



Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estimado Padre / Tutor:

Pediatric Boulevard quisiera agradecerle por considerar la plataforma de telesalud como una opción para continuar con la continuidad de la atención de su hijo. Como usted sabe, estamos comprometidos a ver a su hijo obtener sus objetivos para la fecha de inicio anticipada. Les agradecemos a todos por mantener las metas de sus hijos como una prioridad.

Sobre la base de las respuestas a la consulta sobre telesalud, Pediatric Boulevard ha decidido probar la plataforma de telesalud con algunos clientes. Tenga en cuenta que aunque consideramos que la telesalud es valiosa, nos damos cuenta de que nuestras familias nos estamos adaptando a una "nueva normalidad". Nuestro objetivo es ayudar a su familia a lo largo del viaje a la vez que proporcionamos habilidades valiosas que pueden ayudar en el proceso. Puede consolarle saber que esta es la primera experiencia de Pediatric Boulevard con telesalud. Con su ayuda, haremos que la experiencia de telesalud sea muy positiva para su hijo. Estamos todos juntos en esto.

Al firmar a continuación, reconoce y comprende que Pediatric Boulevard no está utilizando una plataforma segura HIPPA para proporcionar sesiones de terapia a través de telesalud. Usted acepta que todas las obligaciones financieras seguirán siendo las mismas en función de lo que firmó y tenga en el archivo de sus citas regulares de terapia ambulatoria en Pediatric Boulevard. También acepta pagar el saldo restante si vence un saldo.

Gracias por ser un cliente tan valioso en la familia Pediatric Boulevard. Esperamos recibir sus comentarios sobre la plataforma de telesalud.

Lo mejor en salud,

Por la presente autorizo a Pediatric Boulevard, PLLC a proporcionar a mi compañía de seguros / plan de salud cualquier información que solicite. También autorizo a mi compañía de seguros / plan de salud a reembolsar a Pediatric Boulevard, PLLC directamente por todos los servicios cubiertos prestados.

Entiendo que mi política de salud puede no pagar por estos servicios. Al firmar a continuación, reconozco y entiendo que, por lo tanto, soy el único responsable del monto total de todos los costos por los servicios prestados por Pediatric Boulevard relacionados con los procedimientos y / o tratamientos identificados en el momento del servicio. Acepto ser personalmente y totalmente responsable del pago oportuno del monto facturado.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del Paciente/Tutor Legal: _____

Relacion al Paciente: _____

*** [HAGA CLIC AQUÍ](#) para enviar este formulario a través de nuestro portal seguro. ***