

Consent for Treatment

I consent to and authorize testing and treatment as ordered by my doctor and his consultants, associates and assistants. I authorize **Pediatric Cardiology Assoc. of Houston** nurses, employees and others as necessary to carry out the instructions of my doctor(s) with respect to the procedures and treatment he has ordered. I understand student nurses and others in professional training programs maybe among the individuals who provide care to me.

No Guarantee: I acknowledge that no guarantees or warranties have been made to me with respect to treatment to be provided at **Pediatric Cardiology Assoc. of Houston**.

I give permission to **Pediatric Cardiology Assoc. of Houston** to file any claim to my insurance company and to accept assignment of any benefits paid. I also understand if my insurance fails to pay a claim for any reason other than Provider Discount that I will ultimately be responsible for payment, since the contract is between my insurance company and me.

If the patient is a minor: I affirm I am the parent or legal guardian of this patient with full authority to give consent for him/her to be tested and treated.

I have read and understand the terms outlined above

Acknowledgement of Receipt of Privacy Practices Notice

I hereby acknowledge that I have been presented with a copy of **Pediatric Cardiology Assoc. of Houston Notice of Privacy Practices**. This notice describes how **Pediatric Cardiology Assoc. of Houston** may use and disclose my protected health information, certain restrictions on the use and disclosure of my healthcare information, and rights I may have regarding my protected health information. I have been given the opportunity to ask any questions I may have regarding the Privacy Practices.

I have read and understand the terms outlined above

Financial Policy

Please refer to the handout provided regarding financial responsibility. If desired, a personal copy can be provided.

Due to the nature of our specialty, we have a waiting list of patients needing to be seen. Therefore, we require at least 24 hours' notice for a canceled appointment so we can see those patients quickly. If you do not notify us 24 hours in advance, you will be charged a \$50 cancellation/no show fee.

Note: If you fail to meet your financial responsibility and are referred to an outside collection agency, you will have the full collection fee added to your total balance owed.

I have read and understand the above terms and payment obligations. I agree to pay any and all charges that are my obligation according to my insurance plan or that are not covered by insurance.

Signature of Parent/Legal Guardian /Patient

Date

Printed Name

Relationship to Patient

Patient Name (if under 18)

Consentimiento Para Tratamiento

Doy mi consentimiento y autorizo las pruebas y el tratamiento ordenado por el médico y sus consultores, asociados y asistentes. Yo autorizo las enfermeras, empleados y otros que sean necesarios por **Pediatric Cardiology Assoc. of Houston** para llevar a cabo las instrucciones de mi médico(s) con respecto a los procedimientos y tratamientos que ha ordenado. Entiendo los estudiantes de enfermería y otros en programas de médico pueden ser una de las personas que prestan atención a mí.

No Garantía: Yo reconozco que no hay ninguna garantía con respecto al tratamiento de **Pediatric Cardiology Assoc. of Houston**.

Yo doy permiso a **Pediatric Cardiology Assoc. of Houston** a someter cualquier reclamo a mi compañía de seguro y para aceptar asignado por medio de beneficio medico los servicios rendidos. También entiendo que si la seguridad no paga el reclamo por cualquier razón con excepción de descuento profesional, yo soy responsable por todos los cargos en esta cuenta.

Si el paciente es un menor: Yo afirmo que soy el padre o guardián legal de este paciente con autoridad completa para dar consentimiento a estudios y tratamiento de él.

Yo he leído y entendido las terminas que se ha indicado anteriormente

El Reconocimiento de Recibo de Prácticas de Privacidad

Yo reconozco que se me ha presentado una copia de las prácticas de privacidad de **Pediatric Cardiology Assoc. of Houston**. Este aviso describe cómo **Pediatric Cardiology Assoc. of Houston** puede utilizar y puede revelar mi información protegida de la salud, ciertas restricciones en el uso y la revelación de mi información de asistencia sanitaria, y de los derechos que puedo tener con respecto a mi información protegida de la salud. Se me ha dado la oportunidad de formular todas las preguntas que pueda tener acerca de las prácticas de privacidad.

Yo he leído y entendido las terminas que se ha indicado anteriormente

Póliza Financiera

Por favor, consulte el folleto proporcionado con respecto a la responsabilidad financiera. Si se desea, se puede proporcionar una copia personal.

Debido a la naturaleza de nuestra especialidad, tenemos una lista de espera de pacientes que necesitan ser vistos. Por lo tanto, se requiere un mínimo de 24 horas de anticipación para una cita cancelada para que podamos ver a los pacientes rápidamente. Si no nos notifica con 24 horas de antelación, se le cobrará una cancelación de \$ 50.

Nota: Si usted no cumple con su responsabilidad financiera y es referido a una agencia de colección exterior, usted tendrá la tarifa completa colección añadirá a su saldo total adeudado.

Yo he leído y entiendo los términos anteriores y las obligaciones de pago. Estoy de acuerdo en pagar todos los cargos que son mis obligaciones de acuerdo a mi plan de seguro o que no están cubiertos por el seguro.

Yo he leído y entendido las terminas que se ha indicado anteriormente

Firma del padre/guardián legal o paciente

Fecha

Nombre del padre/guardián legal o paciente

Relación al paciente

Nombre del paciente