

Paciente Nuevo  
 Existente/Actualizacion

**GROWING HEARTS PEDIATRIC CARDIOLOGY**

Registro del Paciente

**Bienvenido a nuestra Clínica. Por favor complete la Información de abajo.**

Nombre del Paciente (Primer Nombre– Segundo – Apellido) Sexo:		M [ ] F [ ]	Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____	Estado Civil: Soltero (a) [ ] Casado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Divorciado(a) [ ]	
Dirección de la casa	Ciudad	Estado	Código Postal	Telefono de casa:	Seguro Social del Paciente #
Nombre de la Madre		El mismo [ ] Conyugue [ ] Padres [ ]	Fecha de Nacimiento ____/____/____		
Dirección de la Madre [ ] La misma de arriba			Telefono del Empleador		
Nombre del Empleador (Madre) ↗			Telefono Celular	Correo Electronico	
Nombre del Padre ( Primer Nombre, Apellido)			Telefono de la Casa	Occupación	
Nombre del Empleador (Padre)		Fecha de Nacimiento	Telefono del Empleador		
Motivo de la Visita		Nombre del Pediatra o Telefono:			
Persona de Contacto en caso de Emergencia		Relacion con el paciente	Telefono		
Medicaid	Si [ ]	No [ ]	Numero de Medicaid	Fecha de Vigencia	
Compañía de Seguros		# de Poliza	Grupo / Plan #	Fecha(s) de Vigencia	
Es el Seguro a traves de su Empleador? [ ] Si [ ] No	Nombre del Empleador		Dirección del Empleador		
Nombre del Subscriptor – Titular de la Poliza		Fecha de Nacimiento del Titular	SSN del Titular	Relación con el Paciente	
Compañía de Seguros Secundaria		# de Poliza	Grupo / Plan #	Fecha(s) de Vigencia	
Es el Seguro a traves de su Empleador? [ ] Yes [ ] No	Nombre del Empleador		Dirección del Empleador		
Nombre del Subscriptor – Titular de la Poliza		Fecha de Nacimiento del Titular	Relacion con el Paciente		

**Certifico que la información que he reportado anteriormente es correcta y que, como entiende un padre/tutor/Garante he leído, y acepto plenamente las condiciones y la Política Financiera de pago del Paciente y de inscripción.**

\_\_\_\_\_ del Paciente/Padre o Guardian

\_\_\_\_\_ Nombre del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_ Fecha

**Por favor, lea y firme la Política Financiera de pago asi como el Acta de Privacidad adjuntos a este formulario**

**HISTORIA DEL PACIENTE – CARDIOLOGIA / CARDIOVASCULAR**

**HISTORIA: REVISION DE SISTEMAS-TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SINTOMAS?**

POR FAVOR MARQUE ( X ) SI USTED TIENE ALGUNO DE LO SIGUIENTE APLICADO A SU ESTADO ACTUAL, EN EL PASADO O NUNCA

<b>SALUD GENERAL</b>	<b>ACTUALMENTE</b>	<b>EN EL PASADO</b>	<b>NUNCA ENLISTE OTROS SINTOMAS O SIGNOS RELACIONADOS</b>
Apetito Saludable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Perdida o Ganancia de Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fiebre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fiebre(mas de 5 dias de duraci3n) 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Letarguia (cansancio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fatiga Extrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>OJOS</b>			
Cambios en la vista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>OIDOS, NARIZ, GARGANTA Y BOCA</b>			
Zumbidos en los oidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Problemas de sinusitis o inflamacion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
En la garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>PERIFERICO/CARDIOVASCULAR</b>			
Dolor de pecho o malestar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ritmos cardiacos o irregulares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Palpitaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cambio de color en labios o lengua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hinchazon alrededor de los ojos, manos o pies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>RESPIRATORIO</b>			
Tos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Falta de aire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dificultad para respirar durante el Ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Respiracion dolorosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Respiracion rapida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>GASTROINTESTINAL</b>			
Dolores Abdominales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nausea o Vomito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Heces negras o con sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dolor en la boca del estomago o reflujo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>URINARIO</b>			
Sangre en la orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dolor al orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>MUSCULOESQUELETICO</b>			
Dolor/debilidad muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dolor de huesos/ dolores/ debilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hinchazon en las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dolor en las extremidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>PIEL/PECHO</b>			
Bultos/masas or sarpullido/llagas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>NEUROLOGICO</b>			
Mareo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Desmayo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Olvidos o confusion mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dolores de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Amortiguamiento/adormecimiento De las extremidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>PIYCHIATRICO</b>			
Depresion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ansiedad / Stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>ENDOCRINO</b>			
Sudor Excesivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Problemas de tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sed anormal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>HEMATOLOGICO / LINFATICO</b>			
Moretones Frecuentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nodulos Linfaticos Inflamados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## HISTORIA MEDICA Y QUIRURGICA

<b>Drogas con o sin prescripción Medica - Nombre/Dosis / Frecuencia</b>		<b>Alergias a Medicamentos o alimentos?</b> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No Sabe	
*		Enliste Medicamentos o Medicamentos:	
*		*	
<b>Cirugias/Hospitalizaciones – Motivo</b>	<b>Fecha</b>	<b>Cirugias/Hospitalizaciones – Motivo</b>	<b>Fecha</b>

## HISTORIA MEDICA Y FAMILIAR

POR FAVOR INDIQUE SI USTED O UN FAMILIAR - (M) =MADRE / (P) =PADRE / (H) =SIBLING / (A) =ABUELOS – HA SIDO AFECTADO (A) POR LAS SIGUIENTES CONDICIONES

<b>Condicion</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiares</b>	<b>Condition</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiares</b>
Anemia			Colesterol o Trigliceridos altos		
Tapon de sangre o desorden de sangrado			Enfermedad de Kawasaki		
Enfermedad congenital del Corazon (Nacido con)			Prolapso de Valvula Mitral		
Sordo de Nacimiento (Neuronal)			Fiebre Reumatica		
Diabetes - <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II			Derrame Cerebral o Mini derrames cerebrales (strokes)		
Soplo del Corazón			Muerte subita sin explicacion en niñez o juventud		
Ataque Cardiaco			Problemas de Tiroides		
Presion Alta			Otra Enfermedad CardioVascular		

# GROWING HEARTS PEDIATRIC CARDIOLOGY INC

---

## "LEY DE AVISOS DE PRIVACIDAD"

Con efecto a partir del 1 de abril de 2026

1. Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc (GHPC) puede utilizar y divulgar información sanitaria protegida para tratamiento, pago, operaciones sanitarias y operaciones de investigación voluntaria. Ejemplos de estos incluyen, pero no se limitan a, derivaciones a agencias de atención domiciliaria y otros proveedores para el tratamiento. Los ejemplos de pago incluyen, pero no se limitan a, agencias de cobro, compañías de seguros para reclamaciones y preautorización, incluyendo la coordinación de beneficios con otras aseguradoras. Las operaciones sanitarias incluyen, pero no se limitan a, control interno de calidad y aseguramiento, incluyendo auditorías de registros.
2. GHPC está autorizado o está obligado a divulgar información sanitaria protegida sin el consentimiento por escrito de la persona en determinadas circunstancias. Dos ejemplos de esto son los requisitos de salud pública u órdenes judiciales.
3. GHPC no hará ningún otro uso ni divulgación de la información sanitaria protegida de un paciente sin la autorización por escrito del individuo, que puede ser revocada en cualquier momento por escrito.
4. GHPC cumplirá los términos de este aviso vigente en el momento de la divulgación.
5. GHPC se reserva el derecho de modificar los términos de su aviso y de hacer efectivas nuevas disposiciones de aviso para toda la información sanitaria protegida que mantenga. Cualquier revisión se publicará y se podrán obtener copias en cualquier momento en nuestra oficina.
6. Cualquier paciente, tutor o representante personal tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de sus historiales médicos. Se cobrará una tasa por las copias.
7. Cualquier paciente, tutor o representante personal tiene derecho a solicitar que se realicen modificaciones en su historial médico.
8. Cualquier paciente, tutor o representante personal tiene derecho a solicitar un registro semestral de todas las divulgaciones de sus historiales médicos a partir de abril de 2026. El historial se proporcionará en un plazo de 60 días desde la solicitud y se podrá aplicar un cargo razonable.
9. Cualquier paciente, tutor o representante personal tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo puede utilizarse o divulgarse su información sanitaria para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones sanitarias. La práctica no está obligada a aceptar la restricción solicitada en un periodo de 12 meses.
10. Cualquier persona o paciente puede presentar una queja ante la consulta y ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si considera que se ha violado su privacidad. Para presentar una queja ante la consulta, por favor contacte con el responsable de privacidad de GHPC. La política de esta práctica es que no se tomará ninguna acción de represalia contra cualquier persona que presente o transmita una queja de incumplimiento real o sospechoso de los estándares de privacidad.
11. Una copia detallada de esta Ley de Aviso de Privacidad está disponible bajo solicitud.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR: \_\_\_\_\_

[www.growinghearts.net](http://www.growinghearts.net)

443-895-0794

1. Información del paciente/Prueba de seguro: En cada visita, todos los pacientes deben completar o verificar la información del paciente antes de acudir al profesional. Debemos obtener una copia de tu carné de conducir o identificación legal y una tarjeta de seguro válida vigente como prueba de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro, será responsable del pago de los servicios prestados.
2. Seguros: Participamos en la mayoría de los planes de seguro. Si no está asegurado por un plan con el que tenemos contrato, se espera el pago completo en cada visita. Si somos un proveedor participante con tu plan, pero no disponemos de una tarjeta de seguro actualizada, es necesario pagar la totalidad de cada visita hasta que podamos verificar tu cobertura. Conocer tus beneficios y normas de seguro es tu responsabilidad. Por favor, contacta con tu seguro si tienes cualquier pregunta sobre tu cobertura.
3. Tu seguro puede requerir una derivación de tu médico de cabecera antes de la visita. Es responsabilidad del paciente o del garante obtener las derivaciones adecuadas antes de tu visita a la consulta. Si no puedes presentar una derivación, se te dará la opción de reprogramar la visita o firmar una renuncia al seguro y pagar la visita en su totalidad, y puede aplicarse una penalización por falta de cita.
4. Copagos y deducibles: Todos los copagos deben pagarse en el momento de la notificación. Este acuerdo forma parte de tu contrato con tu compañía de seguros. Los deducibles deben ser pagados en el momento de la notificación por parte de tu compañía de seguros.
5. Servicios no cubiertos: No todos los servicios que ofrece nuestra consulta están cubiertos por todos los plans. Cualquier servicio que se determine que no está cubierto por tu plan será tu responsabilidad. Ten en cuenta que algunos de los servicios que recibas pueden considerarse no cubiertos o no considerados razonables o necesarios según los beneficios de tu plan específico. Serás responsable económicamente del coste de los servicios que no se pagan. Los cargos por estos servicios no cubiertos son tu responsabilidad y deben pagarse antes de programar otra cita.
6. Cambios en la cobertura: Si tu seguro cambia, por favor notifícanos antes de tu próxima visita para ayudarte a obtener el máximo beneficio posible. No notificarnos los cambios en el seguro podría resultar en la denegación de reclamaciones y en la responsabilidad del paciente por el pago de la reclamación denegada.
7. Reclamaciones y presentación: Tu beneficio de seguro es un contrato entre tú y tu compañía de seguros. Presentaremos tus reclamaciones por los servicios que se han prestado. Tu compañía de seguros puede requerir que proporciones cierta información directamente para poder tramitar una reclamación. Es tu responsabilidad cumplir con su solicitud. Por favor, ten en cuenta que el saldo de tu reclamación es tu responsabilidad, independientemente de si tu compañía de seguros paga o no la reclamación.
8. Cuentas impagadas/morosas: Si la parte de responsabilidad del paciente de tu cuenta tiene más de 60 días de retraso, recibirás una carta indicando que tienes 10 días para pagar tu cuenta en su totalidad y así detener la actividad de cobro. En caso de que tu cuenta quede en moroso, serás responsable de todos los honorarios razonables de cobro/abogado, además de los costes de presentación y procesamiento.
9. Citas perdidas: Nuestra política es cobrar por las citas perdidas que no se cancelen dentro de las 48 horas previas a la cita programada. Estos cargos serán tu responsabilidad y deben pagarse antes de programar otra cita. El cargo por citas perdidas en una prueba de esfuerzo es de 100 dólares y en todas las demás condiciones es de 50 dólares.
10. Tasas de formularios: Cualquier formulario como el de colegio, campamento, deportes, familiar y médico está sujeto a una tasa que se debe pagar cuando se entregan los formularios. Rellenar estos formularios consume mucho tiempo para nuestro personal y requiere tiempo alejado de la atención al paciente por parte de nuestros proveedores. La carga de la forma está determinada por la complejidad de la comunicación escrita o verbal requerida. El importe de la tasa puede cambiar periódicamente sin previo aviso. El pago de estos formularios no es reembolsable. Es nuestro deber que estos formularios sean precisos y coherentes con las necesidades del plan de atención al paciente. Exigimos un tiempo de respuesta de 15 días.
11. Divulgación de información médica: Se le proporcionará una copia de nuestras pólizas en el momento de su visita y deberá firmar una autorización que nos autorice a proporcionar una copia de sus historiales médicos si su aseguradora lo solicita para tramitar una reclamación. Esta liberación caducará un año desde la fecha de su firma, salvo que se cancele por escrito antes de esa fecha.
12. Contactar con nosotros respecto a su factura: Puede llamar a nuestro director de facturación en [billing@growinghearts.net](mailto:billing@growinghearts.net) si tiene cualquier pregunta o preocupación sobre facturación. Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación médico/paciente centrada en tus necesidades clínicas, dejando que los expertos de nuestro departamento de facturación se encarguen directamente de su trabajo. Por favor, aborda todas las preocupaciones de facturación con esos expertos en lugar de con tu médico, para que tu equipo clínico pueda centrarse en tu atención médica.
13. Terminación de servicios: Si no responde a 3 avisos a la dirección que tenemos registrados, acepta que Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc pueda terminar su relación con todas sus oficinas. Se le considerará un paciente activo siempre que su cuenta esté en regla y le prestemos servicios en un periodo de 3 años. Habrás considerado que terminas nuestra relación si no tienes contacto con nosotros durante este periodo. La aceptación de nuevo en la consulta como nuevo paciente queda a discreción del profesional individual. He leído y entiendo esta política de la oficina y acepto cumplir y asumir la responsabilidad de cualquier pago que deba tal y como se indicó anteriormente.

Nombre(s) del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del miembro responsable \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Firma del Miembro Responsable \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

## Este formulario se aplica a Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc.

- Política General: Todos los pacientes serán tratados sin discriminación relacionada con la edad, raza, etnia, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estatus social o económico, género, orientación sexual o identidad o expresión de género.
- Consentimiento para el tratamiento: Yo, o mi representante, aceptamos que los proveedores de Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc evalúen y traten mi condición. En caso de emergencia, si el tratamiento propuesto conlleva riesgos significativos, se obtendrá un consentimiento informado adicional. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y que nadie me ha dado ninguna garantía sobre los resultados o resultados que se pueden obtener de los exámenes, tratamientos u otros servicios sanitarios.
- Divulgación y autorización para divulgar información: Por la presente autorizo a Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc a facilitar mi diagnóstico final y otra información médica a terceros para determinar los beneficios a pagar y tramitar las reclamaciones. Autorizo a Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc a facilitar información médica a mi aseguradora para fines de pago. Autorizo a Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc y/o a cualquier médico que me preste servicios a facilitar todos o parcialmente mis registros médicos y de facturación para tratamiento, pago y operaciones, y para los fines especificados en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc.
- Consentimiento para ser contactado: Acepto que, al proporcionar mi teléfono fijo, número(s) de móvil(es) o dirección de correo electrónico, doy mi consentimiento expreso para que Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc, su personal, empleados, contratistas independientes, asignados, sucesores y agentes, se pongan en contacto conmigo por correo electrónico o a estos números, o a cualquier número o dirección de correo electrónico que posteriormente se obtenga para mí y dejen mensajes en vivo o pregrabados, mensajes de texto o correos electrónicos relacionados con mis asuntos relacionados con la salud, mi cuenta o mi factura relacionada con cualquier servicio que reciba. Confirmando que cualquier número de teléfono que proporcione está asociado a mí y no a un tercero. Para mayor eficiencia, las llamadas pueden realizarse mediante un marcador automático. Además, para mi comodidad, los correos electrónicos y mensajes de texto pueden enviarse sin cifrar, lo que puede presentar ciertos riesgos, incluido el riesgo de ser interceptado durante la transmisión o visto por alguien que no sea yo. Acepto estos riesgos. Si no deseo recibir mensajes de texto, puedo llamar al 443-895-0794 para dar de baja la sesión. Proporcionar una dirección de correo electrónico o un número de teléfono o teléfono móvil no es una condición para recibir servicios.
- Médicos, no empleados de ningún hospital: Entiendo que los médicos pueden no ser empleados de un sistema sanitario. Entiendo que mi médico puede pedir a otros médicos que participen en mi atención, incluyendo, pero no limitándose a, otros médicos, radiólogos, cirujanos, obstetras/ginecólogos, patólogos, anesthesiólogos, neonatólogos, médicos que interpretan estudios diagnósticos, consultores y asistentes médicos. También estoy de acuerdo en que los médicos en formación, estudiantes u otro personal sanitario cualificado, bajo la supervisión de mi médico, pueden participar y/o observar mi atención a menos que yo indique específicamente lo contrario, ya sea verbalmente o por escrito.
- Prescripción electrónica: Autorizo una red electrónica de prescripción para facilitar mi historial de renovación de medicación a mis proveedores con el fin de continuar el tratamiento.
- Pago por servicios: Entiendo que Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc puede facturar a mi plan de salud por la atención que reciba. Estoy de acuerdo en que los pagos de mi plan de salud pueden ir directamente a Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc. Si recibo los pagos, entiendo que seré responsable de pagar a Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc. Asigno los beneficios a pagar por los servicios sanitarios a los médicos y/o organizaciones que prestan dichos servicios. Autorizo el pago directo a Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc y a todos los demás proveedores de servicios para mí, de cualquier seguro, seguro por lesiones personales u otros beneficios que se paguen a mí o al paciente. Reconozco la responsabilidad financiera de cualquier coseguro, franquicia u otra suma que no haya recibido el hospital de ninguna fuente externa para la atención y los servicios prestados a mí o al paciente. Cedo mi derecho a apelar una denegación de pago a Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc por los servicios prestados a mí.
- Entiendo que Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc puede ser tratada como un proveedor fuera de la red por mi plan de salud por los servicios prestados en Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc. En ese caso, mi copago o franquicia puede ser mayor que si los servicios se prestaran en una instalación o laboratorio dentro de la red. Esto significa que tu seguro puede cubrir menos de lo esperado dependiendo de tu plan de salud. Entiendo que debo pagar cualquier copago u otra parte de la factura que mi plan de salud indique que debo pagar, incluyendo una franquicia o copago más alto como resultado de los beneficios fuera de la red. Sé que quizá tenga que pagar esto antes de que me traten.
- Entiendo que las tarifas para el tratamiento médico en el Estado de Maryland pueden cambiar sin previo aviso durante el curso de mi tratamiento ambulatorio.
- Entiendo y estoy de acuerdo en que si mi plan no cubre mi factura médica, tendré que hacerlo. Si mi cuenta se envía a una agencia de cobro, acepto pagar todas las tasas razonables que se requieran para cobrar lo que corresponde. Estos honorarios pueden incluir costes judiciales, honorarios de abogados del 15% de los cargos facturados e intereses a la tasa judicial si se dicta sentencia.
- ERISA: Si mi plan de salud está sujeto a ERISA (la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados según la ley estadounidense), acepto que Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc actúe en mi nombre para obtener mis beneficios cuando Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc lo solicite. También estoy de acuerdo en que Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc puede apelar por mí si el plan de salud dice que no pagará mi atención. Entiendo que debo cumplir con las políticas y procedimientos establecidos por mi plan de beneficios para empleados.

- Contrato privado: Entiendo que Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc me responsabilizará en cualquiera de las siguientes situaciones. Puede que me pidan revisar y firmar el formulario de Contrato Privado además de este:
- Cuando elijo tener un servicio que cubre mi plan de salud, no obtengo la derivación o autorización requerida de mi plan.
- Cuando decido no usar mi plan de salud y acepto pagar los servicios yo mismo.
- Cuando mi plan de salud no participa con Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc para los servicios que quiero o necesito y acepto pagar mi atención yo mismo.
- Cuando recibo servicios que no están cubiertos por mi plan de salud.
- Cesión de beneficios: Cedo a Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc el derecho de presentar una apelación previa a mi plan de salud en mi nombre.
- Acuerdo de Mediación (aplicable solo a Maryland): Entiendo que cualquier reclamación que pueda surgir de la atención proporcionada por los médicos, enfermeros y otros proveedores sanitarios de cualquier entidad de Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc situada en el estado de Maryland está regida por las leyes del Estado de Maryland. Estoy de acuerdo en que antes de presentar cualquier demanda, intentaré resolver mi reclamación mediante mediación. La mediación es un proceso mediante el cual una tercera persona neutral ayuda a las partes a resolver la reclamación. No renuncio a mi derecho a presentar una demanda si el proceso de mediación no resuelve mi reclamación. Estoy de acuerdo en que cualquier mediación o acción en el tribunal debe tener lugar en Maryland. Este acuerdo es vinculante para mí y para cualquiera que haga una reclamación a mi favor.
- El Aviso de Prácticas de Privacidad de Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc: He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc.
- Consentimiento para la creación y uso de fotografías, grabaciones de audio y vídeo (PAVR): Acepto permitir la creación y uso de fotografías, audio y vídeo, grabaciones (PAVR) y otras imágenes y grabaciones mías o del paciente que represento, con el fin de educación interna y mejora de la calidad. Esto incluye revisar ecocardiogramas para evaluar la calidad y concisión de las imágenes, o la educación interna, como enseñar a otros una interpretación y comprensión adecuadas del ECG.  
Inicial: \_\_\_\_\_ Autorizo \_\_\_\_\_ No autorizo (por favor, inicial)
- Otras pruebas: En caso de que un miembro de Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc sufra una exposición a fluidos corporales durante el transcurso de mi tratamiento, consiento la prueba de VIH y autorizo a Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc a divulgar el resultado de dicha prueba a mí, al personal sanitario expuesto y a mi médico. Entiendo que tengo derecho a rechazar la prueba sin penalización. \_\_\_\_\_ Autorizo \_\_\_\_\_ No autorizo
- Pertenencias personales: Los pacientes son responsables de sus pertenencias personales y se les anima a dejar todo el dinero y objetos de valor en casa. Growing Hearts Pediatric Cardiology Inc no será responsable ni responsable de la pérdida o daño a ningún bien personal que el paciente haya traído a la instalación, incluyendo, pero no limitándose a, dinero, dentaduras postizas, gafas, audífonos, dispositivos electrónicos personales y documentos.
- Intérprete: Si se utiliza intérprete, por favor complete lo siguiente:  Intérprete presencial  remoto
- Número de identificación (si se utilizó el intérprete de teléfono/vídeo): \_\_\_\_\_
- Nombre impreso del intérprete: \_\_\_\_\_

ESTOY DE ACUERDO CON LOS PUNTOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE Y CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA, INCLUIDO EL SEGURO, ES PRECISA Y CORRECTA SEGÚN MI MEJOR CONOCIMIENTO. NO SE ACEPTARÁN CAMBIOS EN ESTE FORMULARIO.

Fecha: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Para agente sanitario / tutor / madre subrogada / padre / cónyuge (círculo uno), yo, \_\_\_\_\_ (imprimir nombre), soy el representante del paciente.

Fecha: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Firma del representante: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

ACUSE DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Cardiología Pediátrica de Growing Hearts.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(primero) (inicial de m.) (último)

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
(dirección de la calle)

\_\_\_\_\_ Historial Médico #: \_\_\_\_\_  
(ciudad) (estado) (código postal) (si se conoce)

Firma solo del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Obligatorio)

Si NO eres el paciente pero firmas en nombre del paciente, completa lo siguiente:

Yo, \_\_\_\_\_, confirmo que soy el representante del paciente basándome en lo siguiente  
(inserta tu nombre)

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
(relación estatal, por ejemplo – padre, cónyuge, tutor)

Firma del representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Obligatorio)

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
(dirección de la calle) (ciudad) (estado) (cremallera)