __guia (telefonica), __publicitaria, __internet

Autorizo el pago de las prestaciones medicas a los proveedores de Jim J. Gould, MD, PC. Tambien autorizo la publicacion de cualquier informacion medica necesaria para procesar estas reclamaciones. Entiendo que, independientemente de la cobertura de seguro, yo soy responsable por mi cuenta. La informacion es completa y exacta almejor de mi conocimiento.

Firma del Padre / Tutor Legal / Representante _____ Fecha _____

Relacion con el Paciente _____