



## Formulario de Autorización de BreatheWorks

*(Aplica a pacientes pediátricos y adultos – toda la información proporcionada se mantendrá confidencial)*

### Información del paciente

Nombre del paciente / Pronombres:

---

Fecha de nacimiento:

---

Parte responsable (si es diferente):

---

Mejor correo electrónico:

---

Mejor número de teléfono:

---

Número de seguro social de la parte responsable:

---

Seguro primario / ID del seguro / N° de grupo:

---

Titular principal del seguro (nombre, fecha de nacimiento, dirección – si es diferente):

---

Seguro secundario (si aplica) / ID del seguro / N° de grupo:

---

Titular principal del seguro (nombre, fecha de nacimiento, dirección – si es diferente):

---

## Política de Pagos

- BreatheWorks presentará reclamaciones de seguro en nombre de los pacientes.
- Se debe mantener registrada una tarjeta válida de crédito/débito/HSA/FSA.
- Los copagos se cobran el mismo día del servicio.
- Después de que se procesen las reclamaciones de seguro, se enviarán facturas; las tarjetas se cargarán 2 días después.
- El tratamiento puede suspenderse si no se recibe el pago dentro de los 30 días.
- Ausencia / Cancelación tardía:
  - \$100 de cargo por citas perdidas.
  - \$50 de cargo por cancelaciones dentro de las 48 horas.
  - Después de 3 ausencias consecutivas, la programación puede suspenderse.

*Reconocimiento: He leído y entiendo la Política de Pagos.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Consentimiento de Comunicación con el Paciente

Autorizo recibir comunicación de BreatheWorks (correo electrónico, mensaje de texto, llamada telefónica) para recordatorios de citas, información de salud y actualizaciones relevantes. Pueden aplicarse cargos estándar por mensajes/datos. Entiendo que puedo darme de baja en cualquier momento notificando a la oficina.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Comunicación y Coordinación con Proveedores

Autorizo a BreatheWorks a:

- Presentar reclamaciones de seguro en mi nombre.
- Cargar a la tarjeta registrada cualquier responsabilidad financiera del paciente.
- Comunicarse con mi proveedor remitente, proveedor de atención primaria y cualquier otro proveedor adicional listado a continuación:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Autorización de Fotos y Videos

Otorgó permiso a BreatheWorks para usar fotografías/videos según lo marcado a continuación:

- ☐ Solo fotografías clínicas (para informes y documentación de referencia)
- ☐ Clínico + Propósitos educativos (para capacitación interna)

☐ Todos los usos (incluye investigación/presentaciones educativas/públicas)

☐ Otro: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Política de Citas

Las citas deben confirmarse con 48 horas de anticipación (por mensaje de texto/correo electrónico/teléfono). Las citas no confirmadas pueden ser canceladas.

Por favor, llegue 10 minutos antes a las sesiones presenciales o inicie sesión 5 minutos antes en telemedicina con cámara/micrófono en funcionamiento.

Las cancelaciones requieren aviso de 48 horas. Las cancelaciones tardías pueden resultar en un cargo.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Reconocimiento de Prácticas de Privacidad HIPAA

Autorizo el uso/divulgación de mi Información de Salud Protegida (PHI) para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Autorizo fotografías/videos para fines de documentación clínica.

Entiendo mis derechos bajo HIPAA, incluyendo solicitar restricciones, acceder a registros y revocar esta autorización en cualquier momento (excepto en los casos en que ya se hayan tomado medidas).

He recibido y revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de BreatheWorks.

Nombre del paciente/tutor: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Para completar su expediente y garantizar una facturación precisa con el seguro, por favor proporcione copias de lo siguiente:

- Anverso y reverso de su(s) tarjeta(s) de seguro médico
- Su licencia de conducir o identificación con foto emitida por el gobierno

Puede enviar estos documentos de manera segura por correo electrónico a: [info@breatheworks.com](mailto:info@breatheworks.com)

Si lo prefiere, también puede traer estos artículos a su primera cita para que los escaneamos en el registro.

**Gracias por ayudarnos a mantener sus registros actualizados y asegurar una coordinación fluida con su seguro.**