

TABLE ROCK FAMILY MEDICINE

Informacion del Paciente

www.tablerockfamilymedicine.com

Gracias por elegir nuestra oficina! Para servirle apropiadamente, nosotros necesitamos la siguiente informacion. Por favor, escriba con letra de molde. Todo la informacion, sera confidencial.

Fecha _____ Nombre del paciente _____ Telefono de su casa _____
Numero de Seg Social _____ Masculino Femenino Fecha de nac _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Cod Postal _____
Marque correctamente su estado civil actual menor soltero casado divorciado viudo separado
Paciente o padres empleados _____ Telefono de su trabajo _____
Direccion del trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Cod Postal _____
Nombre de los padres o esposa _____ Nombre de la empresa _____
Telefono de la empresa _____
A quien podemos llamar en caso de emergencia? _____

Persona Responsable / Informacion del seguro- por favor presentar la tarjeta del seguro

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Relacion con el paciente _____
Direccion _____ Telefono _____
Nombre de la persona encargada de la poliza del seguro _____ ID# _____
Fecha de nac. de la persona de la poliza _____ SSN _____
Nombre de la persona del seguro secundario _____ ID# _____
Fecha de nac. de la persona en la poliza #2 _____ SSN _____
Patrono _____ Num. de trabajo _____
Esta persona es paciente actual de esta oficina? si no

Otros miembros dela familia vistos en esta oficina

Nombre	Fecha de nac	Relacion
Nombre _____		
Nombre _____		

Yo soy el tutor legal de _____ y yo por este medio autorizo la persona(s) que asigne, nombrado en la parte inferior para tratamiento medico de mi hijo cuando yo no este aqui.

Nombre _____ Nombre _____
Nombre _____ Nombre _____

Nuestro aviso de privacidad al cliente provee informacion acerca de como nosotros podemos usar y proteger su informacion de salud. Tambien proporciona informacion sobre su derecho como paciente de nuestra clientela y con aquien usted puede comunicarse para inquirir sus preguntas sobre nuestra privacidad al cliente.

Yo autorizo a Table Rock Family Medicine a dar a conocer mis resultados o informacion medico con:

Nombre _____ Nombre _____
Nombre _____ Nombre _____

Yo he tenido la oportunidad de leer y o adquirir una copia del aviso de privacidad al cliente.

Yo autorizo disponibilidad de mi informacion de mi (o mis hijos) acerca del cuidado de salud, consejos y tratamiento para proveer cualquier proposito de evaluacion y administracion del beneficio del seguro. Yo tambien por este medio autorizo los pagos de beneficios del seguro de otro modo yo hare los pagos directamente al doctor.

Firma del Paciente o Padre del menor

Fecha

Política de pago para Table Rock Medicina Familiar

Gracias por elegirnos como su proveedor de cuidado primario. Nosotros estamos obligados a proveerle a ud calidad y un cuidado medico que ud pueda pagar. Por que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas con respecto al paciente y a la responsabilidad del seguro para los servicios que se le brindan. Nosotros hemos desarrollado esta Política de pago. Por favor lealo, haganos cualquier pregunta que ud pueda tener, y firme en el espacio correspondiente. Una copia sera proporcionada para ud por requerimiento.

- 1. Seguro.** Nosotros participamos en la mayoría de los planes de seguro. Si usted esta con una compañía de seguro que no hace negocios con nosotros, el pago completo es esperado en cada visita. Si usted tiene un seguro con el que nosotros podemos hacer negocios, pero no tiene una tarjeta actualizada de seguro, el pago completo por cada visita es requerido, hasta que nosotros podamos verificar que esta cubierto.
- 2. Co-pagos y Deducibles.** Todos los pagos y los deducibles tienen que ser pagados totalmente, a la hora del servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguro. Falta de nuestra parte de recoger co-pagos y deducibles de paciente, se considera fraude. Por favor ayudenos a mantener la ley, pagando su co-pago en cada visita. Nosotros aceptamos efectivo, cheques, y tarjetas de credito. Hay un cargo de \$25.00 dolares para todos los cheques devueltos.
- 3. Servicios no cubiertos.** Usted debe saber, que no todos los servicios que usted recibe pueden ser cubiertos o no considerados razonablemente o necesarios por Medicare u otros seguros. Ud debe de pagar por completo los servicios a la hora de la consulta.
- 4. Prueba de seguro.** Todos los pacientes deben llenar la hoja de informacion sobre el paciente antes de entrar a ver al doctor. Nosotros debemos de obtener una copia de su tarjeta de seguro actual para corroborar que su numero de seguro es correcto. Si usted no acepta darnos su informacion de su seguro correcto en un tiempo razonable, usted puede ser responsable por la cuenta del servicio.
- 5. Reclamo de conformidad.** Nosotros podremos presentar todos los reclamos en una manera oportuna, apesar de la participacion con su compañía de seguro, y ayudarle a ud. De cualquier modo, nosotros, razonablemente podemos ayudarle a conseguir el reclamo de sus pagos. Su compañía de Seguro puede ayudarlo con cierta informacion directamente. Es su responsabilidad de cumplir con lo que le solicitan. Por favor este consciente que el balance de su reclamo es su responsabilidad sea o no que su compañía de Aseguración pague su reclamo. Sus beneficios de Seguro es un contrato entre ud. y su compañía de Seguro; nosotros no somos parte de ese contrato.
- 6. Cambios de Cobertura.** Si ud. cambia de Seguro, por favor notifiquenos en la siguiente visita, para que nosotros podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir los maximos beneficios. Si su compañía de Seguro no paga su reclamo en 45 dias, el balance sera automaticamente pagado por ud.
- 7. Falta de Pago.** Si su cuenta se pasa mas de 90 dias, ud. Va a recibir una carta en donde dice que ud. Tiene 20 dias para pagar su cuenta por completo. Los pagos parciales no seran aceptados a menos que sean discutidos con el departamento de impuestos. Por favor este consciente que si un balance sigue sin pagar, nosotros podemos referir su cuenta a una agencia de impuestos y usted y sus miembros de familia no podran recibir mas nuestros servicios. Si esto llega a pasar, usted sera notificado por correo certificado que, usted tendra 30 dias para encontrar otro lugar que le pueda brindar servicios. Durante ese periodo de 30 dias, nuestros proveedores solo seran capaces de atenderlo en caso de emergencia. Cualquier cargo adicional permitido por la ley, sera la responsabilidad del paciente. Actualmente el 30% del costo de servicios sera sumado a su cuenta no pagado a la agencia de impuestos.
- 8. Citas Perdidas.** nosotros mandaremos un recordatorio, cuando una cita sea perdida, pidiendole que llame para cambiar su cita. Si sus citas son perdidas repetidamente, ud. y sus miembros de familia, no podran recibir mas nuestros servicios. Si esto ocurre, ud. sera notificado por correo certificado que ud. Tiene 30 dias para encontrar otro lugar que le pueda brindar servicios. Durante ese periodo de 30 dias, nuestros proveedores solo seran capaces de atenderlo en caso de emergencia.
- 9. Incapacidad y formas de seguro.** Nosotros cobramos 10 dolares por cada forma que sea llenada. Los pagos seran hechos antes de que las formas sean devueltas al paciente.
- 10. Accidentes de vehiculos de motor.** Cuando vaya a ver a un proveedor, por un accidente de vehiculo motorizado o algun problema relacionado, el pago, sera efectuado a la hora de servicio. Nosotros proveeremos cualquier informacion necesitada para ayudarlo a recibir el pago del seguro del auto.

Nuestra practica esta comprometida para proveer el mejor tratamiento para nuestros pacientes. Nuestros precios que son representativos de los cargo usuales y habituales en nuestra area. Gracias por entender nuestros reglamentos de pago. Por favor dejenos saber si ud. tiene alguna pregunta o alguna inquietud.

Yo he leído y entiendo el reglamento de pago y estoy de acuerdo en respaldar estos principios.

Firma del paciente o persona responsable

Fecha