



Diana McLaughlin, M.D., F.A.A.P. Kids' Medical Care

2336 Immokalee Road, Naples FL 34110

Phone: (239) 591-8481
Fax: (239) 596-0212
www.kidsmedicalcare.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Para el Tratamiento:

Queda de acuerdo y consentimiento para autorizar Diana McLaughlin, M.D., PA, D/B/A Kids' Medical Care, los médicos y el personal para proporcionar evaluación médica, tratamientos y servicios que pueden incluir, pero no limitándose a laboratorio, vacunas, medicamentos y salud proyecciones. Si el paciente es menor de dieciocho años o incapaz de dar su consentimiento al tratamiento, atestiguan tiene la custodia legal de la persona con nombre y estoy autorizado a iniciar y consentimiento para el tratamiento y legalmente autorizada a iniciar y su consentimiento al tratamiento en nombre de este individuo.

Consentimiento de Pago y Asignación de los Beneficios:

Es imprescindible para todos los servicios en el momento que se PROCESAN el pago. Aceptamos pagos en efectivo, cheques, VISA y MasterCard. Sin embargo, Kids' Medical Care se compromete a aceptar la asignación de los beneficios para los pacientes en las redes de seguros participantes.

- Autorizo el pago a Diana McLaughlin, M.D., PA, D/B/A Kids' Medical Care de los beneficios quirúrgico o médico, si los hubiere, bajo los términos de seguros.
- Entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por el seguro incluyendo pero no limitado a copagos, coaseguro, deducibles, y servicios no cubiertos.
- Autorizo Kids' Medical Care para proporcionar y/o divulgar cualquier información a aseguradoras sobre enfermedades y tratamientos, adquiridos en el curso de mi examen y tratamiento, a fin de procesar mi reclamación de seguros. Esta orden permanecerá en vigor hasta revocado por escrito.
- Entiendo que Kids' Medical Care tiene derecho a ejercer acciones legales contra mí, garante o el seguro en la recuperación de todos los pagos adeudados incluyendo pero no limitado a honorarios, cobra tasas administrativas, mencionada interés, interés posteriores, costas judiciales y honorarios de abogados.
- Autorizo fotocopias de esta forma ser tan válida como la original.
- Entiendo que abra un cargo por hacer copias de los registros médicos en virtud de la F.A.C. 64B8-10.003.

Aviso de Recepción de Prácticas de Privacidad:

Reconozco que estaba previsto con el aviso de prácticas de privacidad para Kids' Medical Care.

Yo, declaro que he leído y comprendo plenamente el acuerdo indicado arriba. Este acuerdo podrá sobrevivir más allá de la terminación de la relación médico/paciente con Kids' Medical Care.

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento: _____

Impresión de los padres o

Nombre del tutor legal: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Relación: _____

Testigo de nombre: _____

Registro Médico #: _____