

**PALM MEDICAL GROUP Informacion de Paciente**

<b>Informacion de Paciente</b>			Fecha De Nacimiento	Numero Social	Sexo M F	Estado Civil S M D W
Apellido	Nombre		Contacto de Emergencia		Relacion	
Apellido de soltera	Etnicidad	Idioma Primaria	Numero de casa ( )	Numero de celular ( )		
Calle			Empleador			
Cuidad	Estado	Codigo postal	Nombre de tu doctor Primario		Numero de telefono	
Numero de casa ( )	Numero de celular ( )		Nombre de el doctor que te recomendio		Numero de telefono	
Correo Electronico						

**PERSONA RESPONSIBLE POR EL BILL (IGNORAR SI ES IGUAL DE LA INFORMACION DE EL PACIENTE )**

apellido	Nombre		Relacion	Numero de social		
Calle			Empleador	Ocupacion		
Cuidad	Estado		Calle			
Numero de casa ( )	Numero de celular ( )		Cuidad	Estado	Codigo postal	

**Informacion De Seguro**

<b>Seguro Primario</b>		<b>Seguro Secundario</b>	
Compania de seguro	Numero de telefono	Compania de seguro	Numero de telefono
Nombre del asegurado	Fecha de Nacimiento	Nombre del asegurado	Fecha de Nacimiento
Numero de politica	numero de grupo	Numero de politica	numero de grupo

**ACUSE DE RECIBO DE RECIBO DE  
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Entiendo que hay una nueva ley de atención médica (HIPAA – La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) que sirve para proteger mi información de salud personal. Se me ha dado la oportunidad de revisar Palm Medical Prácticas de privacidad del grupo y llevar una copia de ella a casa conmigo si me gustaría. Entiendo que mi información de salud es importante para los asociados de Palm Medical Group, y que no harán mal uso de mi información de salud personal de cualquier manera.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para realizar pruebas diagnósticas y tratamientos según lo ordenado por mi médico. Autorizo a Palm Médicos, enfermeras, asistentes médicos, empleados y otros de Medical Group según sea necesario, para instrucciones de mi médico con respecto a los procedimientos y el tratamiento que ha ordenado.

**AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

La información anterior es completa y correcta. Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar una reclamación ante mi compañía de seguros y asignar beneficios de otra manera pagaderos a mí al médico o grupo indicado en la reclamación. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, copago o monto por servicios no cubiertos por mi plan de seguro. Todos los servicios profesionales prestados se cargan al paciente, o garante, si es menor de edad. En caso de procedimiento de cobro debido a la falta de pago, puede haber cargos adicionales por todos y cada uno de los cargos de cobro. Una copia de la firma es tan válida como el original.

Firma del Paciente (o representante legal)

Relación al Paciente

Fecha

## Política Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Pedimos que todos los pacientes tomen unos momentos y revisen nuestra política financiera, inicializando cada partida. Nuestra práctica acepta efectivo, tarjetas de débito, cheques, Visa y MasterCard. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en solicitar hablar con nuestro personal.

- \_\_\_\_\_ **Pacientes en efectivo:** El pago se debe pagar en el momento en que se prestan los servicios.

  - Ofrecemos un 30% de descuento en nuestro programa de tarifas si el pago se realiza en su totalidad en el momento del servicio.
  - Un mínimo del 40% de sus cargos se deben pagar en el momento del servicio. El saldo debe ser pagado en su totalidad antes de su próxima visita.
  
- \_\_\_\_\_ **Copagos y deducibles:** Todos los copagos, coseguros y deducibles se deben a menos que tenga un seguro secundario o una cuenta de HRA. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Incumplimiento por parte de nuestra parte de cobro de copagos, coseguros y deducibles de los pacientes pueden considerarse fraude. Por favor, ayúdenos a mantener nuestras obligaciones contractuales pagando su copago o deducible en cada visita.
  
- \_\_\_\_\_ **Seguro:** Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicare. Si no está asegurado por un plan hacemos negocios con, se espera el pago en su totalidad en cada visita. Enviaremos sus reclamos y le ayudaremos en cualquier manera que razonablemente podamos para ayudar a que sus reclamos sean pagados. Su compañía de seguros puede necesitar que usted suministre información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad, independientemente de que su compañía de seguros pague o no su reclamo. Usted el beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte en ese contrato.
  
- \_\_\_\_\_ **Comprobante de cambios de seguro y cobertura:** Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Obtendremos una copia de su licencia de conducir (u otra tarjeta de identificación válida) y la tarjeta de seguro vigente para proporcionar un comprobante de seguro. Si su cobertura de seguro cambia, por favor notificarnos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir su máximo Ventajas.
  
- \_\_\_\_\_ **Los cheques devueltos:** están sujetos a un cargo por cheque devuelto de \$25.00. Si se devuelve un cheque, no se paga, es el responsabilidad del paciente o garante de pagar el saldo, incluyendo la tarifa de cheque devuelta, dentro de 10 días hábiles de notificación para evitar más actividades de cobro
  
- \_\_\_\_\_ **Citas perdidas –Llegando tarde:** Los horarios de nuestro médico se reservan semanas o meses en Avanzar. Si no se presenta, o llega tarde para una cita, no podemos ofrecer ese espacio de citas a otro paciente que lo necesite. Por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo su programaregular Citas. **Las cancelaciones son requeridas al menos 24 horas antes de la cita. Pacientes que no se presenten a tiempo para una cita, o cancelar con menos de 24 horas de anticipación puede ser se cobró una tarifa de cita perdida de \$ 25.00.** Esta tarifa es su responsabilidad y debe ser pagada antes de se programará una nueva cita. Los pacientes con tres citas de llegada perdidas o tardías se les pida que transfieran su atención a otro medico
  
- \_\_\_\_\_ **Multa de Pago:** Reconoces y aceptas que necesariamente tenemos que incurrir en costos directos, e indirectos, gastos en resultado de cualquier falla de usted a hacer pago a tiempo por servicio recibido. Respectivamente, y en la medida en que la ley lo permita, en el caso que su cuenta permanece sin resolver despues de 120 dias del día de su servicio, usted esta de acuerdo que se puede agregar un cargo de \$25.00 por pago atrasado al balance no pagado de su cuenta.

**He leído y entiendo esta Política Financiera.**

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurada/garante/paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha