

Le damos la Bienvenida a Julia Barriga, M.D. , P.A. Gracias por elegir nuestra práctica como el hogar médico de su hijo. Nuestra misión es llevar salud y felicidad a los niños. Tómese un momento para revisar que las expectativas y filosofías de nuestros proveedores están en línea con las de su familia. Creemos que el respeto mutuo y la confianza son necesarios para servirle a usted y a su familia.

Horas de oficina

Lunes 8:00 am - 5:00 pm, martes 8:00 am - 7:00 pm, miércoles 8:00-1:00 pm, jueves 8:00 am - 5:00 pm, viernes 8:00 am - 5:00 pm, sábados alternos 9:00 am-1:00pm.

Política de citas

Vemos pacientes solo con citas, puede programar una cita por teléfono o por mensaje de texto a nuestro Número principal (813) 984-8846 durante el horario de atención habitual, y DESPUÉS DE HORAS en nuestro sitio web o en su Portal para pacientes. Las citas de la tarde, después de la escuela y los sábados se reservan rápidamente, si estos son sus horarios preferidos, por favor programe con al menos un mes de anticipación.

Citas por enfermedad

Las citas por enfermedad aguda se programan como citas para el mismo día solamente. Tenemos citas para enfermos el mismo día disponibles para nuestros pacientes establecidos. Puede haber un tiempo de espera ya que lo estaremos trabajando entre las citas regulares programadas. Nuestras líneas telefónicas abren a las 8:00 am, llámenos lo antes posible para acomodar a su hijo. Las citas y consultas por enfermedad crónica generalmente requieren más tiempo que una cita estándar por enfermedad aguda y deberán programarse con dos semanas o más de anticipación.

Examen Físico (Well Child)

Seguimos las pautas de la Academia Americana de Pediatría, el Programa de Futuros Brillantes y HEDIS, NCQA muy de cerca y esperamos que las Familias de nuestra práctica sigan ese programa lo más cerca posible. Solicitamos que los pacientes programen sus citas de Examen Físico a más tardar un mes después de la fecha de vencimiento del paciente. El coordinador de atención de nuestra práctica le proporcionará y explicará dicho horario y lo alentaremos a que programe su próxima cita de Examen Físico cada vez que se comunique con nuestra oficina.

Las citas de Well Child, Examen Físico, están programadas para centrarse en la salud preventiva; si necesita abordar un problema agudo o un problema crónico, es posible que le pidamos que programe una cita para concentrarse en este asunto.

Política de cita de no presentación

Habrà una CUOTA DE NO SHOW por cada cita que no se presente: Citas no canceladas con 24 horas de anticipación - \$ 50.

Si no se notifica a nuestra oficina con una cancelación de al menos 2 HORAS antes de la hora de su cita, se aplicarán las tarifas de no presentación anteriores.

3 NO-SHOWS en un período de 6 meses son motivo de despido de la práctica para el paciente y toda la familia.

Esto no es ser indiferente; Es un esfuerzo continuar con la atención inmediata durante todo el día para nuestros niños enfermos.

Estos cargos no serán facturados a su compañía de seguros; Usted será responsable del pago.

Cancelaciones de cita

Si necesita cancelar una cita programada, notifique a nuestra oficina con 24 horas hábiles de anticipación para que podamos acomodar a las familias que están en una lista de espera para una cita más temprana. Si no cancela su cita dentro de las 24 horas hábiles O en caso de emergencias con al menos 2 horas antes de la cita, se aplicará un cargo de \$ 50.00. Este cargo debe pagarse antes de programar su próxima cita y no puede cargarse a su seguro.

Sábado, citas vespertinas y fuera de horario

Los martes de 5:00 p.m. a 7:00 p.m. y los sábados alternos de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. Tenemos un proveedor de guardia 24/7/365. Y una línea de consulta de enfermeras. Esto está disponible llamando a nuestro número principal (813) 984-8846. Esperamos que llame al 911 para una emergencia que ponga en peligro la vida. Y que llame a nuestros Proveedores antes de ir al Departamento de Emergencia o Atención Urgente.

Política de vacunas

Julia Barriga , MD , PA, sigue las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría y las pautas de los CDC para el cuidado de las vacunas. Creemos firmemente en las vacunas y en la protección de bebés y niños. No apoyamos horarios de vacunas alternativos o no vacunar a los niños. Si su filosofía difiere de la nuestra, le solicitamos que busque otro pediatra. (lea más en la página siguiente)

Política de privacidad de pacientes 13 años a mayores (consulte la Descripción completa de la política en la página siguiente)

Entiendo que, en aras de construir una relación de confianza con nuestros adolescentes, los proveedores pueden no ser capaces de discutir todos los problemas de adolescentes discutidos en las citas con los padres, a menos que los Proveedores sientan que el paciente es un peligro para ellos mismos o ha sido abusado .

Hogar medico

Nuestro equipo de proveedores, asistentes médicos, enfermeras y personal de apoyo trabaja muy duro para brindar atención médica integral y servir como su hogar médico. Por lo tanto, esperamos que se comunique PRIMERO con nuestra oficina, antes de buscar atención especializada, (ir a ver a un especialista) o dirigirse a un centro de atención urgente. Tenemos un proveedor de guardia que estará feliz para guiarle si está preocupado, a por su hijo, a.

Cuestionarios de pacientes

Los cuestionarios son una parte integral de la visita, ya que podemos obtener información para brindarle la más alta calidad de atención. Si elige no completarlos, no podremos evaluar adecuadamente a su hijo y no nos sentiremos cómodos brindando atención solo con los cuestionarios que cubren las compañías de seguros, ya que estos no siguen las pautas de la AAP.

Requerimos que complete estos cuestionarios ANTES DE SU CITA. Puede completar estos cuestionarios antes de la cita de su hijo en el PORTAL DE PACIENTE.

Portal del paciente y tecnología

Esperamos que todos los padres se comuniquen con nosotros a través de nuestro Portal del Paciente para la mayoría de sus necesidades, solicitud de citas no urgentes, recargas, solicitud de registros médicos, resultados de laboratorio, formularios escolares, formularios escolares perdidos, etc. Le daremos más prioridad a este método de comunicación.

Usamos recordatorios automáticos. Confirme su cita a través de este método o también puede solicitar una cancelación.

Atención de urgencias

Ofrecemos horarios vespertinos y citas los sábados. Tenga en cuenta que de acuerdo con su seguro, estas citas los sábados están sujetas a las tarifas de atención urgente de su seguro.

Atención especializada

Como su hogar médico, esperamos que se comunique con nuestra oficina para analizar los planes de atención antes de programar una cita con un especialista. Queremos participar ya sea brindando atención en nuestra oficina donde sea apropiado o remitiéndolo al especialista más apropiado y ayudando a coordinar su atención. Siempre que vea a un especialista, le pedimos que solicite que se envíe un informe directamente a nuestra oficina para que podamos coordinar toda su atención. Si decide ir por su cuenta y su seguro requiere una autorización o referencia, no podemos hacer referencias retroactivas. Después de remitirlo a su especialista, necesitamos 10 días hábiles para reenviar las notas de referencia y / o procesar una autorización de seguro. Póngase en contacto con nosotros a través de su portal del paciente con el nombre del especialista y el número de fax para esto. Haga esta solicitud 10 días hábiles antes de su cita con su especialista.

Facturación y responsabilidad financiera

Se espera que resuelva TODAS LAS PREOCUPACIONES y PREGUNTAS del seguro antes de llegar a nuestra oficina.

Esto incluye el cambio de PCP 's, llamar a su seguro para entender su póliza o disputar un copago o deducible durante su cita ya que esto causa un retraso en su cita. Si las preocupaciones no se resuelven antes de su cita, la cita será REPROGRAMADA.

El pago siempre se debe al momento del servicio, y es responsabilidad del paciente (tutor legal del paciente) comprender cómo funciona su seguro, incluidos los deducibles y coseguros, y proporcionar información actualizada del seguro en cada visita. Le facturaremos a su compañía de seguros, pero si se niegan los cargos, la responsabilidad del pago se devuelve al paciente y se cobrará en su próxima visita. Siempre puede realizar pagos a través del Portal del paciente. Consulte la Política financiera detallada para obtener más información.

Política de llegada tardía

Valoramos su tiempo y haremos todo lo posible para ver a su hijo de manera oportuna. Extiéndanos la misma cortesía y llegue a tiempo a su cita. Si llega tarde a su cita, notifique a nuestra oficina e intentaremos hacer los arreglos necesarios dentro de nuestro horario. Los pacientes que lleguen más de 15 minutos tarde a su cita pueden considerarse "no presentados" y se les puede pedir que reprogramen su cita.

Excusas escolares / laborales

Solo podemos proporcionar excusas escolares y laborales para pacientes y / o padres que son atendidos dentro de nuestra oficina. Al momento del check-out, se le proporcionará una nota que justifica el día en que fue visto y la fecha que el proveedor de la cita consideró apropiado para que regrese al trabajo o la escuela.

Miembros de la familia u otros tutores que llevan al paciente a una cita

Los padres o tutores pueden autorizar a otra persona que aún no esté autorizada en el Formulario de registro de pacientes nuevos completando nuestro formulario "Autorización para el tratamiento médico de menores" publicado en nuestro sitio web y entregándolo a la recepción antes de la cita. Asegúrese de que esta persona sabe sobre la condición de la niña, y está listo para hacer los pagos necesarios, si es necesario. (Consulte la información detallada en el formulario).

Formularios médicos y solicitudes de registros de vacunas (solo aceptamos solicitudes prepagas)

- i Registros médicos: la solicitud de registros médicos debe hacerse por escrito y contener la firma de un padre o tutor. Los registros médicos solicitados para uso personal tendrán un cargo de \$ 30 por las primeras 25 páginas, \$1.00 por página, \$ 0.25 por cada página adicional. No hay ningún cargo por enviar registros médicos a otro médico. Espere 10 días hábiles para completar la solicitud.
- i Formularios FMLA: SOLO se completarán durante una visita EXCLUSIVA por este motivo. Los padres deben saber qué requiere su empleador en el formulario.

¡ Los registros de vacunas y los formularios físicos del Estado de Florida son GRATUITOS en su Portal del paciente 24 horas después de su amable solicitud. O \$ 2.00 por página si los imprimimos en nuestra oficina 24 horas después de su solicitud, o \$ 5.00 por página para una solicitud urgente el mismo día.

¡ Exámenes físicos de deportes , si su escuela o campamento solicita un "examen físico de deportes", el paciente necesita una cita adicional para el examen de niño sano y los padres deben completar la sección delantera del Formulario físico de deportes. El examen físico físico y el examen de bienestar infantil son diferentes.

¡ Los registros de vacunas regulares están disponibles y se pueden imprimir desde el portal del paciente en cualquier momento.

¡ Todas las demás cartas cuestan \$ 50.00 por carta y requieren 10 días hábiles. Las solicitudes urgentes se cumplirán siempre que tengamos toda la información disponible y el proveedor esté disponible para completarla. Solicitudes de urgencia adicionales \$ 25.00.

Reabastecimientos de medicamentos

Por favor, espere 72 horas en nuestra oficina para reabastecimientos de recetas. Los reabastecimientos de medicamentos solo se realizarán durante nuestro horario comercial normal. El médico de guardia no le recetará reposiciones no urgentes después de horas o los fines de semana. Los pacientes deben ser vistos antes de surtir cualquier receta nueva que nuestra oficina no prescribió originalmente. Los medicamentos controlados (como los del TDAH) no se pueden inscribir electrónicamente y requerirán una visita cada 3 meses. No realizamos reposiciones de antibióticos o medicamentos para el asma. Algunas recetas requieren una visita al menos cada 3, 6 o 12 meses, dependiendo del medicamento. Solicite todos los reabastecimientos de recetas a través del Portal del paciente.

Acción legal

Si se producen acciones legales en las que un médico o cualquier empleado de Julia Barriga , MD , PA es solicitado o citado para dar testimonio (como un caso de custodia), usted será responsable de pagarle directamente a Julia Barriga , MD, PA por proporcionar lo siguiente servicios: (a) el tiempo dedicado a prepararse para la corte, (b) el tiempo dedicado al transporte hacia / desde la corte, y (c) el tiempo dedicado a comparecer ante el tribunal. Los cargos por servicios legales se facturarán a \$ 300.00 por hora. Si esta acción legal requiere que el médico se aleje de la atención del paciente durante un día entero, la tarifa será de \$ 15,000 por cada día que no puedan ver a los pacientes. Esta tarifa NO es reembolsable por un Pagador tercero y, por lo tanto, es responsabilidad legal total del paciente y / o de los padres o tutores legales del paciente.

Acuerdos de custodia / divorcio

Los decretos de divorcio son un contrato entre dos padres y no el médico y el padre. No podemos y no retendremos la información del paciente de uno de los padres a solicitud del otro padre sin recibir una copia del decreto de divorcio que verifique la custodia completa. A menos que se presente un decreto de divorcio en la historia clínica del paciente, brindaremos atención al niño, independientemente de qué padre esté en la cita. El pago se debe al momento del servicio, independientemente de qué padre tenga la responsabilidad financiera de los servicios médicos.

Mala conducta y amenazas al personal y / o proveedores

Como práctica, NO TOLERAMOS ninguna amenaza verbal o física contra nuestros proveedores o personal. Si se hace una amenaza verbalmente o en forma escrita , la relación médico-paciente se ha visto comprometida, y el paciente (y cualquier miembro de la familia, si corresponde) será dado de baja de la práctica .

Al firmar a continuación, usted reconoce y comprende completamente las Políticas de la Practica.

Firma del padre,madre / tutor legal

Nombre en letra de molde del padre,madre / tutor legal

Fecha

HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud)

Entiendo que, según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA"), tengo derecho a la privacidad con respecto a la información de salud de mi protocolo. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente. Obtenga pagos de terceros y realice operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas. Entiendo que como parte de mi atención médica, Julia Barriga , MD , PA . origina y mantiene registros de salud que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan de atención o tratamiento futuro. He recibido, leído y entiendo, o me he negado a leer, su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento en la dirección anterior para obtener una copia actual del Aviso de prácticas de privacidad. Al firmar nuestro Formulario de reconocimiento de consentimiento, usted reconoce que está de acuerdo y comprende completamente la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico.

Firma del padre,madre / tutor legal

Nombre en letra de molde del padre,madre / tutor legal

Fecha

Bienvenido a Julia Barriga , MD, PA . !



JULIA BARRIGA MD PA
5001 E. BUSCH BLVD.
TAMPA, FL 33617
PHONE: (813) 984 8846
FAX: (813) 984 8827
www.juliabarrigamd.com

**Nuestra misión es llevar salud y felicidad a los niños.
Para servirle mejor, queremos que comprenda nuestra Poliza Financiera.**

POLIZA FINANCIERA

GARANTE FINANCIERO: esta es la persona que recibirá los resúmenes de facturación por correo y es responsable por los pagos.

Tenga en cuenta que está iniciando la prestación de servicios y, en última instancia, usted es financieramente responsable de todos los cargos incurridos, ya sea pagados por su seguro o no.

Se espera que los pacientes:

1. **Traiga y presente su tarjeta de seguro a cada visita.** Debemos tener una copia de la tarjeta de seguro para presentar reclamos. Debemos tener información personal y de seguro precisa o el paciente puede recibir un aviso de 30 días de despido de la práctica.
2. **Recién nacidos:** proporcione a la oficina información actual del plan de seguro dentro de los 30 días posteriores a la fecha del servicio o no podemos presentar un reclamo a su seguro y usted será responsable del pago.
3. Haga que nuestro nombre, Julia Barriga MD PA, figure en su tarjeta de seguro como PCP si tienen un plan HMO. Si aparece otro médico o centro no podemos ver al paciente. Los recién nacidos tienen 30 días para que se nos agregue como PCP.
4. Revise nuestra Política de referencia y autorización adjunta.
5. Pague los copagos, el coseguro o la tarifa fija de \$ 80.00 si no ha cumplido con el deducible asignado por su seguro. Cuando nosotros reciba una "explicación de beneficios" de su compañía de seguros, aplicaremos este monto a su responsabilidad.
6. Pague el saldo personal adeudado en la cuenta que tenga más de 30 días antes de la próxima visita.
7. Los métodos de pago incluyen: Efectivo, Visa, Discover y d Master Card, American Express o en línea en el Portal del paciente a través de Instamed .
8. Comprenda que se aplicará un cargo de \$ 30.00 por cualquier cheque personal o tarjeta de crédito devuelto que lo niegue.
9. Asista a las citas y llegue puntualmente. Notifique a nuestra oficina de cualquier necesidad de cancelar o reprogramar. Si las citas son "no shows" o cancelado con menos de 24 horas de anticipación, se aplicará un cargo . Se realiza una llamada de recordatorio de cortesía, cuando es posible, pero es su responsabilidad de saber la fecha y hora de su cita.
10. Comprenda su póliza de seguro y sus beneficios. Comprenda que puede haber cosas que su plan de seguro NO cubre. Cada plan es diferente , y es su responsabilidad conocer su cobertura específica . Este es un contrato entre usted y su plan.
11. **Verifique con su empleador o compañía de seguros** si estamos participando con su plan específico ANTES de programar citas.
12. Comprenda si será responsable del cargo total si elige usar nuestros servicios y no participamos con su seguros . Este pago vence en la fecha del servicio. Lo haremos con la documentación para presentar un reclamo por su visita a su seguro compañía . Te reembolsarán.
13. Proporcione información de coordinación de beneficios a su seguro. De lo contrario, se rechazarán las reclamaciones y será su responsabilidad pagar.
14. Trabaje con SU seguro para obtener el pago inmediato de los reclamos. Manejaremos sus reclamos de acuerdo con nuestro acuerdo de reclamos con ese compañía de seguros
15. Llámenos si tiene alguna pregunta sobre el pago de su compañía de seguros, nuestro departamento de seguros tratará de ayudarlo. Tenga a mano la "Explicación de beneficios" que recibió de su seguro cuando llame a nuestra oficina.
16. Comprenda que no nos involucramos en disputas entre usted y su compañía de seguros con respecto a deducibles, copagos, cargos cubiertos , seguro secundario, cargos "habituales y habituales", etc., que no sean para proporcionar información objetiva según sea necesario. Usted deberá resolverlos con su seguro.
17. Comprenda que no podemos involucrarnos en disputas domésticas sobre quién es responsable de la factura.
18. Comprenda una vez que su cuenta está atrasada durante 90 días y no ha intentado realizar un pago o establecer un pago programar puede ser enviado a una agencia de cobranza y puede ser dado de baja de la práctica.
19. **Si tiene un saldo anterior que ha sido entregado a la Agencia de Cobro , debe estar preparado para pagarlo en su totalidad en el momento de sus citas futuras.**

Garante financiero

El adulto que firma esta política es responsable del pago total. Es su responsabilidad organizar la transferencia de la cantidad debida al abuelo / tutor / amigo que acompaña al niño a la oficina.

Julia Barriga , MD, PA NO honrará los arreglos financieros específicos establecidos en un Acuerdo de Custodia de Menores, Acuerdo de Liquidación de Divorcio, Decreto de Divorcio de Sentencia, o similares (los "Arreglos").

En casos de custodia de los hijos, el padre que presenta a su hijo (el "Padre que presenta") para recibir atención y tratamiento es responsable del pago de los copagos, coseguros y deducibles en el momento del servicio. Previa solicitud, Julia Barriga , MD , PA proporcionará una copia duplicada de su recibo para que el padre o tutor presente pueda solicitar el reembolso cuando corresponda.

Por la presente otorgo permiso a Julia Barriga , MD , PA . para divulgar cualquier información pertinente a mi compañía de seguros a solicitud, y también autorizo el pago directamente a Julia Barriga , MD, PA Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.



JULIA BARRIGA MD PA
 5001 E. BUSCH BLVD.
 TAMPA, FL 33617
 PHONE: (813) 984 8846
 FAX: (813) 984 8827
 www.juliebarrigamd.com

RECONOCIMIENTO DE CONSENTIMIENTO DE LAS POLITICAS DE LA PRACTICA

9-2-19 (COPIA DE OFICINA)

1. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
2. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
3. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
4. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
5. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
6. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
7. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
8. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Esta página representa un resumen de todas las políticas delineadas para Julia Barriga , MD , PA .

1. HIPPA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud): Por la presente, reconozco que me han presentado una copia de Julia Barriga , MD , PA . Aviso de privacidad. Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información de privacidad para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica . También entiendo que no estoy obligado a aceptar (Julia Barriga , MD , PA . Restricciones solicitadas, pero si los padres están de acuerdo, entonces los padres están obligados a cumplir con dichas restricciones. Iniciales del Padre/ Madre/Tutor _____
2. Julia Barriga , MD , PA . Política de obligaciones financieras: He leído, entiendo y cumpliré con la Política financiera . Entiendo que soy responsable de los cargos acumulados por mi hijo / a, independientemente de los beneficios del seguro . Si al usar la información que he proporcionado hoy o en ocasiones anteriores, Julia Barriga , MD , PA . no puede cobrar a la compañía de seguros de mi hijo, acepto toda la responsabilidad del pago de las facturas del niño. Iniciales del Padre/ Madre/Tutor _____
3. Designación Políticas Política / Office , NO- MOSTRAR Política : Por la presente reconozco que se me ha presentado con una copia de Julia Barriga , MD, PA Oficina de Políticas de Citas folleto y entiendo mis responsabilidades. Los he leído y los entiendo. Iniciales del Padre/ Madre/Tutor _____
4. Pautas del paciente y consentimiento para el uso del portal del paciente: Por la presente, reconozco que me han presentado una copia de Julia Barriga , MD , PA . Pautas del paciente y consentimiento para el uso del portal del paciente. Políticas de comunicación y entender mis responsabilidades. Iniciales del Padre/ Madre/Tutor _____
5. Política de vacunas. Por la presente, reconozco que me han presentado una copia de Julia Barriga , MD , PA . Política de vacunas . Y elijo seguir las Políticas. Iniciales del Padre/ Madre/Tutor _____
6. Política de Privacidad de Pacientes de 13 años a mayores. Por la presente, reconozco que me han presentado una copia de Julia Barriga, M.D., P.A. . Política de Privacidad de Pacientes de 13 años a mayores y elijo seguir las Políticas. Iniciales del Padre/ Madre/Tutor _____
7. Consentimiento para tratamiento y examen. Doy voluntariamente autorización para el tratamiento médico a los proveedores de Julia Barriga, M.D., P.A. Este permiso se otorga a los pacientes enumerados para recibir cualquier procedimiento médico / quirúrgico, radiografías, o pruebas de laboratorio, medicamentos o exámenes, según lo consideren necesarios los proveedores.
8. Autorizo la divulgación de registros médicos a mi compañía de seguros. En caso de que. Julia Barriga, M.D., P.A. cobre a mi seguro, autorizo que se paguen los beneficios directamente. Julia Barriga, M.D., P.A.

Las políticas y protocolos de la oficina se actualizarán periódicamente a medida que la práctica crezca y los cambios se realicen en consecuencia. Estas actualizaciones estarán disponible en nuestro sitio web, así como en nuestra oficina.

Reconozco que he leído este documento en su totalidad y lo entiendo completamente y cumpliré con todos los requisitos de Julia Barriga , MD , PA . políticas y protocolos, o me he negado a leer. También reconozco que me han dado copias de todas las políticas mencionadas anteriormente, si así lo solicita, y me dieron la oportunidad de hacer cualquier pregunta.

Nombre del padre/madre / tutor: _____ Firma: _____ Fecha de hoy _____

Nombre del testigo: _____ Firma : _____ Fecha de hoy _____