

**TREATMENT AND PAYMENT ACKNOWLEDGMENT/CONSENT(ENG-SPN)**
(RECONOCIMIENTO/CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y PAGO)**CONSENT FOR TREATMENT (CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO)**

I hereby request and consent to medical and/or diagnostic treatment, including admission if deemed necessary, by Children's Hospital of The King's Daughters, Incorporated ("CHKD"), Children's Medical Group, Inc. ("CMG"), Children's Physician Group, Inc. ("CPG"), Children's Surgical Specialty Group, Inc. ("CSSG") (CHKD, CMG, and CSSG are collectively referred to herein as "Children's Hospital of The King's Daughters Health System" or "CHKDHS") and/or Children's Specialty Group, PLLC ("CSG"), and hereby authorize such entities and their physicians (and whomever he/she may designate as his/her assistant(s), including Residents and any CHKD professional staff physician) and employees to treat myself or minor(s) in my legal custody, including stepchildren, in ways they determine to be therapeutically necessary. I understand that this treatment may include tests (lab/diagnostics), examinations, administration of medications, and medical or surgical procedures. I understand that during treatment, the possibility exists for health care workers to become directly exposed to the individual's blood or body fluids. Virginia law authorizes health care providers to test patients for HIV and Hepatitis B & C antibodies when a health care provider or any person employed by or under the direction and control of a health care provider is exposed to the body fluids of a patient in a manner that may transmit HIV or the Hepatitis A or B viruses. In the event of exposure, I understand that I will be deemed to have consented to testing, and consent to release test results to the health care worker who may have been exposed. Prior to testing, I will be informed and given an opportunity to ask questions. I consent to the release of prescription history from any drug pharmacy or drug monitoring agency to my physician or healthcare provider. I further consent to the taking of photographs/videos including audio for treatment, security, public health, healthcare operations, and/or payment purposes.

(Por el presente solicito y doy consentimiento para recibir tratamiento médico y/o diagnóstico, incluyendo ser internado en el hospital si se considera necesario, por Children's Hospital of The King's Daughters, Incorporated ("CHKD"), Children's Medical Group, Inc. ("CMG"), Children's Physician Group, Inc. ("CPG"), Children's Surgical Specialty Group, Inc. ("CSSG") (Se hace referencia aquí a CHKD, CMG y CSSG colectivamente como "Children's Hospital of The King's Daughters Health System" o "CHKDHS") y/o Children's Specialty Group, PLLC ("CSG"), y por el presente autorizo a dichas entidades y sus médicos (y a toda persona que los médicos designen como su(s) asistente(s), incluyendo a los médicos Residentes y a cualquier médico profesional empleado por CHKD) y sus empleados para que me brinden tratamiento o se lo brinden al/los menor(es) que estén bajo mi custodia legal, incluyendo hijastros, de la manera que ellos determinen necesaria terapéuticamente. Yo comprendo que este tratamiento puede incluir pruebas (de laboratorio/diagnósticas), exámenes, administración de medicamentos y procedimientos médicos o quirúrgicos. Yo comprendo que, durante el tratamiento, existe la posibilidad de que los trabajadores de atención médica estén expuestos directamente a la sangre o a los líquidos corporales del individuo. Las leyes de Virginia autorizan a los proveedores de atención médica a hacerle pruebas a los pacientes para el VIH y para los anticuerpos de la Hepatitis B & C cuando un proveedor de atención médica o cualquier persona empleada por o bajo la dirección y el control de un proveedor de atención médica queda expuesto a los líquidos corporales de un paciente de tal modo que pueda transmitir el VIH o el virus de la Hepatitis A o B. En el caso de exposición, comprendo que seré considerado como persona que ya ha dado consentimiento para pruebas y autorización a la divulgación de los resultados de las pruebas al proveedor de atención médica que pudo estar expuesto. Antes de los exámenes, yo seré informado y me darán la oportunidad de hacer preguntas. Doy permiso para que compartan información sobre el historial de recetas de cualquier farmacia de medicamentos o agencia de monitoreo de medicamentos a mi doctor o proveedor de atención médica. Además, doy mi consentimiento para que tomen fotografías/videos incluyendo audio para propósitos de tratamiento, seguridad, salud pública, operaciones del sistema de salud, y/o de pago).

Date (Fecha): _____ Initials (Iniciales): _____

OBLIGATION OF PAYMENT (OBLIGACIÓN DE PAGO)

I irrevocably direct and assign payment from my insurance company, Medicaid, Medicare, Tricare, or other provider of health care benefits to CHKDHS and/or CSG for services rendered. I understand that my insurance policy is a contract between my insurance company and me, and that I am responsible to CHKDHS and/or CSG for any charges not covered by my insurance, including co-payments, deductibles, and fees for non-covered services. Since most physicians are not employed by the hospital, the hospital and physician will bill separately for services rendered. Some insurance plans require the laboratory and/or radiology department performing tests to bill for such diagnostic tests. In these instances, I understand that I will receive a separate statement and bill from the laboratory and/or radiology department performing the test. If all charges are not paid when due to CHKDHS and/or CSG, the undersigned agrees to pay all costs of collection, including collection agency and attorney's fees in an amount not to exceed thirty-three & one-third % (33 1/3%) of the balance placed with agency and attorney, which shall be deemed incurred upon referral.

(Yo irrevocablemente dirijo y asigno pago por medio de mi compañía de seguro, Medicaid, Medicare, Tricare u otro proveedor de beneficios de salud a CHKDHS y/o CSG por los servicios brindados. Comprendo que mi póliza de seguro es un contrato entre mi compañía de seguro y mi persona, y que soy responsable ante CHKDHS y/o CSG por cualquier cargo que no sea cubierto por mi seguro, incluyendo los copagos, deducibles, y cuotas por servicios no cubiertos. Ya que el hospital no emplea a la mayoría de los médicos, el médico y el hospital enviarán cuentas separadas por los servicios brindados. Algunos planes de seguro le exigen al laboratorio y/o al departamento de radiología que realiza los exámenes, cobrar por tales exámenes diagnósticos. En estos casos, comprendo que recibiré una factura separada y un cobro del laboratorio y/o del departamento de radiología que realizó el examen. Si todos los cargos no se pagan cuando se vence el pago a CHKDHS y/o CSG, la persona cuya firma aparece suscrita está de acuerdo en pagar todos los costos de colecciones, incluyendo las cuotas de las agencias de colecciones y las cuotas de los abogados, hasta una cantidad que no exceda el treinta y tres y un tercio por ciento (33 1/3%) del balance/saldo total determinado con la agencia y el abogado, el cual se considerará la obligación de esa persona al ser referido).

Date (Fecha): _____ Initials (Iniciales): _____

BALANCES DUE AND BILLING QUESTIONS (SALDOS PENDIENTES DE PAGO Y PREGUNTAS SOBRE FACTURACIÓN)

Once payment has been received from my insurance company, any balance remaining on my account will be payable by me upon receipt of my statement. Co-payments and other self-pay amounts are due prior to leaving the hospital and/or practice. I have been informed that a fee of \$25.00 may be applied to my account for any returned checks. The RETURNED CHECK FEE is only payable in cash or by money order. All billing inquiries can be directed to the CHKDHS and/or CSG Billing Representative where care was received.

(Una vez que se haya recibido el pago de mi compañía de seguro, cualquier saldo restante en mi cuenta será pagado por mí al recibir la factura. Los copagos y otras cantidades de pago propio deben pagarse antes de salir del hospital y/o consultorio. Me han informado que puede aplicarse una cuota de \$25.00 a mi cuenta por cualquier cheque devuelto. La CUOTA POR CHEQUE DEVUELTO sólo puede pagarse en efectivo o con giro postal. Todas las preguntas relacionadas con las facturas pueden dirigirse al Representante de Facturación de CHKDHS y/o CSG donde se recibió la atención médica).

Date (Fecha): _____ Initials (Iniciales): _____

COMMUNICATION PREFERENCE (PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN)

- If email address(es) is/are provided, I consent to CHKDHS' and/or CSG's use of encrypted email to send me communications that may include protected health information.
(Si la(s) dirección(es) de correo electrónico se proporciona(n), yo le doy permiso al CHKDHS y/o CSG para que me envíen mensajes a través del uso de correo electrónico cifrado que pueden incluir información de salud protegida).
- If mobile phone numbers is/are provided, I consent to CHKDHS' and/or CSG's use of unsecured SMS text messaging to send me communications that may include protected health information.
(Si se proporciona(n) número(s) de teléfono móvil, yo le doy permiso al CHKDHS y/o CSG para que me envíen mensajes a través del uso de mensajes de texto no asegurados que pueden incluir información de salud protegida).

By signing this consent form, I acknowledge that I have the authority to provide consent and am granting permission to CHKDHS and/or CSG or their affiliates, clinical providers, business associates, billing services, collection agencies, agents, or third parties who may act on their behalf to contact me for any reason or purpose, including those related to my account, insurance, billing, payment, and/or the care rendered on the mobile phone number(s) provided on this or other form(s) or updated at a later time. I understand that I may choose to grant permission to contact me via phone call and text message, or phone call only (no texts). Consent is not required; I may opt-out of communications sent to my cell phone number(s). I retain the right to revoke permission at any time. I understand that communications may be made as a direct dial call or through the use of SMS text messages, live, pre-recorded or artificial voice messages, and/or the use of an "automated telephone dialing system," computer-aided technologies, or "autodialer". Depending on my mobile service plan, message and data rates may be assessed by my mobile provider. I may withdraw consent or opt-out at any time by providing written notice to Physician Practice Management, by emailing Text.Opt@chkd.org, by calling CHKD at (757) 668-8577, or by visiting the website www.chkd.org/TextOpt. Responding to SMS text messages with "STOP" will also withdraw my consent. I understand that the person signing is not required to sign the agreement as a condition of securing or receiving any services with CHKDHS and/or CSG.

(Al firmar este formulario para el consentimiento, reconozco que tengo la autoridad para dar consentimiento y estoy otorgando permiso a CHKDHS y/o CSG o a sus afiliados, proveedores clínicos, asociados de negocios, servicios de facturación, agencias de colección, agentes, o terceras partes que puedan actuar en su nombre a contactarme por cualquier razón o propósito, incluido lo que esté relacionado a mi cuenta, seguro médico, facturación, pago y/o la atención brindada, al número(s) de teléfono celular proporcionado en este o en otro(s) documento(s) o actualizado en el futuro. Entiendo que puedo decidir dar permiso para que me contacten por teléfono y por mensajes de texto, o por teléfono solamente (sin mensajes de texto). El consentimiento no es obligatorio; yo puedo decidir que no me contacten a mi(s) número(s) de teléfono celular. Yo retengo el derecho de revocar el permiso en cualquier momento. Entiendo que las comunicaciones pueden realizarse a través de una llamada telefónica directa o a través del uso de mensajes de texto, mensajes de voz en vivo, pregrabados o artificiales, y/o el uso de un "sistema de marcado telefónico automatizado," o tecnología con asistencia informática, o "sistema automático de marcación." Dependiendo de mi plan de servicio móvil telefónico, mi proveedor de servicio móvil puede evaluar las tarifas de datos y mensajes. Puedo revocar el consentimiento o excluirme en cualquier momento proporcionando notificación escrita a "Physician Practice Management", enviando un correo electrónico a Text.Opt@chkd.org, llamando a CHKD al (757) 668-8577, o visitando el sitio web www.chkd.org/TextOpt. Respondiendo a los mensajes de texto con la palabra "STOP" también revocará mi consentimiento. Entiendo que la persona que firma no está obligada a firmar el acuerdo como condición para asegurar o recibir ningún servicio con CHKDHS y/o CSG).

Date (Fecha): _____ **Initials (Iniciales):** _____

ACKNOWLEDGMENTS/CERTIFICATIONS (RECONOCIMIENTOS/CERTIFICACIONES)

I, the Parent/Legal Guardian/Patient, acknowledge and certify the following:

(Yo, el Padre/ el Tutor Legal/el Paciente, reconozco y certifico lo siguiente)

- I received a medical screening and stabilization treatment prior to being asked about financial information while seeking care for a deemed medical emergency.
(Me realizaron un examen médico de detección y recibí tratamiento de estabilización antes de que me solicitaran información financiera mientras buscaba atención para una supuesta emergencia médica).
- I was offered (a) the "Patient/Family Rights & Responsibilities" form and provided (b) the Organized Healthcare Arrangement "Notice of Privacy Practices" form on the date of this Agreement and was given an opportunity to ask questions about the information provided.
(Me ofrecieron el documento de los (a) "Derechos y Responsabilidades del Paciente/Familia" y me entregaron el documento del (b) "Aviso sobre las Prácticas de Privacidad" del Arreglo de Atención Médica Organizada en la fecha que se realizó este Acuerdo y me dieron la oportunidad de hacer preguntas sobre la información proporcionada).
- I have read and agree to the terms of the "Patient Financial Policy". I certify that I understand the payment terms contained in this form.
(He leído y acepto los términos de la "Política Financiera del Paciente". Certifico que comprendo las condiciones de pago contenidas en este documento).
- I certify that this form has been fully explained to me, that I have had any necessary communication assistance, I understand the contents of this form and that I am the patient or the patient's parent/legal guardian and have the authority to request this treatment. Furthermore, I permit a copy of this document to be used in place of the original. I certify that all statements are true and correct and I understand that false statements or documents or concealment of a material fact may be prosecuted under federal or state laws. I acknowledge that any form completed by CHKDHS and/or CSG shall not be changed or altered by a parent/guardian/patient and understand that if it is changed or altered, it may jeopardize my child's health or safety based on provider(s)'s recommendation(s).
(Certifico que me han explicado este documento completamente, que he tenido la ayuda de comunicación necesaria y entiendo el contenido de este documento y que soy el paciente o el padre/tutor legal del paciente y tengo la autoridad para solicitar este tratamiento. Además, permito que se utilice una copia de este documento en lugar del original. Certifico que todas las declaraciones son verdaderas y correctas y entiendo que las declaraciones o los documentos falsos o el ocultamiento de hechos materiales puede someterse a juicio conforme a las leyes federales o estatales. Reconozco que cualquier documento completado por CHKDHS y/o CSG no deberá cambiarse o alterarse por un padre/tutor legal/paciente y entiendo que, si se cambia o se altera, esto puede poner en peligro la salud o la seguridad de mi niño(a) basado en la(s) recomendación(es) del proveedor/ de los proveedores médico(s)).

Date (Fecha): _____ **Initials (Iniciales):** _____

Advance Directive to be completed if patient is an adult (18 years or older): Does the patient have an advance directive? _____ **Yes** _____ **No**
(Directiva por Adelantado se debe completar si el paciente es un adulto (18 años o más): ¿El paciente tiene una directiva por adelantado?) (Si) (No)

PATIENT(S) NAME (please print):
(NOMBRE DEL PACIENTE(S) (favor escriba)

DATE OF BIRTH:
(FECHA DE NACIMIENTO)

SIGNATURE OF PATIENT/LEGAL GUARDIAN

(FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL)

RELATIONSHIP TO PATIENT/LEGAL AUTHORITY

(RELACIÓN CON EL PACIENTE/ AUTORIDAD LEGAL)

DATE

(FECHA)

TIME

(HORA)

Witness:

(Testigo)

For office use only: (Para uso exclusivo del personal de la oficina)

Date:

(Fecha)

Time:

(Hora)

2nd Witness: (Verbal Consent Only)

(Segundo Testigo) (Solo par Consentimiento Verbal)

Date

(Fecha)

Name of Person Accompanying Patient

(Nombre de la Persona que Acompaña al Paciente)