



Premier Kids Care, Inc.
Statement of Agreement
Phone 888-892-9001
Fax: 866-810-4021

Nombre del Paciente: _____ Nombre del padre: _____
Dirección: _____
Sexo: Varón: _____ Hembra: _____ Fecha del Nacimiento: _____ Teléfono: _____
Alergias: _____
Persona de contacto y número de teléfono para órdenes nuevas: _____
Empleador: _____ Teléfono: _____
Garante SS#: _____ Dirección de correo electrónico: _____
Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Por la presente autorizo a Premier Kids Care (PKC) para proveer productos, servicios y otro cuidado médico según seá requerido por mí y/o autorizado por mis médicos/o los médicos dando tratamiento a mi niño u otro proveedor de salud hacienda contacto con PKC por mi parte. Yo entiendo que estoy bajo la supervisión y el control del mi médico atendiente/el de mi niño. Yo entiendo que mi médico/el de niño es el único responsable por diagnosticando y prescribiendo medicamentos, provisiones y servicios clínicos para el condición mía / de mi niño y en todo caso la supervisión y el control de mi cuidado médico /el de mi niño .Yo he sido informado por mi médico /el de mi niño en cuanto a la naturaleza, propósito y los riesgos involucrados en recibir terapia médica y ahora consiento a su administración.

Por la presente, asigno todos los beneficios y los pagos que sean pagados directamente a PKC para cualquier y todos tipos de cuidado médico proveídos por PKC. Se entiende que, como una cortesía, PKC y sus afiliadas facturarán a Medicaid, a todos otros planes de salud patrocinados por el gobierno, así como el seguro privado y todos otros planes de salud. Yo entiendo que este documento constituye una asignación de fuerza jurídica y no es una meramente autorización para recoger beneficios por mi parte/parte de mi niño. En el caso de que los pagos para el cuidado médico proveído por PKC se hacen directamente a mí o a cualquier tercero por mi parte /parte de mi niño, el beneficiario endosará a Premier todos los cheques por el dicho pago. Yo entiendo que soy responsable de proveer toda la información necesaria y las fomras, y para asegurar de que todos los requisitos de certificación y alistamiento serán cumplidos.

Por la presente autorizo a todo el personal médico a divulgar a PKC cualquier y todos los registros pertinentes a mi historia médica /a de mi niño , los servicios médicos dados, o el tratamiento que se pertenece a la Hormona de Crecimiento o terapia de Lupron. Por la presente autorizo a mi asegurador/al de mi niño, el plan de salud, o cualquier otro tercero pagador a divulgar a PKC cualquiera y toda información pertinente al a cobertura de cuidado de salud mía /de mi niño con el propósito de establecer mi elegibilidad para beneficios pagables por dicho asegurador o pagador o según dichos planes.

Yo entiendo y consiento que soy responsable por los pagos de cualquieras y todas las cantidades que pueden llegar a vencer por el cuidado médico proveído a mi/a mi niño. Estas cantidades incluyen, pero no son limitadas a, todos los deducibles, copagos, y los requisitos de coseguro de su propio bolsillo, y servicios no cubiertos. Si por alguna razón PKC no recibe el pago de mi(s) seguro(s), yo por la presente comprometo pagar a PKC el balance dentro de los 30 días de recibo de la factura. Yo entiendo que, como titular de la póliza, el padre bajo custodia o el guardian legal, es mi responsabilidad saber la póliza de seguro mío/de mi niño con respecto a los beneficios, planes, estipulaciones, limitaciones ya iniciar cualquier preguntas acerca de la negación de servicios.

Yo entiendo que, debido a Reglamentos de Farmacia Federales y del Estado, medicamentos y suministros dados al paciente no se pueden volver a dispensar. Por lo tanto, los productos de farmacia no se pueden devolver por crédito.

Yo entiendo que un farmacéutico se encuentra disponible para consultación . Yo consiento avisar la farmacia de cualquier medicamento y/o cambios de dosis y cualquier cambios en la condición alérgica. Yo admito que he recibido educación y entrenamiento específico a las necesidades y habilidades evaluadas mias/de mi niño y me siento cómodo con el regimen de medicación mío/de mi niño.

Premier Kids Care reserve el derecho de terminar los servicios al aviso verbal o escrito.

Yo reconozco que he sido proveído una copia de mis derechos y responsabilidades de paciente. **Yo reconozco que es mi responsabilidad de notificar Premier Kids Care de cualquier cambio de seguro y/o Medicaid.**

He sido hecho enterado de mi farmacia beneficios y escojo ejercitar la libertad de elección, si aplicable y escojo PKC como mi farmacia.

La eficacia y la seguridad del cuidado, del tratamiento y servicios no dependen de factores substancias no relacionados al cuidado del paciente, tales como la edad, la raza, el color, la preferencia religiosa, el sexo, el origen nacional o incapacidad.

Al firmar abajo yo admito que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la declaración anterior, y he recibido información pertinente a "Los Usos y las Revelaciones de Información de Salud Protegida".

Por la presente pido que PKC puede periódicamente usar Federal Express/UPS como un agente designado de entrega para mi medicación/la de mi niño. Al firmar y fechar abajo, yo estoy autorizando la entrega.

Paciente/Firma de Padre o Madre:* _____ Fecha:* _____