

Consent to Treat and Guarantee of Payment

I. CONSENT TO TREAT: I, the patient or the parent or legal guardian of the patient presenting for medical care (the “Patient”), consent for the Patient to receive medical care in person at PM Pediatric Care, WakeMed Children’s PM Pediatrics Urgent Care or Children’s HealthSM PM Urgent Care (each, the “Practice”) and/or through the Practice’s telemedicine platform (“PM Pediatric Telemedicine”). Such medical care shall include any diagnostic, radiological and/or therapeutic procedures, treatments and/or tests that the physician(s), nurse practitioner(s), or physician assistant(s) (each, a “Provider”) determine to be necessary and advisable (including, but not limited to, diagnostic x-rays, pharmaceutical products or medications, and blood tests). I give the Practice the authority to dispose of the specimens taken for laboratory and pathology examination. I acknowledge that in cases of Patient disclosure of intent to harm self or others, or instances of past or present child neglect or abuse, disclosure and/or mandated reporting may result, in accordance with applicable local, state or federal law and/or the Practice’s policies and practices. I consent to and authorize the Practice to take photographs, audio recordings, videos and/or films (hereinafter, “media”) related to the care and treatment of the Patient and understand that such media may be made part of the Patient’s medical record and/or may be used for internal purposes, such as quality improvement or education. I understand that if such media is used externally for the advancement of medical knowledge or educational purposes, that the Patient’s identity will remain anonymous and that such uses will be governed by the Practice’s Notice of Privacy Practices.

Telemedicine Services

If the Patient receives telemedicine services, I understand that the Patient will be provided with the name, credentials, licensure/certification, and qualifications of the Provider who will be providing the telemedicine services. I understand that, in some instances, such as when the Patient is in school, camp or elsewhere, such telemedicine services may be provided to the Patient without the Patient’s parent or legal guardian being present during the consultation. I understand that telehealth technology will be used to connect the Patient with a Provider, and that such consultations may be conducted by videoconferencing, video images, high quality still images and/or by telephone conference. I consent and authorize the Practice to audio record, video record, and/or photograph the consultation as necessary for providing quality healthcare services via telehealth technology, which, in some cases, may be facilitated with the assistance of a school nurse or other facilitator who is not affiliated with or employed by the Practice.

In choosing to participate in a telemedicine consultation, I understand that the use of telemedicine technology for diagnosing or treating health conditions presents certain risks, including but not limited to the following, which may occur in rare instances:

- Transmitted information may be distorted or insufficient to allow for appropriate medical decision making;
- There may be unanticipated delays in diagnoses or treatments due to equipment or technology failures or deficiencies;
- The Provider’s lack of access to complete medical records may result in adverse drug interactions, allergic reactions, or other medical decision errors;
- Records of services provided may be lost through technical failures; and
- In rare cases, security protocols could fail, causing a breach of privacy of personal medical information.

If the Patient is seeking telemedicine services in connection with this visit, I acknowledge that I have been advised and understand all the potential risks, benefits and alternatives to telemedicine and choose to proceed with a telemedicine consultation. I release and hold harmless the Practice from any loss of data or information due to technical failures.

In the event of an adverse reaction to the telemedicine treatment or if there is a telemedicine equipment failure, I understand that I may choose to re-initiate telemedicine services through the PM Pediatric Telemedicine platform or seek treatment from the Patient’s primary care provider, an urgent care facility, or emergency department as appropriate under the circumstances. I also understand that the Provider may terminate the telemedicine consultation if he or she feels that telemedicine services are inappropriate under the circumstances and may direct the Patient to an emergency department, urgent care provider or specialist as appropriate. I understand that the Provider’s responsibility to provide medical services will end upon termination of the telemedicine consultation. I understand that I have the right to terminate the consultation at any time, without affecting the Patient’s right to future care or treatment.

Last Updated: July 14, 2022

If telemedicine services are rendered, I understand that I may request to have the records relating to the telemedicine services sent to the Patient's primary care provider. To obtain copies of such records or request such record transfer, please visit pmpediatrics.com or call (516) 869-0650.

School/Camp Telemedicine Programs

I understand that some telemedicine consultations will be conducted with the assistance of a school or camp nurse or other facilitator ("Facilitator"), who is not employed by or affiliated with the Practice. In such instances, I voluntarily consent for the Facilitator to receive protected health information ("PHI") in order to carry out the treatment of the Patient and to remain in the room, where necessary, to aid in the consultation. I agree that the Practice will not be responsible for the medical care, services or treatment delivered by a Facilitator not employed by the Practice.

I understand that the Practice may offer limited medical examinations through the use of a peripheral medical device ("PMD") which can remotely examine the Patient's vital signs and systems and transmit such information to the Provider for evaluation. I understand that in cases where a PMD is used, a Facilitator may assist in the telemedicine consultation by conducting an examination using the PMD. The PMD is manufactured and distributed by an independent medical technology company which is not affiliated with the Practice.

In instances where the telemedicine consultation is conducted by a school nurse, I give permission and consent for the school nurse or other representatives of the school to release and exchange information about the Patient's health history or other confidential personally identifiable information about the Patient to the Practice to aid in the telemedicine treatment. I acknowledge that information provided by the school to the Practice may be considered education records that are subject to the Family Educational Rights and Privacy Act and its implementing regulations ("FERPA"). I understand that the Practice will comply with any applicable FERPA or state law requirements regarding the confidentiality of education records that it may come to possess.

II. RELEASE OF INFORMATION: I consent to the use and disclosure of the Patient's health information for purposes of treatment, payment and health care operations as described in the Notice of Privacy Practices. I authorize and direct the Practice to release to government agencies, insurance carriers, managed care companies, or other entities who are or may be financially liable for the Patient's medical care (and to authorized agents of such entities) all information needed to substantiate payment for this medical care and to permit representatives thereof to examine and request copies of records related to the Patient's case and medical treatment. I further authorize the Practice to release billing information to any healthcare provider involved in the Patient's care.

I understand that the Practice has implemented security measures sufficient to protect the Patient's electronic health information. Electronic health information is stored in a secure data center in encrypted format to prevent unauthorized individuals from viewing or accessing such data. The Practice also utilizes password and authentication protections as additional safeguards where appropriate.

I authorize the Practice to use and disclose my protected health information ("PHI") as permitted under the Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA"), other applicable law, and by the Practice's Notice of Privacy Practices. I consent to the Practice accessing, storing and sharing my medical information electronically through one or more health information exchanges ("HIEs") pursuant to applicable state and federal law. I understand that other healthcare providers within the HIE network will have access to my health information for purposes of treatment, payment and healthcare operations and that I may choose to direct the Practice not to share my health information with the HIE network by submitting to the Practice a signed copy of the Health Information Exchange Opt-Out form (available upon request).

III. ASSIGNMENT: I assign, transfer and set over to the Practice sufficient monies and/or benefits to which I am or may be entitled from government agencies, insurance carriers, or others who may be financially responsible for the Patient's medical care to cover costs of the care and treatment rendered.

IV. PATIENT GUARANTEE OF PAYMENT: I accept that I am financially responsible for all services rendered on the Patient's behalf for which a charge may be associated. I accept personal responsibility for all co-payments, deductibles, and non-covered services, as dictated by my or the Patient's insurance coverage (hereinafter, the "insurance plan"), plus any collection costs for amounts personally owed by me. I acknowledge that services provided by the Practice may not be covered by the insurance plan for one or more reasons, including but not limited to exclusions under the insurance plan, exhaustion of benefits, the insurance plan's designation of the Practice as an out-of-network provider, and/or my failure to provide the insurance card. I understand that if I do not fulfill the requirements of the insurance plan, do not receive the requisite prior approval, if the authorization is denied or if the insurance plan refuses to pay the cost of the services for any other reason, I understand and agree that I am financially responsible for the cost of these services.

If the insurance plan sends me or the Patient money that is designated to pay for the services provided by the Practice, I agree to immediately send the check or an amount equal to the amount received by the insurance plan to the Practice. I understand that all bills are to be paid immediately upon receipt. I also understand that in the event my account is transferred to a collection agency due to my failure to pay for the services, that I will be responsible for any reasonable attorney's fees and collection fees incurred by the Practice in collecting payment, in addition to the amount of the bill.

V. COMMUNICATIONS: I understand that the Practice may need to contact me regarding the healthcare services provided to the Patient. I authorize the Practice to call the phone number I have provided and to leave voicemail messages with respect to the Patient's clinical care, to facilitate treatment, payment and health care operations, and for quality improvement or educational purposes. I consent to the Practice mailing materials incident to treatment, payment and health care operations to the address I have provided, such as billing statements and/or other materials containing PHI. I consent to receive text messages and/or emails (generated through an automated system or otherwise) from or on behalf of the Practice for purposes of treatment, payment and health care operations, including, without limitation, quality improvement and patient satisfaction activities. I understand that the Practice cannot guarantee the privacy, security or confidentiality of text messages or email communications sent or received. I understand that I may opt-out of receiving automated emails or text messages at any time.

VI. AFFIRMATION: I affirm that I have read and fully understand this Consent to Treat and Guarantee of Payment form and have been given the opportunity to ask questions and that all my questions have been answered to my satisfaction.

Consentimiento para el tratamiento y garantía de pago

VII. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Yo, el paciente o el padre, la madre o el tutor legal del paciente que se presenta para atención médica (el “Paciente”), doy mi consentimiento para que el Paciente reciba atención médica en persona en PM Pediatric Care, PM Pediatrics Urgent Care de WakeMed Children’s o PM Urgent Care de Children’s HealthSM (cada uno de ellos, el “Consultorio”) y/o a través de la plataforma de telemedicina (“PM Pediatric Telemedicine”). Dicha atención médica incluirá cualquier procedimiento diagnóstico, radiológico y/o terapéutico, tratamiento y/o prueba que el médico, el personal de enfermería o el asistente médico (cada uno de ellos, el “Proveedor”) determine que es necesario y aconsejable (lo que incluye, entre otros, radiografías de diagnóstico, productos farmacéuticos o medicamentos y análisis de sangre). Autorizo al Consultorio a desechar las muestras tomadas para el examen de laboratorio y patología. Reconozco que los casos en que el paciente exprese la intención de dañarse a sí mismo o a otros, o los casos de negligencia o abuso infantil pasados o presentes, pueden dar lugar a la divulgación y/o la denuncia obligatoria, de acuerdo con la ley local, estatal o federal aplicable y/o las políticas y prácticas del Consultorio. Otorgo mi consentimiento y autorizo al Consultorio a tomar fotografías, grabaciones de audio, videos y/o películas (en adelante, “medios”) relacionados con la atención y el tratamiento del Paciente y se me ha informado que dichos medios pueden formar parte del registro médico del Paciente y/o pueden utilizarse para fines internos, como la mejora de la calidad o la educación. Comprendo que, si estos medios se utilizan externamente para el avance del conocimiento médico o para fines educativos, la identidad del Paciente permanecerá anónima y que tales usos estarán regidos por el Aviso de prácticas de privacidad del Consultorio.

Servicios de telemedicina

Si se le prestan servicios de telemedicina al Paciente, comprendo que se le proporcionará el nombre, las credenciales, la licencia/certificación y las calificaciones del Proveedor que proporcionará los servicios de telemedicina. Comprendo que, en algunos casos, cuando el Paciente esté en la escuela, en un campamento o en otro lugar, puede recibir estos servicios de telemedicina sin que su padre, madre o tutor legal estén presentes durante la consulta. Comprendo que la tecnología de telemedicina se utilizará para conectar al Paciente con un Proveedor, y que las consultas pueden realizarse mediante videoconferencia, imágenes de video, imágenes fijas de alta calidad y/o por conferencia telefónica. Otorgo mi consentimiento y autorizo al Consultorio a grabar audios, grabar videos y/o sacar fotografías en la consulta según sea necesario para proporcionar servicios de atención médica de calidad mediante el uso de la tecnología de telemedicina, que, en algunos casos, puede facilitarse con la asistencia de un enfermero escolar u otro facilitador que no esté vinculado al Consultorio ni sea empleado de este.

Al elegir participar en una consulta de telemedicina, comprendo que el uso de tecnología de telemedicina para diagnosticar o tratar afecciones médicas presenta ciertos riesgos, que pueden ocurrir en raras ocasiones, y son, entre otros, los siguientes:

- La información enviada puede ser errónea o insuficiente para permitir la toma de decisiones médicas apropiadas.
- Puede haber demoras imprevistas en los diagnósticos o tratamientos debido a fallas o deficiencias en los equipos o la tecnología.
- La falta de acceso del Proveedor a los registros médicos completos puede dar lugar a interacciones farmacológicas adversas, reacciones alérgicas u otros errores de decisión médica.
- Se pueden perder los registros de los servicios prestados debido a fallas técnicas.
- En casos poco frecuentes, los protocolos de seguridad podrían fallar y derivar en una violación de la privacidad de la información médica personal.

Si el Paciente desea utilizar servicios de telemedicina en relación con esta visita, reconozco que se me ha informado y soy consciente de todos los posibles riesgos, beneficios y alternativas a la telemedicina y elijo proceder con una consulta de telemedicina. Libero y mantengo indemne al Consultorio de cualquier pérdida de datos o información debido a fallas técnicas.

En el caso de una reacción adversa al tratamiento de telemedicina o si hay una falla en el equipo de telemedicina, comprendo que puedo optar por reiniciar los servicios de telemedicina a través de la plataforma PM Pediatric Telemedicine o buscar tratamiento del proveedor de atención primaria del Paciente, un centro de atención de urgencia o un departamento de emergencias, según corresponda en virtud de las circunstancias. También comprendo que el Proveedor puede finalizar la consulta de telemedicina si considera que los servicios de telemedicina son inapropiados según las circunstancias y puede

derivar al Paciente a un departamento de emergencias, proveedor de atención de urgencia o especialista, según corresponda. Comprendo que la responsabilidad del Proveedor de prestar servicios médicos finalizará al terminar la consulta de telemedicina. Comprendo que tengo derecho a finalizar la consulta en cualquier momento, sin que esto afecte el derecho del Paciente a recibir atención o tratamiento en el futuro.

Si se prestan servicios de telemedicina, comprendo que puedo solicitar que se envíen los registros relacionados con los servicios de telemedicina al proveedor de atención primaria del Paciente. Para obtener copias de los registros o solicitar que se reenvíen, visite pmpediatrics.com o llame al (516) 869-0650.

Programas de telemedicina para la escuela/campamento

Comprendo que algunas consultas de telemedicina se realizarán con la ayuda de una enfermera de la escuela o del campamento u otro facilitador (“Facilitador”), que no es empleado del Consultorio ni está vinculado a este. En tales casos, otorgo voluntariamente mi consentimiento para que el Facilitador reciba información médica protegida (Protected Health Information, “PHI”) para llevar a cabo el tratamiento del Paciente y permanecer en la sala, cuando sea necesario, para ayudar en la consulta. Acepto que el Consultorio no será responsable de la atención médica, los servicios o el tratamiento brindados por un Facilitador que no sea empleado del Consultorio.

Comprendo que el Consultorio puede ofrecer exámenes médicos limitados mediante el uso de un dispositivo médico periférico (peripheral medical device, “PMD”) que puede examinar de forma remota los signos vitales y sistemas del Paciente y transmitir la información al Proveedor para que este lo evalúe. Comprendo que, en los casos en que se utilice un PMD, un Facilitador puede ayudar en la consulta de telemedicina mediante la realización de un examen con el PMD. Una compañía de tecnología médica independiente que no está vinculada al Consultorio fabrica y distribuye el PMD.

En los casos en los que un enfermero escolar realice la consulta de telemedicina, otorgo mi permiso y consentimiento para que el enfermero escolar u otros representantes de la escuela compartan o intercambien información con el Consultorio sobre los antecedentes médicos u otra información personal confidencial del Paciente con el fin de ayudar en el tratamiento de telemedicina. Reconozco que la información proporcionada por la escuela al Consultorio puede considerarse registros educativos que están sujetos a la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (Family Educational Rights and Privacy Act, “FERPA”) y sus reglamentaciones de implementación. Comprendo que el Consultorio cumplirá con cualquier requisito de la ley estatal o de la FERPA aplicable con respecto a la confidencialidad de los registros educativos que pueda tener en su poder.

VIII. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Otorgo mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información médica del Paciente para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica según se describe en el Aviso de prácticas de privacidad. Autorizo y ordeno al Consultorio que divulgue a agencias gubernamentales, compañías de seguros, compañías de atención administrada u otras entidades que sean o puedan ser financieramente responsables de la atención médica del Paciente (y a agentes autorizados de dichas entidades) toda la información necesaria para corroborar el pago de esta atención médica y permitir que los representantes de estas examinen y soliciten copias de los registros relacionados con el caso y el tratamiento médico del Paciente. También autorizo al Consultorio a divulgar información de facturación a cualquier proveedor de atención médica involucrado en la atención del Paciente.

Comprendo que el Consultorio ha implementado medidas de seguridad suficientes para proteger la información médica electrónica del Paciente. La información médica electrónica se almacena en un centro de datos seguro en formato cifrado para evitar que personas no autorizadas vean o accedan a estos datos. Cuando proceda, el Consultorio también utilizará protecciones mediante contraseña y autenticación como protección adicional.

Autorizo al Consultorio a utilizar y divulgar mi información médica protegida (“PHI”) según lo permitido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, “HIPAA”), otras leyes aplicables y por el Aviso de prácticas de privacidad del Consultorio. Otorgo mi consentimiento para que el Consultorio acceda, almacene y comparta mi información médica electrónicamente a través uno o más de intercambios de información médica (Health Information Exchanges, “HIE”) de conformidad con las leyes estatales y federales. Comprendo que otros proveedores de atención médica dentro de la red HIE tendrán acceso a mi información médica para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica y que puedo optar por enviarle al Consultorio una copia firmada del formulario de no divulgación de HIE (disponible a solicitud) para indicarle que no comparta mi información médica con la red HIE.

IX. CESIÓN: Cedo, transfiero y entrego al Consultorio suficiente dinero y/o beneficios de los que tengo o puedo tener derecho por parte de agencias gubernamentales, compañías de seguros u otros que puedan ser financieramente responsables de la atención médica del Paciente para cubrir los costos de la atención y el tratamiento prestados.

X. GARANTÍA DE PAGO DEL PACIENTE: Acepto que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados en nombre del Paciente por los cuales se pueda asociar un cargo. Acepto la responsabilidad personal de todos los copagos, deducibles y servicios no cubiertos, según lo dicte mi cobertura de seguro o la del Paciente (en adelante, el “plan de seguro”), más cualquier costo de cobranza por los montos que yo adeude personalmente. Reconozco que es posible que los servicios proporcionados por el Consultorio no estén cubiertos por el plan de seguro por una o más razones, incluidas, entre otras, las exclusiones en virtud del plan de seguro, el agotamiento de los beneficios, la designación del plan de seguro del Consultorio como proveedor fuera de la red y/o mi falta de entrega de la tarjeta de seguro. Comprendo que, si no cumplo con los requisitos del plan de seguro, no recibo la aprobación previa requerida, si se rechaza la autorización o si el plan de seguro se niega a pagar el costo de los servicios por cualquier otro motivo, comprendo y acepto que soy financieramente responsable del costo de estos servicios.

Si el plan de seguros me envía a mí o al Paciente el dinero designado para pagar los servicios prestados por el Consultorio, me comprometo a enviar al Consultorio inmediatamente el cheque o una cantidad igual a la recibida por el plan de seguros. Comprendo que todas las facturas se pagarán inmediatamente después de su recepción. También comprendo que, en caso de que mi cuenta se transfiera a una agencia de cobro debido a mi falta de pago por los servicios, seré responsable de cualquier honorario razonable de abogados y honorarios de cobro incurridos por el Consultorio para cobrar el pago, además del monto de la factura.

XI. COMUNICACIONES: Comprendo que el Consultorio puede necesitar ponerse en contacto conmigo en relación con los servicios de atención médica prestados al Paciente. Autorizo al Consultorio a llamar al número de teléfono que he proporcionado y a dejar mensajes de correo de voz con respecto a la atención clínica del Paciente, para facilitar el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y con fines educativos o de mejora de la calidad. Otorgo mi consentimiento para que el Consultorio envíe por correo los materiales relacionados con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica a la dirección que he proporcionado, como estados de cuenta de facturación y/u otros materiales que contengan PHI. Otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto y/o correos electrónicos (generados a través de un sistema automatizado o de otro modo) del Consultorio o en su nombre para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, incluidas, entre otras, las actividades de mejora de la calidad y de satisfacción del Paciente. Comprendo que el Consultorio no puede garantizar la privacidad, seguridad o confidencialidad de los mensajes de texto o comunicaciones por correo electrónico enviados o recibidos. Comprendo que puedo optar por no recibir correos electrónicos o mensajes de texto automáticos en cualquier momento.

DECLARACIÓN: Declaro que he leído y comprendo completamente este formulario de Consentimiento para el tratamiento y garantía de pago y que se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y que todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente