



## Pediatric Providers

4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208  
Phone: 410-484-9950 Fax: 410-484-9953 Email: admin@pediatricproviders.com

**Fecha de vigencia: 1 de junio de 2026**

*Effective Date: May 1, 2026* **Fecha de vigencia: 1 de mayo de 2026**

*Este documento combina nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, el Reconocimiento de HIPAA y el Manual de Políticas para Pacientes en una guía fácil de leer.*

*Por favor lea cada sección con cuidado. Su firma al final confirma que recibió y revisó este documento.*

*Si tiene preguntas sobre cualquier parte de este paquete, por favor consulte a un miembro del personal. Estamos aquí para ayudarle.*

### PARTE 1: AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO LE INFORMA CÓMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR LA INFORMACIÓN DE SALUD DE SU HIJO/A Y CUÁLES SON SUS DERECHOS. POR FAVOR LÉALO CON CUIDADO.**

#### NUESTRO DEBER BAJO LA LEY

Una ley federal llamada HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud) y la ley del estado de Maryland nos exigen mantener la privacidad de la información de salud de su hijo/a. También debemos informarle nuestras normas de privacidad y cumplirlas.

#### CÓMO PODEMOS USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD DE SU HIJO/A

##### Para la Atención Médica

Podemos compartir la información de salud de su hijo/a con médicos, enfermeros/as, laboratorios u hospitales que participen en su atención.

##### Para el Pago

Podemos usar la información de salud de su hijo/a para facturar a su compañía de seguros, Medicaid o el Programa de Salud Infantil de Maryland (MCHP).

##### Para las Operaciones de la Oficina

Podemos usar información de salud para verificar la calidad de nuestra atención, capacitar a nuestro personal y administrar nuestra oficina.

##### Recordatorios de Citas

Podemos contactarle para recordarle sus próximas citas. Es su responsabilidad recordar la fecha y hora de su cita reservada.

##### Familiares & Amigos

Podemos compartir la información de salud de su hijo/a con un familiar o amigo presente en la visita si creemos razonablemente que usted no se opondría. Si usted no está presente o no puede dar su consentimiento, podemos usar nuestro criterio profesional para determinar si compartir la información es en el mejor interés de su hijo/a — por ejemplo, para permitir que alguien recoja una receta o registros en su nombre.

##### Padres Divorciados o Separados

Pondremos el historial médico de su hijo/a a disposición de ambos padres, a menos que una orden judicial indique lo contrario. Por favor entregue una copia de cualquier orden judicial pertinente a nuestra oficina.

##### Intercambio de Información de Salud CRISP

Nuestra práctica participa en CRISP (Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros Pacientes), el intercambio de información de salud (HIE) a nivel estatal de Maryland. Esto nos permite compartir de manera segura los registros médicos de su hijo/a con otros proveedores de atención involucrados en su tratamiento, y para otros propósitos limitados permitidos bajo HIPAA y la ley de Maryland.

##### Información Solicitada por la Escuela de Su Hijo/a

Podemos proporcionar información sobre la salud de su hijo/a al personal correspondiente de su escuela cuando se solicite (registros de vacunación, copias de exámenes físicos, autorización para administrar medicamentos durante el horario escolar, etc.)



## Pediatric Providers

4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208

Phone: 410-484-9950 Fax: 410-484-9953 Email: admin@pediatricproviders.com

### Otras Divulgaciones Permitidas

También podemos compartir información cuando:

- La ley lo exige
- Necesitamos proteger la salud pública o reportar ciertas enfermedades contagiosas al departamento de salud
- Las actividades de supervisión de salud del estado de Maryland (auditorías, investigaciones, inspecciones) lo requieren
- Se necesita para un caso legal, orden judicial o procedimiento administrativo
- Se necesita para una emergencia o para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad
- Se necesita para donación de órganos o investigación — la información utilizada para investigación no identificará personalmente a su hijo/a
- La información que no identifica personalmente a su hijo/a puede usarse sin restricciones

### **PROTECCIÓN ADICIONAL BAJO LA LEY DE MARYLAND**

La ley de Maryland brinda protección adicional a ciertos tipos de información de salud. Esto incluye:

- Información sobre VIH/SIDA
- Registros de salud mental
- Registros de uso de drogas y alcohol
- Información de salud reproductiva
- Información genética

Cumplimos con todas las leyes de Maryland que brindan mayor protección que HIPAA.

### **SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD DE SU HIJO/A**

Usted tiene el derecho a:

- ☐ Solicitar ver y obtener una copia de los registros de salud de su hijo/a (Md. Code, Health-Gen. § 4-304)
- ☐ Pedirnos que corrijamos un error en los registros de salud de su hijo/a
- ☐ Solicitar una lista de con quién hemos compartido la información de su hijo/a
- ☐ Pedirnos que limitemos cómo usamos o compartimos cierta información
- ☐ Pedirnos que le contactemos de cierta manera o en cierto lugar
- ☐ Solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento

### **DERECHOS PARA NIÑOS MAYORES**

Según la ley de Maryland, algunos niños mayores pueden tomar sus propias decisiones de salud en ciertos casos — como el tratamiento de ITS, atención de salud mental o tratamiento de drogas y alcohol (Md. Code, Health-Gen. §§ 20-102, 20-104). Cumplimos con estas leyes. En esos casos, el/la adolescente puede tener derecho a mantener esa parte de su registro privada, incluso de los padres.

### **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA**

Si cree que no hemos seguido estas normas de privacidad, puede:

- Presentar una queja ante nuestro Oficial de Privacidad en la dirección indicada en el encabezado
- Presentar una queja en línea ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)

No le penalizaremos ni cambiaremos la atención de su hijo/a si presenta una queja.

### **ACTUALIZACIONES A ESTE AVISO**

Podemos actualizar nuestras prácticas de privacidad de vez en cuando. El nuevo aviso estará disponible en nuestra oficina y en nuestro sitio web. El uso continuo de nuestros servicios después de una actualización significa que acepta el nuevo aviso.



## Pediatric Providers

4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208

Phone: 410-484-9950 Fax: 410-484-9953 Email: admin@pediatricproviders.com

## PARTE 2: DERECHOS & RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

### SUS DERECHOS COMO PACIENTE

Usted y su hijo/a tienen derecho a:

- Ser tratados con respeto y amabilidad por todo el personal
- Recibir atención médica segura y de alta calidad
- Que la información de salud de su hijo/a se mantenga privada conforme a HIPAA y la ley de Maryland
- Hacer preguntas y recibir respuestas claras y honestas
- Participar en las decisiones sobre la atención de su hijo/a
- Obtener ayuda en su idioma sin costo — incluyendo intérpretes y materiales traducidos
- Ver y recibir copias de los registros médicos de su hijo/a
- Presentar una queja sin temor a perder la atención de su hijo/a
- Recibir un aviso por escrito antes de que finalicemos la atención de su hijo/a (excepto en emergencias)

### SUS RESPONSABILIDADES COMO FAMILIA DEL PACIENTE

Para ayudarnos a brindar la mejor atención a su hijo/a, le pedimos que:

- Proporcione información correcta y completa sobre el historial de salud y el seguro de su hijo/a
- Traiga tarjetas de seguro e identificación con foto a cada visita
- Siga las instrucciones de atención — o haga preguntas si no entiende
- Sea respetuoso con nuestro personal y otros pacientes
- Pague los copagos o tarifas requeridos a tiempo
- Llegue a tiempo a sus citas — o llame con al menos 24 horas de anticipación si no puede venir
- Infórmenos de inmediato si su seguro, dirección o información de contacto cambia

## PART 3: OFFICE POLICIES

### NO DISCRIMINACIÓN & ACCESO AL IDIOMA

Tratamos a todos los pacientes de manera justa. NO discriminamos por:

- Raza, color de piel u origen nacional
- Idioma o capacidad en inglés
- Religión
- Sexo, identidad de género u orientación sexual
- Edad o discapacidad
- Uso de Medicaid u otro seguro público

Se ofrece ayuda de idioma gratuita, incluyendo:

- Intérpretes en persona o por teléfono
- Materiales escritos traducidos

Infórmenos al registrarse si necesita ayuda con el idioma o adaptaciones especiales. Haremos los arreglos necesarios sin costo para usted.



## Pediatric Providers

4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208

Phone: 410-484-9950 Fax: 410-484-9953 Email: admin@pediatricproviders.com

### POLÍTICA DE CITAS PERDIDAS & AUSENCIAS

Le pedimos al menos 24 horas de aviso si necesita cancelar o cambiar una cita. Esto nos permite ofrecer el tiempo a otro niño/a que necesite atención.

What happens if I miss an appointment without calling?

- A \$50 no-show fee may be charged. This cannot be billed to insurance.
- After multiple no-shows, we may send a warning letter.
- Repeated no-shows may lead to dismissal from the practice.

We will NEVER deny urgent or medically needed care for a child because of missed appointments, especially for children on Medicaid.

### ATENCIÓN FUERA DE HORARIO & DE EMERGENCIA

Nuestra oficina cuenta con cobertura de proveedor de guardia cuando estamos cerrados.

- Llame a nuestro número principal para comunicarse con el proveedor de guardia fuera del horario.
- Para emergencias que pongan en riesgo la vida, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.
- NO use el correo electrónico ni el portal del paciente para preguntas médicas urgentes.

**Ejemplos de emergencias que requieren llamar al 911 o ir a urgencias:**

- Dificultad para respirar o coloración azulada
- Dolor en el pecho o palpitaciones
- Lesiones graves o sangrado incontrolable
- Convulsiones o pérdida del conocimiento
- Reacción alérgica grave

### POLÍTICA DE RENOVACIÓN DE RECETAS & MEDICAMENTOS

Por favor planifique con anticipación todas las renovaciones de medicamentos.

- Llame directamente a su farmacia para solicitar una renovación — ellos nos contactarán.
- Espere 2–3 días hábiles para que las renovaciones sean procesadas.
- Las sustancias controladas (como los medicamentos para el TDAH) pueden requerir una visita en persona antes de la renovación.
- No renovamos medicamentos fuera del horario excepto en emergencias.
- Siempre guarde los medicamentos bajo llave y fuera del alcance de los niños.

### REGISTROS MÉDICOS — ACCESO & CORRECCIÓN

Tiene derecho a ver y obtener copias de los registros médicos de su hijo/a bajo HIPAA y Md. Code, Health-Gen. § 4-304.

- Las solicitudes deben hacerse por escrito. Puede solicitarlo en la recepción o enviar una solicitud escrita.
- Los registros generalmente están listos dentro de los 30 días de su solicitud.
- Puede aplicarse una pequeña tarifa de copia según lo permitido por la ley de Maryland.
- Si cree que algo en el registro es incorrecto, puede solicitar una corrección por escrito. Responderemos dentro de 60 días.



## Pediatric Providers

4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208

Phone: 410-484-9950 Fax: 410-484-9953 Email: admin@pediatricproviders.com

Nota: Algunos servicios de salud para adolescentes pueden ser privados por ley (p. ej., tratamiento de ITS, salud mental, uso de sustancias). Los padres pueden no tener acceso a esos registros específicos.

### POLÍTICA FINANCIERA & RESPONSABILIDAD DE PAGO

Participamos con la mayoría de los principales planes de seguro y Medicaid/MCHP de Maryland. Usted es responsable de:

- Pagar los copagos requeridos al registrarse antes de su cita
- Pagar cualquier deducible o monto de coseguro en el momento del servicio o cuando reciba su EOB
- Notificarnos de inmediato si su seguro cambia o su hijo/a pierde la cobertura de Medicaid

Medicaid/MCHP de Maryland no nos permite cobrar copagos por la mayoría de los servicios cubiertos.

Si no puede pagar su factura, pregunte sobre planes de pago, tarifas escalonadas o programas de asistencia estatal. Estamos comprometidos a atender a cada niño/a en nuestra comunidad.

### TARIFAS DE FORMULARIOS & CARGOS ADMINISTRATIVOS

Es responsabilidad del padre o tutor mantenerse informado sobre las tarifas actuales de la oficina. Por favor consulte en la recepción cualquier actualización. Las siguientes tarifas aplican a pacientes con seguro comercial (las tarifas pueden diferir para Medicaid):

| Form / Service                               | Fee     |
|----------------------------------------------|---------|
| Routine School / Camp / Sports Physical Form | \$5.00  |
| Routine Daycare Form                         | \$5.00  |
| School Medication Authorization Form         | \$5.00  |
| Asthma Action Plan Form                      | \$5.00  |
| Special Olympics Form                        | \$15.00 |
| MVA (Motor Vehicle Administration) Form      | \$15.00 |
| BGE / Utility Assistance Form                | \$15.00 |
| Food Allergy Letter / Allergy Action Plan    | \$15.00 |
| Family & Medical Leave (FMLA) Form           | \$15.00 |

### TARIFAS DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

Administramos vacunas según el calendario recomendado por la Academia Americana de Pediatría (AAP). Es posible que las vacunas estén cubiertas por su seguro sin costo para usted — por favor verifique su beneficio antes de su visita.

Programa VFC (Vacunas para Niños): Para pacientes sin seguro, niños elegibles para VFC, niños elegibles para Medicaid VFC y niños nativos americanos/nativos de Alaska, el cargo máximo de administración es de \$23.28 por dosis, según las pautas federales del programa VFC. Ningún niño/a será privado de una vacuna por no poder pagar la tarifa de administración.



## Pediatric Providers

4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208

Phone: 410-484-9950 Fax: 410-484-9953 Email: admin@pediatricproviders.com

### POLÍTICA DE BAJA DE PACIENTES / FIN DE LA ATENCIÓN

Trabajamos arduamente para mantener una buena relación con cada familia. En casos poco frecuentes, puede ser necesario finalizar la relación paciente-práctica. Esto puede ocurrir debido a:

- Citas repetidamente perdidas sin aviso
- Falta de pago de las tarifas requeridas
- Comportamiento abusivo, amenazante o inseguro hacia el personal u otros pacientes
- Incumplimiento repetido de los planes de tratamiento que ponen en riesgo la seguridad de su hijo/a

Si necesitamos finalizar la relación:

- Le daremos aviso por escrito de la baja.
- Continuaremos la atención urgente y médicamente necesaria durante 30 días después del aviso.
- Le ayudaremos con la transferencia de registros a un nuevo proveedor.

### NUNCA daremos de baja a un paciente por:

- Uso de Medicaid o seguro público
- Presentar una queja contra nuestra práctica
- Tener una discapacidad o barrera idiomática
- Raza, religión, identidad de género u origen nacional

## PARTE 4: VACUNAS & IMMUNET — LO QUE DEBE SABER

### HOJAS DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS (VIS)

La ley federal (42 U.S.C. § 300aa-26 — Ley Nacional de Lesiones por Vacunas Infantiles) nos exige entregar la Hoja de Información sobre Vacunas (VIS) más actualizada antes de aplicar cualquier vacuna a su hijo/a. Una VIS explica la vacuna, sus beneficios y sus posibles efectos secundarios.

#### What this means for you:

- ✓ We will always give you the most up-to-date VIS for every vaccine your child receives.
- ✓ You will have time to read it and ask questions before the shot.
- ✓ The current VIS sheets are always available at our front desk or at [www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis)

### IMMUNET — SISTEMA DE REGISTROS DE VACUNAS DE MARYLAND

Nuestra práctica usa ImmuNet para cada paciente. ImmuNet es el sistema de registros de vacunas a nivel estatal de Maryland, administrado por el Departamento de Salud de Maryland. Es requerido por Md. Code, Health-Gen. § 18-109.

#### What ImmuNet does:

- Keeps a safe, complete record of all your child's vaccines in one place.
- Lets your child's doctors quickly check their shot history.
- Helps make sure your child does not get the same shot twice.
- May be shared with your child's school to verify required shots.
- May be seen by public health workers as allowed by Maryland law.
- All records are kept private and secure under HIPAA and Maryland law.



## Pediatric Providers

4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208

Phone: 410-484-9950 Fax: 410-484-9953 Email: admin@pediatricproviders.com

Si desea limitar quién puede ver los registros de ImmuNet de su hijo/a, por favor consulte a un miembro del personal al registrarse.  
Nota: La ley de Maryland aún exige que todas las vacunas sean reportadas al departamento de salud estatal, incluso si limita el intercambio.

### PARTE 5: SEGURIDAD & CONTROL DE INFECCIONES

#### NUESTRO COMPROMISO CON UN AMBIENTE SEGURO

Nuestra práctica sigue todos los estándares de OSHA (Administración de Seguridad y Salud Ocupacional) y las regulaciones de seguridad laboral de Maryland para mantener seguros a los pacientes, familias y personal.

Esto incluye:

- Uso de equipo de protección personal (EPP) como guantes, mascarillas y batas
- Eliminación adecuada de agujas, objetos punzocortantes y desechos médicos según los Estándares de Patógenos Transmitidos por la Sangre de OSHA (29 CFR 1910.1030)
- Limpieza y desinfección regular de todas las salas de examen y áreas comunes
- Protocolos adecuados de higiene de manos seguidos por todo el personal clínico
- Separación de pacientes enfermos y sanos cuando sea posible

#### PREVENCIÓN DE INFECCIONES

Para proteger a todos nuestros pacientes, especialmente a los bebés y niños/as con inmunodeficiencia, le pedimos que:

- Infórmenos al programar la cita si su hijo/a tiene fiebre, sarpullido o es contagioso
- Use mascarilla en la oficina si usted o su hijo/a está enfermo/a con una enfermedad respiratoria
- Siga las instrucciones publicadas sobre dónde esperar en la oficina

### PARTE 6: ACTUALIZACIONES DE POLÍTICAS & SU RECONOCIMIENTO

#### CÓMO COMUNICAMOS LOS CAMBIOS DE POLÍTICA

Esta práctica puede actualizar o cambiar estas políticas en cualquier momento para cumplir con la ley, los requisitos del seguro o para mejorar la atención. Cuando las políticas cambien:

- Notificaremos a los padres o tutores legales por escrito o por correo electrónico.
- Las políticas actualizadas se publicarán en nuestra oficina y en nuestro sitio web.
- Siempre puede solicitar una copia actualizada en la recepción.

Su firma a continuación confirma la recepción y el reconocimiento de este documento. No requiere una nueva firma para futuras actualizaciones de rutina — pero le informaremos cuando se realicen cambios significativos.

### RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN



## Pediatric Providers

4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208

Phone: 410-484-9950 Fax: 410-484-9953 Email: admin@pediatricproviders.com

### By signing below, you confirm that:

- ✓ You received the HIPAA Privacy and Practice Policies document today.
- ✓ You have read it or had the chance to read it.
- ✓ You understand these policies or had the chance to ask questions.
- ✓ It is your responsibility to stay informed of future policy updates after you are notified.
- ✓ Your child's care may follow updated policies once notice has been given.

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

### AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

Soy el padre, tutor legal o cuidador del niño/a mencionado anteriormente. Autorizo a Pediatric Providers a brindar atención médica a mi hijo/a. Esto incluye exámenes de rutina, pruebas, inyecciones, análisis de laboratorio y otros servicios médicos que el médico considere necesarios.

Por favor marque cada casilla para indicar que entiende:

- ☐ La atención médica puede incluir exámenes de rutina, pruebas, inyecciones, análisis de laboratorio y medicamentos.
- ☐ El médico explicará cualquier procedimiento antes de realizarlo, y puedo hacer preguntas.
- ☐ Puedo revocar este permiso por escrito en cualquier momento, a menos que la atención ya haya comenzado.
- ☐ En una emergencia, el médico puede brindar atención aunque no se me pueda contactar de inmediato.

### FOTOS Y VIDEOS

- ☐ Autorizo que se tomen fotos o videos solo para los registros médicos de mi hijo/a. Estos NO serán utilizados para fines de marketing sin mi permiso escrito por separado.

### NOTA SOBRE NIÑOS MAYORES Y LA LEY DE MARYLAND

Under Maryland law, some older children can get certain types of care on their own — such as STI treatment, mental health care, or drug and alcohol treatment — without a parent's permission. We follow these laws.

## POLÍTICA FINANCIERA & RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Gracias por elegir Pediatric Providers. Por favor lea nuestra política de pago a continuación.

### FACTURACIÓN A SU SEGURO

Trabajamos con la mayoría de los principales planes de seguro y Medicaid/MCHP de Maryland. Es su responsabilidad asegurarse de que nuestros médicos estén en la red de su seguro antes de su visita. Facturaremos a su seguro por usted. Usted es responsable de cualquier costo que su seguro no cubra.

### PAGO REQUERIDO EN SU VISITA

- ☐ Los copagos deben pagarse al registrarse, antes de su cita.





## Pediatric Providers

4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208

Phone: 410-484-9950 Fax: 410-484-9953 Email: admin@pediatricproviders.com

☐ Los deducibles y montos de coseguro deben pagarse en el momento de la visita o cuando recibamos la Explicación de Beneficios (EOB) de su seguro.

☐ Si no tiene seguro: El pago se debe en el momento de la visita. Por favor pregúntenos sobre nuestras tarifas.

### PACIENTES DE MEDICAID

Medicaid/MCHP de Maryland no nos permite cobrar copagos por la mayoría de los servicios cubiertos. Si su hijo/a pierde la cobertura de Medicaid, por favor infórmenos de inmediato para que podamos hacer un plan de pago.

### CITAS CANCELADAS O PERDIDAS

Le pedimos al menos 24 horas de aviso si necesita cancelar o cambiar una cita. Se puede cobrar una tarifa de \$25 si no se presenta a una cita sin aviso. Esta tarifa no puede facturarse al seguro. Si falta repetidamente a las citas, es posible que no pueda continuar como paciente.

### CHEQUES DEVUELTOS O PAGOS RECHAZADOS

Se cobrará una tarifa de \$35 por cheques devueltos o pagos que no se procesen.

### FACTURAS IMPAGAS

Las facturas no pagadas después de 90 días pueden enviarse a una agencia de cobros. Intentaremos contactarle primero. Los costos de cobro pueden añadirse según lo permitido por la ley de Maryland.

### SI NECESITA AYUDA PARA PAGAR

Queremos atender a cada niño/a en nuestra comunidad. Si tiene dificultades para pagar, por favor hable con nuestro equipo de facturación. Podemos ofrecer un plan de pago, atención a costo reducido o conectarle con programas estatales.

### TARIFAS DE FORMULARIOS Y REGISTROS

Puede haber una tarifa por completar formularios para la escuela, campamento o deportes si no se realizan en una visita programada. Las copias de registros médicos se cobrarán según lo permitido por la ley de Maryland.

### ACEPTO LO SIGUIENTE:

- ☐ Pagaré cualquier costo no cubierto por el seguro de mi hijo/a.
- ☐ Entiendo que los copagos se deben pagar al registrarse.
- ☐ Entiendo la política de citas canceladas/perdidas y la tarifa de \$25.
- ☐ Entiendo que las facturas impagas pueden enviarse a una agencia de cobros después de 90 días.
- ☐ Entiendo que se me informará sobre cualquier costo antes de que se proporcionen los servicios.

## CONSENTIMIENTO TECNOLÓGICO — TELESALUD & INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Este formulario cubre su permiso para dos tipos de tecnología que podemos usar en Pediatric Providers: (1) visitas de telesalud y (2) herramientas de inteligencia artificial (IA). Este formulario sigue la ley de telesalud de Maryland, HIPAA y las pautas actuales sobre IA en la atención médica.

### SECCIÓN A: CONSENTIMIENTO PARA TELESALUD

La telesalud significa recibir atención médica mediante una llamada telefónica, videollamada o mensaje seguro en línea en lugar de venir a la oficina.

#### ¿QUÉ ES LA TELESALUD?

Los servicios de telesalud en Pediatric Providers pueden incluir:

- ☐ Visitas por video utilizando una plataforma de video segura y privada
- ☐ Llamadas telefónicas para pacientes que ya conocemos
- ☐ Mensajes seguros para preguntas menores
- ☐ Revisión de resultados de pruebas, renovación de medicamentos y coordinación de atención



## Pediatric Providers

4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208

Phone: 410-484-9950 Fax: 410-484-9953 Email: admin@pediatricproviders.com

### BENEFICIOS DE LA TELESALUD

- ☐ No es necesario trasladarse a la oficina
- ☐ Menor riesgo de enfermarse en una sala de espera
- ☐ Más fácil obtener atención cuando está enfermo/a o durante una emergencia
- ☐ Visitas de seguimiento convenientes entre citas regulares

### RIESGOS Y LÍMITES DE LA TELESALUD

- ☐ Problemas tecnológicos — como mala conexión a internet — pueden interrumpir la visita.
- ☐ Es posible que el médico no pueda realizar un examen completo por video.
- ☐ Algunas necesidades de salud requieren una visita en persona. El médico le informará.
- ☐ Existe cierto riesgo de privacidad con cualquier conexión en línea, aunque utilizamos herramientas seguras.

### PRIVACIDAD — TELESALUD

Utilizamos herramientas aprobadas por HIPAA para las visitas por video. Todas las sesiones son privadas. Por favor esté en un lugar privado durante la visita. La ley de Maryland no permite grabar visitas médicas sin el permiso de todos.

### FACTURACIÓN — TELESALUD

Las visitas de telesalud se facturan como visitas regulares a la oficina. La ley de Maryland exige que la mayoría de las compañías de seguros cubran la telesalud (Md. Code, Ins. § 15-139). Es posible que todavía deba un copago, coseguro o deducible. Medicaid de Maryland cubre la mayoría de los servicios de telesalud.

### EN UNA EMERGENCIA

Si hay una emergencia médica durante una visita de telesalud, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana de inmediato. La telesalud no es para emergencias.

### SUS DERECHOS — TELESALUD

- ☐ Puedo rechazar o detener la telesalud en cualquier momento. Esto no afectará la atención presencial de mi hijo/a.
- ☐ Siempre puedo solicitar una visita en persona.
- ☐ Se me informará sobre cualquier costo antes de la visita.
- ☐ Puedo obtener una copia de los registros de mi hijo/a de las visitas de telesalud.

## SECCIÓN B: CONSENTIMIENTO PARA HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)

Pediatric Providers puede usar herramientas de IA para ayudar a nuestro personal a brindar una atención mejor y más rápida. Esta sección explica qué herramientas de IA utilizamos, por qué y sus derechos.

### CÓMO PUEDE USARSE LA IA

- ☐ Ayuda con diagnósticos y decisiones de tratamiento: Las herramientas de IA pueden ayudar a nuestros médicos a identificar patrones o sugerir opciones — pero el médico SIEMPRE toma la decisión final.
- ☐ Toma de notas durante las visitas: La IA puede escuchar durante su visita y ayudar a redactar las notas del médico. Se le informará antes de que esto ocurra y puede negarse.
- ☐ Herramientas de detección: La IA puede ayudar a revisar cuestionarios para identificar niños/as que puedan necesitar apoyo adicional.
- ☐ Tareas de oficina: La IA puede ayudar con la programación, facturación o envío de recordatorios. No toma decisiones médicas.
- ☐ Lectura de imágenes: La IA puede ayudar a revisar radiografías u otras imágenes, pero un médico con licencia siempre revisa los resultados.

### LO QUE LA IA NO HACE



## Pediatric Providers

4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208

Phone: 410-484-9950 Fax: 410-484-9953 Email: admin@pediatricproviders.com

Las herramientas de IA en nuestra oficina apoyan a nuestros médicos — no los reemplazan. Todos los diagnósticos, planes de tratamiento y recetas son realizados por un proveedor con licencia. La IA no trata ni receta medicamentos para su hijo/a por sí sola.

### PRIVACIDAD Y USO DE DATOS — IA

- ☐ Todas las herramientas de IA cumplen con HIPAA y la ley de privacidad de Maryland.
- ☐ La información de su hijo/a solo es utilizada por empresas aprobadas que han firmado un acuerdo de privacidad con nosotros.
- ☐ La información de su hijo/a NO será vendida ni utilizada para publicidad.
- ☐ Si se utiliza una herramienta de toma de notas de IA, se le informará antes de que comience la visita y puede negarse.
- ☐ Todas las notas redactadas por IA son revisadas y aprobadas por el médico de su hijo/a antes de ser añadidas al historial médico.

### SUS DERECHOS — IA

- ☐ Puedo preguntar qué herramientas de IA se usaron durante la visita de mi hijo/a.
- ☐ Puedo solicitar que NO se use la toma de notas de IA. Esto no cambiará la atención que recibe mi hijo/a.
- ☐ Puedo revisar los registros médicos de mi hijo/a, incluidas las notas asistidas por IA, y solicitar correcciones.
- ☐ Puedo pedirle al médico que explique en términos sencillos cualquier hallazgo o recomendación asistida por IA.

### CONSENTIMIENTO PARA IA

**AI Help with Diagnoses and Treatment:** I give permission for AI clinical decision support tools to help my child's doctor.

**AI Note-Taking / Listening During Visits:** I give permission for AI note-taking tools to be used during visits. I know I will be told before each session.

**AI for Office Tasks (scheduling, billing, reminders):** I give permission for AI to be used for office tasks.

Si tiene preguntas sobre alguna herramienta de IA, por favor solicite hablar con nuestro Oficial de Privacidad antes de firmar.

### ACEPTO QUE:

- ☐ He leído y entendido tanto la Sección A (Telesalud) como la Sección B (IA) de este formulario.
- ☐ Tuve la oportunidad de hacer preguntas.
- ☐ Sé que puedo cambiar mis opciones por escrito en cualquier momento y la atención de mi hijo/a no se verá afectada.
- ☐ Este permiso permanece vigente hasta que lo cancele por escrito o firme un nuevo formulario.

## POLÍTICA DE COMUNICACIÓN TECNOLÓGICA

Este formulario explica cómo Pediatric Providers usa la tecnología para comunicarse con usted. Por favor lea y firme a continuación para indicar que entiende y acepta esta política.

### CÓMO NOS COMUNICAMOS CON USTED

Podemos usar las siguientes herramientas para comunicarnos con usted sobre la atención de su hijo/a:

- ☐ Llamadas telefónicas — para programar, confirmar citas o compartir actualizaciones importantes de salud
- ☐ Mensajes de texto (SMS) — para recordatorios de citas y consejos generales de salud
- ☐ Correo electrónico — para información no urgente, resúmenes de citas y avisos de la oficina
- ☐ Portal del paciente (sitio web seguro) — para compartir resultados de pruebas, registros médicos, resúmenes de visitas y mensajes con el consultorio de su médico
- ☐ Mensajería segura — mensajes que cumplen con HIPAA a través de nuestro portal del paciente o aplicación aprobada
- ☐ Fax — para compartir registros con otros proveedores (no se usa para comunicación con pacientes)

### EMAIL AND TEXT MESSAGE (SMS) COMMUNICATION



## Pediatric Providers

4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208

Phone: 410-484-9950 Fax: 410-484-9953 Email: admin@pediatricproviders.com

Si nos proporciona su número de teléfono celular, podemos enviarle recordatorios de citas y consejos generales de bienestar por mensaje de texto.

- ☐ Autorizo recibir mensajes de texto en mi número de celular indicado anteriormente.
- ☐ I give permission to receive non-urgent information by email.

Nota: El correo electrónico regular no es completamente seguro. No enviaremos información médica personal por correo electrónico regular. Usamos un portal de paciente seguro para registros médicos e información de salud detallada.

Standard message and data rates from your phone carrier may apply. You can stop texts at any time by replying STOP.\*33

### POLÍTICA DE REDES SOCIALES

No nos comunicamos con pacientes o familias a través de redes sociales (como Facebook, Instagram o X/Twitter). Por favor no envíe preguntas médicas a través de redes sociales. Para asuntos urgentes, llame directamente a nuestra oficina.

### COMUNICACIÓN FUERA DEL HORARIO Y URGENTE

Para preguntas médicas urgentes fuera del horario, por favor llame a nuestro número principal. Le conectarán con un proveedor de guardia. Para emergencias, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. NO envíe preguntas urgentes a través del portal del paciente, mensajes de texto o correo electrónico.

### PRIVACIDAD Y SEGURIDAD

Tomamos medidas para proteger la privacidad de su hijo/a cuando usamos tecnología para comunicarnos. Todas las herramientas digitales que usamos cumplen con HIPAA y la ley de privacidad de Maryland. Sin embargo, ningún sistema tecnológico es 100% seguro. Al elegir comunicarse por correo electrónico o mensaje de texto, acepta cierto riesgo de privacidad.

### CANCELACIÓN DE PREFERENCIAS

Puede cambiar sus preferencias de comunicación en cualquier momento llamando a nuestra oficina o actualizando su información en su próxima visita. Cambiar sus preferencias no afectará la calidad de la atención de su hijo/a.

### NIÑOS Y PRIVACIDAD

Según la ley de Maryland, algunos adolescentes mayores (de 12 años o más) pueden tener derecho a mantener cierta información de salud privada, incluso de los padres. Si esto aplica, podemos contactar directamente a su adolescente para ciertos tipos de atención.

### ACEPTO QUE:

- ☐ He leído y entendido esta Política de Comunicación Tecnológica.
- ☐ Autorizo a la oficina a contactarme usando el(los) método(s) que marqué anteriormente.
- ☐ Entiendo que la comunicación no segura (como el correo electrónico regular o los mensajes de texto) conlleva cierto riesgo de privacidad.
  - ☐ Sé que puedo actualizar mis preferencias en cualquier momento llamando a la oficina.



## Pediatric Providers

4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208

Phone: 410-484-9950 Fax: 410-484-9953 Email: admin@pediatricproviders.com

### RESUMEN DE POLÍTICAS/ SUMMARY OF POLICIES

La firma a continuación aplica a los cinco formularios indicados arriba y en el siguiente resumen.

*The signature below applies to all five forms listed above and on the following summary.*

| Formulario / Política<br><i>Form / Policy</i>                                                                     | Lo que cubre<br><i>What It Covers</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Privacidad HIPAA y Políticas de Práctica</b><br><i>HIPAA Privacy &amp; Practice Policies</i>                   | Aviso de Prácticas de Privacidad, derechos y responsabilidades del paciente, políticas de la oficina (no presentarse, después del horario, recetas, registros), información sobre vacunas (VIS e ImmuNet), seguridad y control de infecciones, y reconocimiento de políticas.<br><i>Notice of Privacy Practices, patient rights &amp; responsibilities, office policies (no-show, after-hours, prescriptions, records), vaccine information (VIS &amp; ImmuNet), safety &amp; infection control, and policy acknowledgment.</i> |
| <b>Consentimiento para Tratamiento de un Menor</b><br><i>Consent for Treatment of a Minor</i>                     | Autorización para atención médica que incluye exámenes, pruebas, vacunas y trabajo de laboratorio. Designa cuidadores autorizados para aprobar la atención en ausencia del padre/madre. Incluye consentimiento de foto/video.<br><i>Authorization for medical care including exams, tests, shots, and lab work. Designates authorized caregivers to approve care in the parent's absence. Includes photo/video consent.</i>                                                                                                     |
| <b>Política Financiera y Responsabilidad del Paciente</b><br><i>Financial Policy &amp; Patient Responsibility</i> | Obligaciones de copago y deducible, política de Medicaid, tarifa por cita no cumplida (\$50), tarifa por cheque devuelto (\$35), política de cobros (90 días), tabla de tarifas de formularios y opciones de asistencia de pago.<br><i>Co-pay and deductible obligations, Medicaid policy, missed appointment fee (\$50), returned check fee (\$35), collections policy (90 days), form fees schedule, and payment assistance options.</i>                                                                                      |
| <b>Consentimiento Tecnológico — Telesalud e IA</b><br><i>Technology Consent — Telehealth &amp; AI</i>             | Consentimiento para visitas de telesalud (video, teléfono, mensajería segura) y herramientas de IA (apoyo a decisiones clínicas, toma de notas con IA, automatización de oficina). Incluye divulgaciones de beneficios/riesgos y opciones individuales de opt-in.<br><i>Consent for telehealth visits (video, phone, secure messaging) and AI tools (clinical decision support, AI note-taking, office automation). Includes benefit/risk disclosures and individual opt-in choices.</i>                                        |
| <b>Política de Comunicación Tecnológica</b><br><i>Technology Communication Policy</i>                             | Preferencias de contacto por teléfono, texto (SMS), correo electrónico y portal del paciente. Política de redes sociales, pautas de comunicación fuera del horario y reconocimiento de privacidad/seguridad.<br><i>Contact preferences for phone, text (SMS), email, and patient portal. Social media policy, after-hours communication guidelines, and privacy/security acknowledgment.</i>                                                                                                                                    |

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y TUTOR

#### PATIENT & GUARDIAN INFORMATION

#### Nombre completo del paciente

(niño/a):

*Patient (Child) Full Name:*

\_\_\_\_\_

#### Fecha de nacimiento:

*Date of Birth:*

\_\_\_\_\_

#### Fecha de hoy: Today's

*Date:*

\_\_\_\_\_

#### Nombre completo del

padre/madre o tutor: *Parent /*

*Guardian Full Name:*

\_\_\_\_\_

Relación con el niño/a: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor Legal ☐ Abuelo/a ☐ Otro/a

*Relationship to Child: ☐ Mother ☐ Father ☐ Legal Guardian ☐ Grandparent ☐ Other*

Si otro/a, explique: *If Other,*

*explain:*

\_\_\_\_\_



## Pediatric Providers

4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208

Phone: 410-484-9950 Fax: 410-484-9953 Email: admin@pediatricproviders.com

### RECONOCIMIENTO Y FIRMA

#### ACKNOWLEDGMENT & SIGNATURE

##### Al firmar a continuación, confirmo que:

*By signing below, I confirm that:*

✓ He recibido, leído y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre los cinco formularios en este paquete.

*✓ I have received, read, and had the opportunity to ask questions about all five forms in this packet.*

✓ Autorizo a Pediatric Providers a brindar atención, facturar a mi seguro, usar los métodos de comunicación que seleccioné y usar las herramientas tecnológicas que indiqué en este paquete.

*✓ I authorize Pediatric Providers to provide care, bill my insurance, use the communication methods I selected, and use technology tools as I have indicated in this packet.*

✓ Entiendo y estoy de acuerdo con las políticas financieras, incluyendo copago, citas no cumplidas y términos de cobros.

*✓ I understand and agree with the financial policies, including co-pay, missed appointments, and collections terms.*

✓ Entiendo mis derechos bajo HIPAA y la ley aplicable del estado de Maryland.

*✓ I understand my rights under HIPAA and applicable Maryland law.*

✓ Es mi responsabilidad mantenerme informado/a sobre futuras actualizaciones de políticas después de ser notificado/a.

*✓ It is my responsibility to stay informed of future policy updates after being notified.*

Firma del Padre/Madre o Tutor Legal *Signature of Parent or Legal Guardian*

Fecha *Date*

Nombre en letra de molde *Print Name*

Relación con el niño/a *Relationship to Child*