

SANFORD PEDIATRICS, P.A.
POLIZAS DEL CUIDADO DEL PACIENTE

Sanford Pediatrics es una clínica que cree que todos los niños merecen atención de salud de Buena calidad. Con el fin de proporcionar el mejor cuidado para todos los niños, los doctores y los pares necesitan trabajar juntos. Hemos proporcionado nuestras pólizas de atención al paciente con respecto a nuestra clínica y como cuidamos de nuestros pacientes. Esperamos con interés proporcionar la mejor posible atención a nuestros pacientes.

Yo, _____ reconozco que he recibido una copia de las pólizas del cuidado del paciente de Sanford Pediatrics. Mi firma y mis iniciales al lado de cada tema reconocen que soy consciente de mis responsabilidades como paciente (o como padre, madre o tutor legal del paciente) en Sanford Pediatrics y yo estoy de acuerdo y respetare las reglas y pólizas

Yo También entiendo que si no respeto estas peticiones puede resultar en el despido de la consulta con a discreción de los doctores.

_____ Póliza de Pagos de Medicaid de Carolina del Norte y/o de seguro privado

_____ Póliza de Circuncisión

_____ Póliza de Vacunas

_____ Póliza de No presentarse a visitas sin avisar

_____ Póliza de Visitas de Enfermedad y Visitas Preventivas de Bienestar:

_____ Póliza de solicitud de rellenar Formularios y solicitud de renovación de medicamentos

_____ Notificación de Practicas de Privacidad:

Nombre del Paciente: _____ Chart #: _____

Firma: _____ Fecha: _____
(Padre, madre o tutor legal si es un menor)