



The goal of our practice is to provide patients with exceptional medical care in a friendly, caring atmosphere.  
To better assist you, please read and initial the following consents:

## CONSENTS

\_\_\_\_\_ **CONSENT TO MEDICAL CARE:** I hereby request and authorize Rene I. Luna, M.D. and his professional staff, to perform any medical diagnostic procedures and medical or surgical care in which their professional judgment is deemed necessary to diagnose and/or treat the condition(s) that have brought about my seeking medical services at the offices of the Practice. I understand that the practice of medicine is not an exact science and that there are risks and benefits associated with receiving medical treatment. I acknowledge and agree that no guarantees are made to me concerning the results and outcomes of the medical examination and treatment rendered by the physicians and professional staff of the Practice.

\_\_\_\_\_ **RELEASE OF MEDICAL RECORD INFORMATION:** I hereby authorize the Practice to disclose all or any part of the contents of the medical record of the patients named on the Registration Form to the following entities including but not limited to insurance companies, organizations or agencies that may be concerned with the payment of medical services rendered to the registered patient(s) consistent with Federal HIPAA regulations. This authorization is given with full knowledge and understanding that such disclosure may contain information which may result in a valid denial of insurance benefits or which otherwise may not serve the interests of the registered patient(s) or myself.

\_\_\_\_\_ **ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS:** I hereby request and authorize that any and all insurance benefits due and payable for medical services rendered to the patient(s) be paid directly to the Practice.

\_\_\_\_\_ **PRESENT A VALID INSURANCE CARD AT EACH VISIT:** If you request that we bill your insurance for your care, you must present a valid insurance card at each visit. This is a standard practice amongst all medical offices and hospitals. You can call your insurance provider to request a card be mailed to you free of charge. Please ensure you update your mailing address with your provider to ensure it is mailed to the proper location without further delay. Failure to present a valid insurance card may result in the rescheduling of your appointment and/or being required to pay your visit in full.

\_\_\_\_\_ **HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT:** I acknowledge that I have been provided an opportunity to review the HIPAA Notice of Privacy Practices Acknowledgement for Rene I. Luna, M.D. and will be provided a copy upon request.

\_\_\_\_\_ **FINANCIAL AGREEMENT AND GUARANTEE:** I accept full and complete financial responsibility for all medical services rendered to the registered patient(s) and agree to any and all insurance co-payments, deductibles and co-insurance that may be required under the terms of my medical insurance policies, as well as pay for any medical care that is considered a "non-covered" service under the terms of my medical insurance plan. I further acknowledge, understand and agree, that in the event that I fail to make such payments in accordance with the payment policies of the Practice or in the event of default of my financial obligation to pay for services rendered, the Practice may terminate the "doctor-patient" relationship with the registered patient(s). Furthermore, in the event of my default of my financial obligation, should my account be turned over to an external collection agency for non-payment, I agree to pay any associated collection costs.

\_\_\_\_\_ **CORRECT INFORMATION:** The undersigned certifies that he/she has provided the Practice correct and understands that any false statements or concealment of material fact may be prosecuted under applicable federal and state laws. The undersigned further certifies that he/she has read, fully understands and accepts the above information, terms and conditions, and is the patient's parent or legal guardian, duly authorized to execute the above and to accept its terms.

\_\_\_\_\_ **OFFICE VISITS:** Office visits are by appointment only. Walk-ins may or may not be accepted on any given day and will not be given priority over patients with appointments.

\_\_\_\_\_ **LATE POLICY:** Patients are asked to arrive 10 minutes before their scheduled appointment time in order to complete the check-in process. Patients arriving more than 20 minutes late may be required to reschedule their appointment to the next available time consistent with the type of appointment requested.

\_\_\_\_\_ **CANCELLATION POLICY:** As a courtesy to both your provider and other patients, we ask that you cancel any scheduled appointment 24 hours in advance. Failure to attend an appointment without prior cancellation is considered a NO SHOW. NO SHOWS may be charged \$25 per missed visit.

\_\_\_\_\_ **CHILDREN UNDER 12 NOT ALLOWED IN THE OFFICE:** Due to the private nature of your visit as well as the high risk associated with a pregnant woman's exposure to childhood illnesses, we ask that all children 12 years old and younger *not* be brought to the office during your visit. Please be advised they will *not* be allowed in the exam room and may result in your appointment being rescheduled. We welcome our newborns that return with their mothers for their postpartum visit.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Patient Name in Print



El objetivo de nuestra práctica es proporcionar a los pacientes con una atención excepcional médica en un ambiente cariñoso e amigable. Para ayudarlo mejor, por favor lea y escriba sus iniciales enseguida de los siguientes consentimientos y polizas:

## CONSENTIMIENTOS

\_\_\_\_\_ **CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA:** Por la presente solicito y autorizo René I. Luna, M.D. y su personal profesional, para llevar a cabo los procedimientos de diagnóstico médico y de atención médica o quirúrgica que, a su juicio profesional se consideren necesarias para diagnosticar y / o tratar las condiciones que han dado lugar a mi búsqueda de servicios médicos en las oficinas de la Práctica. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que hay riesgos y beneficios asociados a recibir tratamiento médico. Reconozco y acepto que no hay garantías para mí sobre los resultados y consecuencias del examen médico y tratamiento dado por los médicos y el personal profesional de la práctica.

\_\_\_\_\_ **COMUNICADO DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Por la presente autorizo la Práctica de revelar la totalidad o parte del contenido de mi historia clínica a las siguientes entidades incluyendo, pero no limitado a compañías de seguros, organizaciones o agencias que puedan estar interesadas en el pago de servicios médicos hechos consistente con las regulaciones federales de HIPAA. Esta autorización se da con el conocimiento y el entendimiento de que dicha divulgación puede contener información que puede resultar en una negación válida de seguro, o que de otro modo podrían no servir a los intereses de la paciente.

\_\_\_\_\_ **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:** Por la presente solicito y autorizo que cualquiera y todos los beneficios de seguro vencidos y pagaderos por servicios médicos hechos a la paciente se pagarán directamente a la Práctica.

\_\_\_\_\_ **PRESENTAR UNA TARJETA DE SEGURO VÁLIDA EN CADA VISITA:** Si usted solicita que nosotros cobremos su seguro para el pago de su cuidado médico, debe presentar una tarjeta de seguro válida en cada visita. Esta es una práctica habitual entre todos los consultorios médicos y hospitales. Usted puede llamar a su proveedor de seguros para solicitar una tarjeta que será enviada a usted de forma gratuita. Por favor asegúrese de actualizar su dirección postal con su proveedor para asegurarse de que se envía por correo a la ubicación correcta sin más demora. El no presentar una tarjeta de seguro válida puede dar lugar a la reprogramación de su cita y / o tener que pagar su visita en su totalidad.

\_\_\_\_\_ **RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA:** Reconozco que se me ha brindado la oportunidad de revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad de HIPAA de Rene I. Luna, M.D. y se proporcionará una copia si la solicita.

\_\_\_\_\_ **ACUERDO FINANCIERO Y GARANTÍA:** Acepto la plena y completa responsabilidad financiera para todos los servicios médicos hechos a la paciente registrada y estoy de acuerdo con los términos de mi seguro incluyendo co-pagos, deducibles de seguros, y co-seguro que pueda ser necesario, así como el pago de la atención médica que se considera un servicio "sin cobertura" en los términos de mi plan de seguro médico. Además, reconozco, entiendo y acepto que en el caso de que no alcance a efectuar los pagos de acuerdo con las políticas de pago de la práctica, o en caso de incumplimiento de mi obligación financiera para pagar por los servicios prestados, la práctica puede dar por terminada la relación "médico-paciente" con la paciente registrada. Además, en el caso de mi incumplimiento a mi obligación financiera, o de ser que mi cuenta sea entregada a una agencia de cobranza externa por falta de pago, me comprometo a pagar los gastos asociados con la recaudación.

\_\_\_\_\_ **INFORMACIÓN CORRECTA:** Certifico que yo he proporcionado la información correcta a la Práctica y entiendo que cualquier declaración falsa u ocultamiento de hechos materiales pueden ser procesados bajo las leyes federales y estatales aplicables. La firmante certifica que ha leído, entendido completamente y acepta la información anterior, términos y condiciones, y es padre o tutor legal de la paciente, debidamente autorizado para ejecutar lo anterior y para aceptar sus términos.

\_\_\_\_\_ **VISITAS DE OFICINA:** Visitas de oficina son sólo con cita previa. Pacientes sin cita pueden o no pueden ser aceptadas en un día determinado y no se les da prioridad sobre los pacientes con citas.

\_\_\_\_\_ **POLÍTICA DE TARDANZA:** Se les pide a las pacientes que lleguen 10 minutos antes de su cita programada con el fin de completar el proceso de registro de entrada. Las pacientes que llegan más de 20 minutos tarde pueden ser obligadas a reprogramar su cita para la próxima disponible apertura consistentes con el tipo de visita solicitada.

\_\_\_\_\_ **POLÍTICA DE CANCELACIÓN:** Como una cortesía a ambos, su proveedor y otros pacientes, le pedimos que cancele cualquier cita programada con 24 horas de antelación. El no asistir a una cita sin previa cancelación se considera un NO SHOW. Si no se presenta, se le puede cargar a la paciente \$25 por su visita perdida.

\_\_\_\_\_ **NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS NO PERMITIDOS EN LA OFICINA:** Debido a la naturaleza privada de su visita, así como el alto riesgo asociado con la exposición de una mujer embarazada a enfermedades de la infancia, le pedimos que todos los niños de 12 años o menos no sean llevados a la oficina durante su visita. Tenga en cuenta que no serán permitidos en la sala de examen y puede resultar que su cita sea aplazada. Damos la bienvenida a nuestros recién nacidos que regresan con sus madres durante su visita de posparto.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente en Letra Molde