



SACOTO PEDIATRICS, PC  
MARIA TEREZA SACOTO, MD

5985 COLUMBIA PIKE, STE 200, FALLS CHURCH, VA 22041-PHONE (703)820 1951- FAX (703)820 1952

Fecha: \_\_\_\_\_  
Motivo de su visita: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE**  
Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono Domicilio: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
M /F Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_  
Persona a contactar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ : Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD**  
Nombre del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_  
Dirección si es diferente a la anterior: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**SEGURO MEDICO (por favor presentar su tarjeta)**  
Nombre de su seguro: \_\_\_\_\_  
Asegurado: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_  
No. de Póliza del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  
No de Póliza : \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_  
Tiene otro seguro? Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Asegurado: \_\_\_\_\_  
No. de póliza de seguro: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Mediante esta autorizo a que SACOTO PEDIATRICS, PC reclame beneficios en mi nombre por servicios prestados a mi persona. Solicito que los pagos de \_\_\_\_\_ sean hechos directamente al anteriormente mencionado Doctor/Practica.

Certifico que la información provista con referencia a mi compañía aseguradora es correcta y autorizo a compartir cualquier información necesaria, incluyendo información medica relacionada a mi persona con la compañía de cobranza y/o compañía aseguradora. Permiso que una copia de esta autorización sea usada en lugar de la original. Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento.

Solicito que los pagos autorizados por Medigap por servicios prestados a mi persona sean desembolsados ya sea a mi o al anteriormente mencionado Doctor/Practica . Autorizo que toda información medica pertinente este disponible a SACOTO PEDIATRICS, PC para determinar los beneficios apropiados. Cualquier balance impago es mi responsabilidad, incluyendo servicios definidos como “no cubiertos” por mi seguro, montos aplicados a mi deducible, parte de mi co-seguro, etc. Si el balance no es pagado se recurrirá a un abogado para la cobranza, siendo mi responsabilidad el pago de sus honorarios profesionales, multas y gastos de cobranza. Se aplicara interés a todas las cuentas impagas. Se entiende que la cuenta se debe pagar a la presentación de la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo



SACOTO PEDIATRICS, PC  
MARIA TEREZA SACOTO, MD  
5985 COLUMBIA PIKE, STE 200, FALLS CHURCH, VA 22041-PHONE (703)820 1951- FAX (703)820 1952

Por la presente autorizo que mi hijo/a \_\_\_\_\_  
sea atendido y continúe tratamiento con:

SACOTO PEDIATRICS,PC  
Maria T. Sacoto, MD  
5985 Columbia Pike, Suite 200  
Falls Church, VA 22041  
Telefono: (703) 820 1951

Nombre del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_



SACOTO PEDIATRICS, PC  
MARIA TEREZA SACOTO, MD  
5985 COLUMBIA PIKE, STE 200, FALLS CHURCH, VA 22041-PHONE (703)820 1951- FAX (703)820 1952

### AVISO SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y REVELAR INFORMACION MEDICA RESPECTO A USTED Y COMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACION. POR FAVOR, REVISELO CON CUIDADO.

La ley exige que Sacoto Pediatrics, PC mantenga la privacidad de cierta información sobre la salud de nuestros pacientes. La ley también exige que las organizaciones sanitarias como Sacoto Pediatrics, PC le den un aviso como este y que sigan sus normas.

Sacoto Pediatrics, PC y su información protegida sobre cuidados de salud

Como parte de nuestras actividades diarias, Sacoto Pediatrics, PC tal vez necesite utilizar y compartir información protegida sobre su salud, con varios propósitos, sin obtener su aprobación escrita. Entre estos propósitos figuran los siguientes:

- Su tratamiento. Por ejemplo, Sacoto Pediatrics, PC tal vez discuta su condición y sus medicamentos con su farmacéutico.
- El pago de su tratamiento. Por ejemplo, Sacoto Pediatrics, PC tal vez necesite discutir con su compañía aseguradora su condición y los tratamientos que Sacoto Pediatrics, PC le proporcione.
- Las operaciones de Sacoto Pediatrics, PC. Por ejemplo, personal apropiado de Sacoto Pediatrics, PC debe discutir su condición para poder proporcionarle un tratamiento correcto.
- Sacoto Pediatrics, PC tal vez se ponga en contacto con usted teniendo en cuenta su información protegida de salud. Por ejemplo, Sacoto Pediatrics, PC puede llamar para concertar sus citas, proporcionarle información sobre nuevos medicamentos, tratamientos, beneficios y servicios que esta a su disposición, y también para obtener fondos para Sacoto Pediatrics, PC.
- Sacoto Pediatrics, PC puede proporcionar información a oficiales gubernamentales que supervisan el cuidado sanitario o que están trabajando sobre amenazas a la seguridad pública por parte de productos no seguros, enfermedades, abuso, negligencia, violencia doméstica y otros delitos.
- Sacoto Pediatrics, PC puede proporcionar información a investigadores autorizados que siguen estrictas reglas respecto a como utilizan y comparten la información protegida de salud. Esos investigadores, como ejemplo, pueden usar la información sobre pacientes con su condición, para estudiar y mejorar los medios para combatir enfermedades.

No habrá otros usos o revelaciones de su información protegida sobre salud a menos que usted de su autorización escrita. Y, si usted firma dicha autorización, tiene el derecho de anularla en cualquier momento.

Sus derechos con respecto a su información protegida de salud

Según la ley, usted tiene derechos que Sacoto Pediatrics, PC se compromete a mantener. Estos derechos incluyen los siguientes:

- El derecho a solicitar restricciones en algunos de los modos en que Sacoto Pediatrics, PC usa y comparte su información. Estas restricciones pueden ir más allá de las restricciones que están en la ley. Sin embargo, puede ocurrir que Sacoto Pediatrics, PC no siempre esté de acuerdo en implementar estas restricciones adicionales.
- El derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Aunque Sacoto Pediatrics, PC no puede prometer comunicarse con sus pacientes en cualquier modo que estos soliciten, vamos a trabajar con usted para encontrar una manera práctica de comunicarnos con usted de forma totalmente confidencial, si así lo desea.
- El derecho a inspeccionar y obtener copias de la información protegida sobre los cuidados sanitarios que Sacoto Pediatrics, PC tiene sobre usted, solicitándolo por escrito. Sin embargo, es posible que Sacoto Pediatrics, PC le cobre una cantidad determinada para cubrir el costo de proporcionar esta información.
- El derecho a solicitar que Sacoto Pediatrics, PC corrija información sobre usted. Para llevar a cabo este cambio, Sacoto Pediatrics, PC le pedirá que haga una solicitud por escrito, con una descripción del motivo por el cual quiere que su historial sea cambiado. Tal vez Sacoto Pediatrics, PC no esté siempre de acuerdo en aceptar esas solicitudes.
- El derecho a una lista de las revelaciones que Sacoto Pediatrics, PC haya hecho de su información protegida de salud, cuando estas no fueron autorizadas por usted y cuando estas revelaciones no estaban relacionadas con el tratamiento, pago, u operaciones de Sacoto Pediatrics, PC.

Si usted tiene alguna pregunta o queja acerca del modo en que Sacoto Pediatrics, PC maneja su información protegida sobre la salud o si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, pongase en contacto con el Oficial de Privacidad de Sacoto Pediatrics, PC en el (703)820 1951 o en persona. También puede ponerse en contacto con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Por favor, este tranquilo porque el hecho de formular una queja, o de hacer ciertas solicitudes sobre su información sanitaria protegida, o de estar en desacuerdo con algunas decisiones relacionadas con Sacoto Pediatrics, PC no tendrá ningún efecto negativo sobre usted.



SACOTO PEDIATRICS, PC  
MARIA TEREZA SACOTO, MD

5985 COLUMBIA PIKE, STE 200, FALLS CHURCH, VA 22041-PHONE (703)820 1951- FAX (703)820 1952

Sacoto Pediatrics, PC tal vez necesite cambiar sus procedimientos de privacidad de vez en cuando. Antes de llevar a cabo esos cambios, de todos modos, Sacoto Pediatrics, PC modificara este Aviso y comenzara a distribuirlo a los pacientes cuando sean tratados por Sacoto Pediatrics, PC. Estos nuevos procedimientos se aplicaran entonces a toda la informacion mantenida por Sacoto Pediatrics, PC. En todo momento, cualquier persona teine el derecho de obtener una copia en papel de la ultima version de este Aviso, solicitandola a la recepcionista de Sacoto Pediatrics, PC.

## Aviso de Procedimientos de Privacidad Acuse de Recibo

---

Recibi una copia de los procedimientos de privacidad de Sacoto Pediatrics, Pc. comprendo que si Sacoto Pediatrics, PC utilliza informacion de salud personal de una manera diferente a la descrita en el Aviso, Sacoto Pediatrics, PC debe obtener primero mi permiso por escrito.

Acepto este Aviso en nombre de:

- Yo mismo  
 Otra persona, como su representante legal (padre, guardian, pariente, etc.)

Firma del paciente o de su representante legal:

---

Nombre, en letra imprenta, del representante legal (si aplica):

---

Fecha de la fima: \_\_\_\_\_

Si usted recibio estop or correo, por favor devuelva una copia firmada a:

Oficial de Privacidad  
Maria T. Sacoto, PD  
Sacoto Pediatrics, PC  
5985 Columbia Pike Ste. 200  
Falls Church, VA 22041



SACOTO PEDIATRICS, PC  
MARIA TEREZA SACOTO, MD  
5985 COLUMBIA PIKE, STE 200, FALLS CHURCH, VA 22041-PHONE (703)820 1951- FAX (703)820 1952

## Reglas de Cancelación

La misión de **Sacoto Pediatrics, PC** es la de brindar un excelente cuidado a cada uno de sus pacientes con puntualidad y eficiencia. Para nosotros poder brindar un mejor servicio de manera más efectiva, nos vemos obligados a modificar algunas de nuestras reglas. Por lo tanto, le pedimos que nos informe si es que no podrá asistir a su cita.

Su notificación nos dejará utilizar esos espacios disponibles para otros pacientes que necesitan de nuestros servicios con prontitud.

Si necesita cancelar su cita, nosotros requerimos que nos llame o deje un mensaje con por lo menos 24 horas de anticipación. Nuestras citas tienen una alta demanda y cuando usted cancela su cita con prontitud, da acceso a que el próximo paciente reciba con eficacia y puntualidad nuestros servicios. Por este motivo nos reservamos el derecho de cobrar una cantidad por cada cita perdida.

1. Si NO cancela su cita con por lo menos 24 horas de anticipación.
2. Si NO se presenta a su cita. (no-show)

Los costos de cancelación son los siguientes:

Pacientes nuevos: \$ 30.00 .- Pacientes  
establecidos: \$ 20.00.-

Los pagos tendrán que hacerlos antes de su próxima cita. Por favor, tome en cuenta que ningún seguro no cubre los costos de cancelación.

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Efectiva 1° de Abril, 2012.