

Reconocimiento

Cada empresa enumerada siguiente es una práctica médica independiente y separada con su propio identificador de proveedor nacional, identificación fiscal y contratos de seguro. Cada médico es responsable de sus propios pacientes/prácticas médicas y no son socios ni están afiliados.

Proveedores independientes que comparten espacio en 277 Rancheros Dr., Ste. 101, San Marcos, CA 92069:

Serge C. Kaska, MD Inc

Erin E. Farrelly, MD, a Medical Corporation

Hannah E. Kirby, MD Inc

Joseph M. Mann III, MD Hand Surgery APC

Anisa M. Yalom, MD Inc

ELIM Acupuncture Group, Inc.

Reconozco que he leído y entiendo que los proveedores anteriores no son una práctica grupal.

Escriba el nombre del Paciente o el Representante Legal del Paciente

Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente

Si es Representante Legal, indique la Relación con el Paciente

Fecha

REGISTRO DE PACIENTE

TIPO DE CUENTA: Efectivo Seguro Medico LÍen Workman's Comp

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:

Nombre de la Compañía Primaria: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Relación con el paciente: Mismo Cónyuge Hijo(a) Padre/Madre Otro: _____

Nombre de la Compañía Secundaria: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Relación con el paciente: Mismo Cónyuge Hijo(a) Padre/Madre Otro: _____

AUTORIZACIÓN DE SEGURO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Certifico que la información que he reportado con respecto a mi cobertura de seguro médico es correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación. También autorizo el pago de beneficios médicos al medico nombrado arriba. Entiendo que el pago de los servicios no está supeditado a la recuperación y esto no excluye mi obligación a pagar.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Solo para pacientes de Medicare:

¿Actualmente reside en una Residencia Especializada (Skilled Nursing Facility)? Si No

En los casos de Medicare, su médico nombrado arriba, acepta la determinación de Medicare como el cargo completo y total. Yo, como el paciente, soy responsable sólo por el deducible, coaseguro y servicios no cubiertos. El coaseguro y los deducibles se basan en la determinación de cargos de Medicare.

Firma: _____ **Fecha:** _____

ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

Sus responsabilidades y reconocimientos:

El paciente o el representante legal del paciente* es responsable de lo siguiente:

- ❖ Determine si su medico es un participante en su plan de seguro médico.
- ❖ Saber qué servicios están cubiertos por su seguro médico. El costo de cualquier servicio NO cubierto por el seguro es responsabilidad del paciente, y se facturará en su totalidad al paciente.
- ❖ Asegurarse de que tengamos correcto su seguro médico y domicilió. Nuestra oficina facturará a su seguro por los servicios prestados.
- ❖ Pague su deducible y/o copago en el momento de la visita, antes de que se le preste servicios. Si el copago no se paga en ese momento, nuestra oficina puede cobrar una tarifa administrativa adicional de \$20.
- ❖ Nuestra oficina facturará al paciente los saldos adeudados por coseguro, deducibles o por servicios no cubiertos.
- ❖ Todos los cargos pendientes se pagarán dentro del ciclo de facturación inicial - 30 días.
- ❖ Solicitamos al menos 24 horas de anticipación si debe cancelar o reprogramar una cita.
- ❖ Un paciente de efectivo es aquel que no tiene seguro médico que cubra a su medico. Se espera que los pacientes de efectivo paguen en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Póngase en contacto con nuestra oficina para hacer arreglos previos para el pago.
- ❖ Los pagos se pueden realizar a través de VISA, MasterCard, Cashier's Check o Efectivó. **No se aceptan cheques personales.**
- ❖ Las cuentas vencidas se enviarán a una agencia de colección y/o podrán estar sujetas a acciones legales. La información relevante de la cuenta y personal se publicará en este curso de acción. Los costes de dicha acción se añadirán al saldo pendiente del paciente.

**El Representante Legal se define como el padre de un niño menor de edad o persona nombrado en un documento legal como un Poder Judicial o Tutela. Proporcione una copia del documento legal pertinente.*

Estoy de acuerdo con estos términos y reconozco que se trata de un acuerdo vinculante.

Nombre impreso del paciente o representante legal del paciente

Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente

Si es Representante Legal, la Relación con el Paciente

Fecha

HIPAA –COMUNICADO de INFORMACION PROTEGIDA de SALUD

PARA SER COMPLETADO POR EL PACIENTE

Por favor, enumere a los miembros de la familia, u otras personas, si las hay, a quienes podemos informar sobre su condición médica y su diagnóstico. Esto también puede incluir el plan de tratamiento, el pronóstico, la información de pago y las opciones de atención médica:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____

Imprima el número de teléfono donde desea recibir llamadas sobre sus citas, resultados de rayos X, pruebas de laboratorio u otra información de atención médica. Esto puede incluir información de programación de cirugía e instrucciones postoperatorias:

Casa: (____) _____ Móvil: (____) _____

¿Desea comunicarse con nuestra oficina por correo electrónico? Sí No
(Tenga en cuenta, que el correo electrónico como una postal, puede ser visto por personas no intencionadas)

Yo, he solicitado responder a través de correo electrónico. Entiendo que no hay garantía de confidencialidad mediante correo electrónico.
Inicial: _____

¿Pueden dejarse mensajes confidenciales (es decir, recordatorios de citas) en su correo de voz? Sí No

Firma de la Fecha del Paciente o del Guardián Legal

Fecha

.....
NOTA: Los usos y divulgaciones de información de salud pueden ser permitidos sin consentimiento previo en una emergencia.
.....

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

NOTA: Una copia de nuestra Política de Privacidad está disponible bajo petición.

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo.

Nombre impreso del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha

Si no está firmado por el paciente, indique la relación:

- Padre o tutor del paciente menor de edad
 Guardián o conservador de un paciente incompetente
 Beneficiario o representante personal del paciente fallecido

Nombre del Representante: _____