



DR. DANTE GABRIEL, MD, SC

Dante Gabriel, MD, FAAP

Faye Montes, MD, FAAP

Alma Guzman, MD, FAAP

Marson Tenoso, MD, FAAP

Agreement to Comply with Office Policies

The policies and rules set forth on this form are for the benefit of our office/ staff as well as our patients. Please be advised that failure to comply with these policies may result in violation of our practice policies and rules which may lead to ending our patient-provider relationship.

Appointment policies and “No-Show” or “Late-Cancel” fees are as follows:

Appointments made the same day for sick patients must be kept, if you are unable to keep your appointment a late cancellation fee of \$35.00 will be assessed to your account. **Our office reserves the right to dismiss patients from our office for chronic missed appointments and/or non-compliance of medical recommendations for appointments in office or referrals to another office.**

Well-Child appointments are asked to be made in advance; as much as we strive to accommodate all our patients as often as possible. There may be a time that we may not be able to get you in right away, to avoid this we ask that you make your appointments in a timely manner to better suit your needs. A 24-hour notice for cancellations is required; there is a \$35.00 late cancellation fee or a \$55 No-show fee for missed appointments. It is also required that a child be accompanied by their parent or legal guardian any time they are due for immunizations. If your child will be accompanied by another adult, the parent or legal guardian must provide our office with written consent to treat their child while under the supervision of whoever will be bringing them in, this does not apply to children receiving immunizations. We are required to have the actual signature of the legal guardian or parent in order to administer immunizations unless the child is 18y or older.

Divorced/ Child Custody Cases: The guardian who accompanies the child is responsible to pay copays, any account balance at time of service. Our office **does not** get involved in custody disputes or divorce judgements.

Disruptive/ abusive behavior in the office will not be tolerated and may lead to the immediate termination of patient-provider relationship. Disruptive and abusive behaviors include but are not limited to the following:

1. Profane and/or disrespectful language.
2. Demeaning behavior, referring to staff as derogatory names.
3. Sexual comments/harassment.
4. Throwing things or threatening behavior of staff.
5. Outbursts of anger.
6. Negative comments about other patients or staff.
7. Criticizing staff or policies in a non-compliant manner.
8. Discriminatory/abusive behavior toward persons in office.
9. Unethical or dishonest behavior.
10. Non-Compliance of office policies or rules.

These rules and policies are set forth by Gabriel Pediatrics', S.C. to safeguard its employees and clients. By signing I acknowledge and agree to comply with the said office policies and am aware of the consequences if this agreement is broken or disregarded at any time.

Parent/legal guardian signature: _____ Date: _____

Patient Name: _____ DOB: _____

15 Tower Ct., Suite 150, Gurnee IL, 60030

Tel: 847-623-4464 Fax: 847-623-9984



DR. DANTE GABRIEL, MD, SC

Dante Gabriel, MD, FAAP
Faye Montes, MD, FAAP
Alma Guzman, MD, FAAP
Marson Tenoso, MD, FAAP

HIPAA Agreement

Patient Name: _____ DOB: _____

I give my consent to the doctor's named above, to use or disclose all information contained in my child's medical record for the purpose of carrying out treatment, payment and/or continuity of my child's healthcare.

I give consent for the doctors' and office staff to leave message containing PHI as I have designated on my registration form.

Please provide the names of any person/s who you wish to have authorization to obtain the patient's private medical records or health information. You must also provide either a social security # or date of birth for the persons being listed below for security and verification purposes:

Name: _____ SS#/DOB: _____ Relation: _____

Name: _____ SS#/DOB: _____ Relation: _____

I understand that I may revoke this consent at any time by giving written notice to the office upon my desire.

I acknowledge that I can obtain a copy of the Physician's Notice of Privacy Practices upon my request. The PNPP is posted in the office receptionist area and available on our website.

Parent/ Guardian signature: _____ Date: _____

Please note that our office charges the following fees:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| Returned check = \$35.00 | Copies of Immunizations = \$2.00 |
| No Show sick visit = \$35.00 | Sports/School/Camp Physical forms = \$15.00 |
| No Show routine exam = \$55.00 | FMLA Papers/ forms = \$25.00 |
| Misc. letters from this office \$5.00 | Social Sec & Immigration forms = \$5.00 |
| Late Cancellations = \$35.00 | Medical records release = \$15.00 |

It is your responsibility to pay the above stated fees when requesting any forms to be filled out or letters are written out for your personal use. Any time there is an appointment broken or cancelled late a charge will be added to your child's account, it is your responsibility to pay any fees that are charged for missed appointments or late cancellations.

Parent/Guardian signature: _____ Date: _____

15 Tower Ct., Suite 150, Gurnee IL, 60030
Tel: 847-623-4464 Fax: 847-623-9984



DR. DANTE GABRIEL, SC

Dante Gabriel, MD, FAAP

Faye Montes, MD, FAAP

Alma Guzman, MD, FAAP

Marson Tenoso, MD, FAAP

Acuerdo de Cumplir con polizas de Oficina

Las polizas y reglas puestas por esta oficina son para el beneficio y seguridad de nuestros empleados, doctores y pacientes. Por favor este advertido, fracaso de este acuerdo puede resultar en terminación de nuestra relación de paciente-proveedor.

Poliza de citas perdidas o canceladas sin aviso de 24 horas son los siguientes:

Citas hechas el mismo día para pacientes enfermos deben de ser cumplidas, si por algún motivo no puede atender su cita un cobro de \$35.00 sera cobrado a la cuenta del paciente.

Para citas de chequeo general y físicos se pide que se hagan con anticipación, tratamos lo mas pronto posible de acomodar a nuestros pacientes lo mas que sea posible, pero aveces no es posible. Por esa razón le pedimos disculpa con anticipación, y que haga su cita lo mas pronto posible. Le suplicamos que cancele su cita de físicos o chequeo general con minimo de 24 horas antes de su cita. Si cancela su cita dentro menos de 24 horas, se le cobra \$35.00 y \$55.00 se cobra para citas sin cancelar o si no se presenta. Nustra oficina reserva el derecho de despedir a un paciente por no presentarse a sus citas seguidas o por no cumplir con citas de seguimiento para su hijo/a dentro de nuestra oficina o oficina donde fue referido.

Pacientes de padres divorciados/ custodia de menores: El padre encargado del paciente el día de su cita es responsable para cualquier pago debido por copago, aseguranza o balances de la cuanta al momento de su cita. Nuestra oficina no se involucra en problemas de custodia o juicio de divorcio.

Comportamiento abusivo y disruptivo no sera tolerado en esta oficina. Tal comportamiento podrá resultar en terminación inmediata de nuestra relación de paciente-proveedor. Comportamiento abusivo y disruptivo incluye pero no es limitado a lo siguiente:

1. Lenguaje profane y irrespetuoso.
2. Comportamiento inapropiado (insultos o comentarios despectivos)
3. Comentarios sexuales.
4. Aventando cosas o expedientes.
5. Arrebatos violentas.
6. Amenazas o acciones iniciando intimidacion.
7. Criticando de nuestros doctores o personal en manera negativa.
8. Violacion de limites con pacientes y personal.
9. Comportamiento sin etica y deshonesto.
10. Comportamiento implicado amenazas o violentas fisicas.

Firmando esta forma reconozco y entiendo las polizas de esta oficina. Con mi firma yo estoy de acuerdo con estas polizas y entiendo las consecuencias si no cumpla con las polizas.

Firma de Padres: _____ Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____



DR. DANTE GABRIEL, SC

Dante Gabriel, MD, FAAP
Faye Montes, MD, FAAP
Alma Guzman, MD, FAAP
Marson Tenoso, MD, FAAP

Acuerdo de HIPAA

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo autorizo a los doctores de esta oficina que utilicen y compartan informacion sobre la historia medica de mi hijo/a contenido en su expediente medico: para razones de tratamiento de salud de mi hijo/a y cobros medico.

Yo doy permiso a la oficina de Gabriel Pediatrics que dejen mensaje en mi correo de voz que contenga información medica sobre mi hijo/a como dirigido en mi forma de registros.

Yo entiendo que puedo elegir a retirar mi consentimiento dando una notificación escrita a la oficina.

Firma de Padre: _____ Fecha: _____

Por razones de seguridad y privacidad a nuestros pacientes, necesitamos nombres, numeros de seguro y relacion al paciente anotada en esta forma para dar permiso a la persona anotada de recibir informacion sobre el paciente:

Nombre: _____ SS#: _____ Relacion: _____
Nombre: _____ SS#: _____ Relacion: _____

Por favor tome un momento para observar los cargos de esta oficina:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| Cheque sin fodos = \$35.00 | Copias de comprobantes de vacunas = \$2.00 |
| Cita (rutina) perdida= \$55.00 | Formas de fisico = \$15.00 |
| Cita (enfermo) perdida= \$35.00 | Formas de FMLA= \$25.00 |
| Notas escritas de la oficina= \$5.00 | Formas de inmigracion= \$5.00 |
| Citas canceladas tarde= \$35.00 | Proceso de cambio de doctores= \$15.00 |

Yo reconozco que estos son los cobros de esta oficina y acepto pagar los precios/cobros anotados en caso que mi hijo/a pierda una cita o cancele tarde. Aparte entiendo y acepto responsabilidad por cobros que mi aseguranza no cubra por servicios recibidos.

Este advertido: Si su hijo/a tiene sintomas de enfermedad al tiempo de su cita de chequeo general o fisico, su aseguranza puede cobrar su co-pago, y es su responsabilidad de pagar al tiempo de su visita.

Firma de Padre: _____ Fecha: _____

Anote los nombres de todos sus hijos que atienden esta oficina:

