



## **Canyon Pediatrics and Family Consent Form**

### **Purpose of this Consent Form:**

This form is provided to patients of Canyon Pediatrics, Inc. (the “Clinic”). We want to let you know about the care and treatment that you will receive from the Clinic, and to obtain your consent to allow us to provide your care. In the case of patients under the age of 18, or other individuals who may not be capable of making informed choices about their healthcare, we provide this form to their parents, guardians or caregivers to evaluate and sign on behalf of the patient.

### **General Consent and Conditions of Treatment:**

I consent to the treatment that will be provided by the Clinic primary care providers, as well as their assistants and other Clinic staff members. I understand that a medical record will be prepared and maintained about me by the Clinic, and that I am entitled to obtain a copies of my medical record through the patient portal as available or by signing a Medical Records Authorization Form provided by the Clinic for that purpose.

### **Student Participation:**

I understand that the Clinic participates in the education of students in healthcare. I can decline their participation in my care at any time.

### **Communication With Health Care Providers:**

To safeguard my health information, I understand that the Clinic’s practice is to convey test results to patients by phone, mail (to the address provided by the patient or caregiver) or in person. I understand that the Clinic’s policies do not permit discussions about my health information, or transmission of my test results via email, since email is generally not a secure method of communication. I understand that I always have the option to call the Clinic or make an appointment to come in to discuss my test results or health issues with a provider.



## **Canyon Pediatrics and Family Consent Form**

### **Canyon Pediatrics and Family Forma De Consentimiento**

#### **Propósito de este Formulario de Consentimiento:**

Este formulario se proporciona a los pacientes de Canyon Pediatrics, Inc. (la "Clínica"). Queremos informarle sobre la atención y el tratamiento que recibirá de la Clínica y obtener su consentimiento para permitirnos brindarle su atención. En el caso de pacientes menores de 18 años, u otras personas que pueden no ser capaces de tomar decisiones informadas sobre su atención médica, proporcionamos este formulario a sus padres, tutores o cuidadores para que lo evalúen y firmen en nombre del paciente

#### **Consentimiento General y Condiciones de Tratamiento:**

Doy mi consentimiento para el tratamiento que proporcionarán los proveedores de atención primaria de la Clínica, así como sus asistentes y otros miembros del personal de la Clínica. Entiendo que la Clínica preparará y mantendrá un registro médico sobre mí, y que tengo derecho a obtener copias de mi registro médico a través del portal del paciente, según esté disponible, o firmando un Formulario de autorización de registros médicos proporcionado por la Clínica para ese fin o propósito.

#### **Participacion de Estudiantes:**

Entiendo que la Clínica participa en la educación de los estudiantes de atención médica. Puedo rechazar su participación en mi cuidado en cualquier momento.

#### **Comunicación con Proveedores de Atención Médica:**

Para proteger mi información de salud, entiendo que la práctica de la Clínica es informar los resultados de pruebas a los pacientes por teléfono, correo (a la dirección proporcionada por el paciente o el cuidador) o en persona. Entiendo que las políticas de la Clínica no permiten discusiones sobre mi información de salud o la transmisión de los resultados de mis exámenes por correo electrónico, ya que el correo electrónico generalmente no es un método seguro de comunicación. Entiendo que siempre tengo la opción de llamar a la Clínica o concertar una cita para hablar sobre los resultados de mis exámenes o problemas de salud con un proveedor.



## **Canyon Pediatrics and Family Consent Form**

### **Emergency Situations:**

I understand that in emergency situations, it may be necessary or advisable for the Clinic to perform services and/or procedures that may not be fully discussed with me (or my parent or caregiver) in advance. I consent to these services and/or procedures under those circumstances.

### **Billing and Collection:**

I give the Clinic permission to share my information with my insurance company for purposes of seeking payment, as well as any third parties that may be involved in billing or collection services for the Clinic. If I don't want certain information shared with my insurance company, I have the right to notify the Clinic before any billing takes place but understand that I must also pay for the treatment that I do not want shared in full, at the time the treatment is provided to avoid sharing the information with my insurance company.

### **Work-Related Injuries or Disabilities:**

I understand that if I receive treatment for a work-related injury or illness, some of my information will be shared with my employer or its workers' compensation insurance carrier, in connection with evaluation of my claim, and in order to help my employer address any safety issues at the workplace. I also understand that if I request special accommodations based upon a disability, a limited amount of my medical information may be shared with my employer, to the extent warranted to evaluate or confirm my disability.

### **Care Coordination and Behavioral Health:**

I understand that the Clinic is an integrated provider, and I may be referred, with my permission, to a behavioral health consultant for support with mental health, health behavior, or other environmental or social concerns. If I am prescribed psychiatric medications by a medical provider from The Clinic or if I am seen for behavioral or social determinants of health concerns, I acknowledge that my case may be consulted with a psychiatric or behavioral health professional in order to provide the best care. The Clinic also participates in various Health Information Exchanges (HIE) including Arizona's HIE, Healthcurrent. The Clinic will work with these outside agencies to obtain and coordinate care such as obtaining service plans, medications, labs and lab results, and other pertinent healthcare information.

This information will be used to create a continuum of care that connects to a patient's total healthcare. The Clinic in the case acts as a health home for a patients



## **Canyon Pediatrics and Family Consent Form**

### **Situaciones de Emergencia:**

Entiendo que en situaciones de emergencia, puede ser necesario o aconsejable que la Clínica realice servicios y / o procedimientos que pueden no discutirse completamente conmigo (o mi padre o cuidador) por adelantado. Doy mi consentimiento para estos servicios y / o procedimientos en esas circunstancias.

### **Facturación y Cobro:**

Doy permiso a la Clínica para compartir mi información con mi compañía de seguros con el fin de solicitar el pago, así como con cualquier tercero que pueda estar involucrado en los servicios de facturación o cobro de la Clínica. Si no deseo que se comparta cierta información con mi compañía de seguros, tengo derecho a notificar a la Clínica antes de que se realice cualquier facturación, pero entiendo que también debo pagar el tratamiento que no deseo que se comparta en su totalidad, en el momento El tratamiento se proporciona para evitar compartir la información con mi compañía de seguros.

### **Lesiones o Discapacidades Relacionadas con el Trabajo:**

Entiendo que si recibo tratamiento por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, parte de mi información se compartirá con mi empleador o su compañía de seguros de compensación de trabajadores, en relación con la evaluación de mi reclamo y para ayudar a mi empleador a abordar cualquier problema de seguridad en el lugar de trabajo. También entiendo que si solicito adaptaciones especiales basadas en una discapacidad, se puede compartir una cantidad limitada de mi información médica con mi empleador, en la medida en que esté garantizado para evaluar o confirmar mi discapacidad.

### **Coordinación de Atención y Salud Conductual:**

Entiendo que la Clínica es un proveedor integrado y que me pueden referir, con mi permiso, a un consultor de salud conductual para que me brinde apoyo con respecto a la salud mental, el comportamiento de la salud u otros problemas ambientales o sociales. Si un proveedor médico de la Clínica me prescribe medicamentos psiquiátricos o si me ven por determinantes conductuales o sociales de problemas de salud, reconozco que mi caso puede ser consultado con un profesional psiquiátrico o de salud conductual para brindar la mejor atención. La clínica también participa en varios intercambios de información de salud (HIE), incluido HIE de Arizona, Health Current. La Clínica trabajará con estas agencias externas para obtener y coordinar la atención, como la obtención de planes de servicio, medicamentos, laboratorios y resultados de laboratorio, y otra información de salud pertinente. Esta información se utilizará



## **Canyon Pediatrics and Family Consent Form**

healthcare data and works in partnership with patients and other providers to provide total healthcare. If I don't want certain information shared, I have the right to notify the Clinic before any my appointment takes place.

### **Authentication:**

I understand that the Clinic will require patients to provide identification in connection with visits to the Clinic or in connection with any telephone calls in which personal information may be requested. This helps the Clinic ensure that it is not divulging personal information nor treating an unauthorized person. If I cannot provide the necessary identification, I may not be able to receive treatment or receive the information that I am seeking from my medical record until I am able to satisfy the Clinic's authentication requirements. Such documents will include my valid driver's license and/or a picture I.D. from my employer.

### **Personal Belongings:**

I understand that the Clinic takes steps to ensure that the waiting room and other areas of the Clinic are safeguarded. However, I understand that I am solely responsible for any personal belongings that I bring with me to the Clinic, including jewelry and other valuables.

### **Notice of Privacy Practices:**

By signing this form, I acknowledge receipt of the Clinic's Notice of Privacy Practices. Validity of Consent: I understand that this Consent Form shall be valid as long as I am a patient at Canyon Pediatrics, INC. I have the right to withdraw my consent at any time. If I choose to do so, I must provide that withdrawal in writing, to the Clinic. The withdrawal of consent will only apply after it is received, and not to any information for which I previously provided consent.



## **Canyon Pediatrics and Family Consent Form**

**para crear una atención continua que se conecte con la atención médica total del paciente. La Clínica en el caso actúa como un hogar de salud para los datos de atención médica de los pacientes y trabaja en asociación con pacientes y otros proveedores para proporcionar atención médica total. Si no deseo que se comparta cierta información, tengo derecho a notificar a la Clínica antes de que tenga lugar mi cita.**

### **Autenticación:**

Entiendo que la Clínica requerirá que los pacientes proporcionen una identificación en relación con las visitas a la Clínica o en relación con cualquier llamada telefónica en la que se pueda solicitar información personal. Esto ayuda a la Clínica a asegurarse de que no divulga información personal ni trata a una persona no autorizada. Si no puedo proporcionar la identificación necesaria, es posible que no pueda recibir tratamiento o recibir la información que busco de mi registro médico hasta que no pueda cumplir con los requisitos de autenticación de la Clínica. Dichos documentos incluirán mi licencia de conducir válida y / o una identificación con foto. De mi empleador

### **Objetos Personales:**

Entiendo que la Clínica toma medidas para garantizar que la sala de espera y otras áreas de la Clínica estén protegidas. Sin embargo, entiendo que soy el único responsable de las pertenencias personales que llevo a la Clínica, incluyendo joyas y otros objetos de valor..

### **Aviso de Prácticas de Privacidad:**

Al firmar este formulario, acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de la clínica. Validez del consentimiento: entiendo que este formulario de consentimiento será válido siempre que sea paciente de Canyon Pediatrics, INC. Tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento. Si elijo hacerlo, debo proporcionar ese retiro por escrito a la Clínica. El retiro del consentimiento solo se aplicará después de que se reciba, y no a ninguna información para la que haya otorgado previamente el consentimiento.