

**MID VALLEY PEDIATRICS AND ALLERGY CENTER  
1010 S. AIRPORT DRIVE WESLACO, TX. 78596**

anteriores del paciente, de medicos, hospitales, enfermeras y otras instituciones.

Initials/Iniciales: \_\_\_\_\_

- **Private Policy:** I have received and read a copy of the private policy of Mid Valley Pediatrics and Allergy Center, PA and I understand that these are the policies. I agree that these policies are fair and if I require exceptions these policies will be accessible to my needs./ **Póliza privada:** He recibido y leído una copia de la póliza privada de la práctica de Mid Valley Pediatrics and Allergy Center, PA y entiendo que estas son las pólizas. Yo acepto que estas pólizas son justas y si requiero excepciones a estas pólizas serán accesibles a mis necesidades. **Initials/ Iniciales:** \_\_\_\_\_
  
- **Financial Responsibility:** I am aware that I will be responsible for the medical services provided by Mid Valley Pediatrics and Allergy Center, PA. I understand that Mid Valley Pediatrics and Allergy Center, PA will process claims for payment and if my insurance does not cover services because of limited benefits, deductible, etc., I will be responsible for full payment. I am aware of my benefits and limitations of my insurance. Co-pay will be collected before seeing the provider, it's my responsibility as a guarantor to give correct information on my insurance./ **Responsabilidad Financiera:** Estoy conciente que yo seré responsable por los servicios médicos proporcionados por Mid Valley Pediatrics and Allergy Center, PA. Yo entiendo que Mid Valley Pediatrics and Allergy Center, PA procesara servicios para pago con mi seguro médico, y en caso que el seguro no cubra los servicios por causa de beneficios limitados, deducible, etc., yo seré responsable por el pago total. Estoy consciente de mis beneficios y limitaciones que tiene mi seguro. Co- pago será colectado antes de ver el médico. Es la responsabilidad del tutor darnos los datos correctos de su seguro. **Initials/ Iniciales:** \_\_\_\_\_
  
- **Assignment of Benefits:** I hereby authorize my insurance to cover medical expenses in full or part payments including personal accidents or automobile accidents to Mid Valley Pediatrics and Allergy Center, PA./ **Asignación de Beneficios:** autorizo que mi seguro cubra los gastos médicos en total o parte incluyendo pagos de accidentes personales y automovilísticos a Mid Valley Pediatrics and Allergy Center, PA. Initials/Iniciales: \_\_\_\_\_
  
- **Televisit/ Photograph Authorization:** I authorize Mid Valley Pediatrics and Allergy Center, PA for all televisit services and also give consent for my child's picture to be taken for EMR purposes./ **Autorizacion De Televisita y Fotografia:** Yo autorizo a Mid Valley Pediatrics and Allergy Center, PA para todos los servicios de televisión y también doy mi consentimiento para que se tome la foto de mi hijo para el record medico electronico. **Initials/ Iniciales:** \_\_\_\_\_
  
- **Consent for Nurse Practitioner to provide care:** I authorize a Nurse Practitioner to provide medical services, treatment and care for my child at Mid Valley Pediatrics and

Allergy Center. / **Consentimiento a Enfermera Practicante:** Autorizó a una enfermera practicante a brindar servicios médicos, tratamiento y atención a mi hijo. **Initials/Iniciales:**\_\_\_\_\_

- I understand that this document has no expiration date as long as it's requested by a parent./ Comprendo que este documento no tiene fecha de caducidad a menos que sea solicitado por el tutor. **Initials/ Iniciales:**\_\_\_\_\_
- **I AGREE TO THE CONDITIONS ABOVE/ YO ESTOY CONSIENTE Y ACEPTO LAS CONDICIONES MENCIONADAS.**

**Signature/ Firma:**\_\_\_\_\_ **Date/ Fecha:** \_\_\_\_\_