



Escriba claramente con letra de imprenta y complete cada punto con la mayor precisión posible. Si necesita ayuda para completar este formulario preguntele a un miembro del personal.

Nombre: _____
Primero Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino
mm/dd/aaaa

Padre / madre / o tutor legal: _____
Primero Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino
mm/dd/aaaa

Consentimiento para el uso de inteligencia artificial (IA)

Utilizamos tecnología basada en inteligencia artificial para asistirnos durante su(s) visita(s). Este servicio es proporcionado por un proveedor que graba temporalmente la visita y genera una nota clínica a partir de la conversación, la cual el profesional de salud revisará y firmará.

Su privacidad es nuestra máxima prioridad. Contamos con los acuerdos adecuados con todos los proveedores de servicios para garantizar la confidencialidad y seguridad de su información de salud protegida, y la tecnología cumple con las normativas vigentes, como la HIPAA. Toda la documentación es revisada, editada y aprobada por su profesional de salud para asegurar la exactitud e integridad de su expediente médico.

Si decide no participar en la grabación de audio, igualmente recibirá atención médica. También puede optar por iniciar o detener la grabación en cualquier momento durante la visita.

¿Da su consentimiento para que se grabe el audio de su visita y para el uso de esta tecnología? Sí _____ No _____

Firma de por vida en el archivo de Medicare/Medi-Cal:

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare/Medi-Cal se realice en mi nombre a Sacramento Ear, Nose & Throat Surgical Medical Group, Inc., por todos los servicios que me haya proporcionado el médico. Autorizo a cualquier persona que posea información médica sobre mí a divulgarla a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) y a sus agentes para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Autorización del seguro privado para la asignación de beneficios/divulgación de información:

Yo, quien suscribe, autorizo el pago de beneficios médicos a Sacramento Ear Nose & Throat Surgical Medical Group, Inc., por todos los servicios que me haya proporcionado el médico. Entiendo que mi acuerdo con la compañía de seguros es un acuerdo separado entre mi aseguradora y yo, y que soy responsable financieramente por cualquier monto que mi contrato no cubra. También doy mi autorización para divulgar a mi compañía de seguros, o a su agente, información sobre la atención médica, el asesoramiento, el tratamiento o los suministros proporcionados al paciente. Esta información se utilizará con el propósito de evaluar y administrar los reclamos de beneficios.

Es posible que, como parte de su visita, se realicen servicios adicionales para permitir una evaluación exhaustiva. Los servicios adicionales durante la visita generarán cargos adicionales por dichos procedimientos. Al firmar a continuación usted confirma que ha leído y que comprende esta declaración.

Firma

Fecha



Gracias por confiar su atención médica a Sacramento Ear, Nose & Throat y The Allergy Center. Cuando programa una cita con nosotros, nos reservamos el tiempo suficiente para brindarle atención de la más alta calidad. En caso de que deba cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestro consultorio lo antes posible. Esto nos da tiempo para programar a otros pacientes que posiblemente estén a la espera de una cita. A continuación, consulte nuestra política de cancelación de citas/no presentación:

Visitas al consultorio

A partir del 1 de marzo de 2025, cualquier paciente que no se presente o que cancele/re programe una cita con menos **de 48 horas de anticipación** a la misma, se considerará que no se presentó o que viola nuestra política de cancelación.

Ante la primera falta de presentación según nuestra política de cancelación, se le cobrará una tarifa de \$50 al paciente (no se le facturará al seguro) (la tarifa no aplica a pacientes con seguro de Medi-Cal) que deberá pagar antes de la reprogramación.

Tras una segunda falta de presentación o violación de nuestra política de cancelación, el paciente puede ser **despedido** de la práctica. Si es un paciente nuevo, su referencia será devuelta a su doctor primario para que ellos la dirijan a otro especialista.

Cirugías

Si un paciente programado para una cirugía no se presenta, cancela o reprograma la cirugía con menos de **1 semana de anticipación** a la cirugía programada, se le cobrarán al paciente \$100 que deberá pagar antes de reprogramar la cirugía.

He leído y entiendo la política de cancelación de citas/no presentación y acepto sus términos.

Firma (paciente/padre/madre/tutor legal)

Nombre del paciente (si es menor)/Relación con el paciente

Nombre en letra de imprenta

Fecha



Sacramento Ear, Nose & Throat Surgical Medical Group, Inc. y S.E.N.T. Hearing Aid Center (en conjunto "SacENT") reconoce y respeta el hecho de que todos los pacientes tienen derecho a examinar y obtener una copia de su propio expediente que contenga información médica protegida (Protected Health Information, PHI). Comprendo que tengo el derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad de SacENT antes de firmar este formulario. SacENT se reserva el derecho a revisar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento.

Consentimiento:

Con este consentimiento, SacENT puede usar y divulgar cualquier información médica protegida sobre mí (o sobre mi hijo) para llevar a cabo tratamientos, pagos (incluida la cobranza de los pagos) y operaciones de la atención médica. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de SacENT para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

Con mi consentimiento, este consultorio puede enviar por correo a mi domicilio o a otro lugar designado, o dejar un mensaje en el buzón de voz o en persona, que se relacione con cualquier elemento que ayude a la práctica en el transcurso del tratamiento, pago u otras operaciones de la atención médica, como recordatorios de citas, cuestiones del seguro o del pago y cualquier otra información relativa a mi atención médica (o la de mi hijo), siempre que estén marcados como "Personal y confidencial". Con mi consentimiento, SacENT puede enviarme por correo electrónico cualquier información sobre mi atención médica, tratamiento, pagos y citas (o de mi hijo).

Aquí se proporciona un enlace a la página web federal pagos abiertos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) con fines informativos solamente. La ley federal Sunshine de pagos médicos (Physician Payments Sunshine Act) exige que se ponga a disposición del público en <https://openpaymentsdata.cms.gov> la información detallada de los pagos y otros desembolsos por valores superiores a diez dólares (\$10) de los fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos para los médicos y hospitales universitarios.

Aviso a los pacientes:

Los médicos cuentan con licencia y están regulados por la Junta Médica de California. Para verificar una licencia o presentar una queja, visite www.mbc.ca.gov, envíe un correo electrónico: licensecheck@mbc.ca.gov o llame al **(800) 633-2322**.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar que SacENT restrinja la manera en que usa y divulga mi información de atención médica para llevar a cabo el tratamiento y el pago. SacENT no está obligada a aceptar las restricciones que solicito, pero si lo hace, queda obligada por este acuerdo. Al firmar a continuación, reconozco haber recibido la información anterior.

SacENT también puede divulgar, según su criterio profesional, mi información de salud a las personas directamente involucradas con mi atención médica o su pago:

Personas autorizadas:

Nombre	Apellido	Número telefónico	Relación
Nombre	Apellido	Número telefónico	Relación

He leído y recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento del paciente
Firma del paciente/padre/madre o tutor legal	Fecha



Indique a continuación su(s) metodo(s) de comunicacion preferido(s) para _____
Nombre del paciente

Mensaje de texto

Yo, autorizo a Sacramento Ear, Nose & Throat y The Allergy Center a que envíen recordatorios de citas y otras comunicaciones de la atención médica en formato electrónico por mensaje de texto a mi teléfono móvil. Comprendo que este servicio es gratuito. Sin embargo, es posible que apliquen las tarifas estandar de mensajería de texto por parte de mi proveedor de telefonía móvil. Active la comunicacioón por mensaje de texto para el siguiente número de teléfono móvil:

N.º de teléfono móvil

Proveedor de telefonía móvil

Correo electrónico

Yo, autorizo a Sacramento Ear, Nose & Throat y The Allergy Center a que envíen recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica de manera electrónica a la siguiente dirección de correo electrónico:

Dirección de correo electrónico (Escriba claramente con letra de imprenta)

Mensaje de voz

Al firmar a continuación, autorizo a Sacramento Ear, Nose & Throat y The Allergy Center a comunicarse conmigo para recordatorios de citas y otras comunicaciones de la atención médica por teléfono y mensajes de voz en los números proporcionados al momento de la inscripción. Si no estoy disponible para responder el teléfono, doy mi permiso a Sacramento Ear, Nose & Throat y The Allergy Center para dejar un mensaje en mi buzón de voz, contestadora o a la persona que contesta el teléfono. Al proporcionar número(s) de teléfono adicional(es) a continuación, autorizo las mismas comunicaciones y los mismos permisos a este/estos número(s).

N.º de teléfono

Marque la repuesta con un círculo: Trabajo Particular Móvil

N.º de teléfono

Marque la repuesta con un círculo: Trabajo Particular Móvil

Firma del paciente

Fecha

O

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha