



Fecha: ____/____/____

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____ **SEXO:** M H

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL:** _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____ **NÚMERO DE**

TELÉFONO PREFERIDO: _____ **PODEMOS DEJAR MENSAJE?:** YES NO **NÚMERO DE**

TELÉFONO ALTERNATIVO: _____ **PODEMOS DEJAR MENSAJE?:** YES NO **CORREO**

ELECTRÓNICO: _____ **MENSAJE RECORDATORIO:** YES NO

PRIMER LENGUAJE: _____ **COMO ESCUCHO DE NOSOTROS?** _____

DOCTOR PRIMARIO: _____ **OFICINA:** _____ **NUMERO DE TELEFONO:** _____

FARMACIA PREFERIDA: _____ **DIRECCIÓN:** _____ **NUMERO DE TELEFONO :** _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE/NÚMERO DE TELÉFONO: _____ **RELACIÓN:** _____

NOMBRE/NÚMERO DE TELÉFONO: _____ **RELACIÓN:** _____

INSURANCE INFORMATION:

COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIMARIA: _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL:** _____

NUMERO DE MIEMBRO#: _____ **GRUPO#:** _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____

RELACIÓN AL PACIENTE: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA : _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL:** _____

NUMERO DE MIEMBRO#: _____ **GRUPO#:** _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____



RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

LA PRIVACIDAD DE SUS REGISTROS MÉDICOS E INFORMACIÓN PERSONAL ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS. LA DOCUMENTACIÓN DE SU INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO/SERVICIOS MÉDICOS SON CREADOS PARA PODER DARLE EL MEJOR TRATAMIENTO Y CUMPLEN CON LAS REGLAS DE HIPAA. PREFERRED FOOT AND ANKLE SPECIALISTS/PEDIATRIC FOOT AND ANKLE PUEDE COMPARTIR SU INFORMACIÓN PARA SU TRATAMIENTO, O AL PERSONAL DE SALUD Y PARA OBTENER CUALQUIER AUTORIZACIÓN/PRE-CERTIFICACIÓN.

RECONOZCO QUE UNA COPIA COMPLETA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE PREFERRED FOOT AND ANKLE/PEDIATRIC FOOT AND ANKLE ESTÁ DISPONIBLE EN SUS SITIOS WEB RESPECTIVOS, Y LA OFICINA PUEDE DARMER UNA COPIA IMPRESA A MI SOLICITUD.

Nombre del Paciente/Fecha

Padre/Guardián/Representante Legal

Firma

CUALQUIER INFORMACIÓN QUE NO DESEE QUE COMPARTAMOS DEBE SER ESPECIFICADA POR ESCRITO. CUALQUIER INFORMACIÓN QUE SE SOLICITE QUE COMPARTAMOS A ALGUIEN MÁS, ADEMÁS DE UN MÉDICO, DEBE SER SOMETIDA A NOSOTROS POR ESCRITO.

POR FAVOR, ESCRIBA LOS NOMBRES DE LAS PERSONAS A LAS QUE LES DA PERMISO A NUESTRA OFICINA PARA HABLAR O OBTENER COPIAS DE SU HISTORIAL MÉDICO/CONDICIÓN MÉDICA.

Nombre: _____	Relacion al Paciente: _____
Nombre: _____	Relacion al Paciente: _____
Nombre: _____	Relacion al Paciente: _____
Nombre: _____	Relacion al Paciente: _____



Gracias por elegir a **Preferred Foot and Ankle Specialists / Pediatric Foot and Ankle** como su proveedor preferido de cuidado podológico. Es importante que comprenda claramente el acuerdo de la política financiera. Por favor, lea cuidadosamente y coloque sus iniciales/firme donde se indica.

Aseguranza:

Como cortesía, verificaremos sus beneficios antes de su cita. La cobertura o los beneficios obtenidos en la oficina no garantizan el pago ni la cobertura y pueden cambiar. Si su compañía de aseguranzas no le paga a la clínica dentro de 60 días, el saldo será facturado al paciente.

Iniciales: _____

Comprobante de Seguro:

Los pacientes son responsables de dar a la clínica la información de aseguranza precisa y actualizada al momento del servicio. No hacerlo puede resultar en la denegación del reclamo. Si un reclamo es rechazado debido a información de aseguranza incorrecta o incompleta, el paciente será responsable del saldo total del reclamo.

Si la información del aseguranza secundario o terciario no se proporciona al momento del servicio o antes de la presentación del reclamo, los reclamos que ya hayan sido enviados al aseguranza primario no serán enviados ni remitidos al aseguranza secundario/terciario. Una vez que se reciba la información del aseguranza secundaria, esta se aplicará únicamente a los reclamos enviados en el futuro.

Iniciales: _____

Referencias:

Si su plan de aseguranza requiere una referencia de su médico de atención primaria, es responsabilidad del paciente obtener una referencia válida antes de la cita. Las citas sin la referencia requerida pueden ser canceladas o convertidas a pago directo (self-pay).

Iniciales: _____

Pago:

Todas las responsabilidades financieras del paciente, incluidos copagos, coseguro, deducibles y cargos de pago directo, deben pagarse al momento del servicio. Los copagos no pueden facturarse y deben cobrarse al registrarse, según lo requerido por su plan de aseguranza.

Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito y CareCredit.

Las cuentas con saldos pendientes después de 90 días pueden estar sujetas a nuestro proceso de cobranza. Las cuentas enviadas a una agencia de cobros serán responsables de la tarifa cobrada por la agencia (+35%), además del monto adeudado a la oficina.

Iniciales: _____

Si existen circunstancias especiales que hagan imposible el pago inmediato, los arreglos de pago deben ser aprobados con anticipación por nuestro departamento de facturación.

**Servicios No Cubiertos:**

Tenga en cuenta que algunos servicios de podología o cuidado rutinario de los pies pueden no estar cubiertos o no ser considerados médicamente necesarios por su compañía de aseguranza. Cualquier servicio determinado como no cubierto por su plan será responsabilidad del paciente.

Iniciales: _____

Equipo Médico Duradero (DME):

El equipo médico duradero a menudo no está cubierto por el aseguranza. Nuestra oficina verifica la cobertura de algunos, pero no de todos, los productos DME que puedan ser entregados antes de su visita. La verificación no es una garantía de pago, ya que la cobertura y el reembolso son determinados finalmente por su compañía de aseguranzas.

Si su plan de aseguranza no cubre el DME, o si la cobertura es limitada o denegada, el paciente será responsable del costo de pago directo o de cualquier porción no cubierta según lo determine su plan de aseguranza.

Iniciales: _____

Pacientes Pediátricos:

El padre, madre o adulto acompañante es responsable de cualquier copago, deducible, coseguro, y/o saldos al momento de la cita. Consulte nuestra Póliza para Padres Divorciados o Separados si corresponde.

Iniciales: _____

Póliza de Citas Perdidas:

Solicitamos amablemente un aviso de al menos 24 horas para cancelar o reprogramar cualquier cita. El no proporcionar el aviso adecuado puede resultar en un cargo de \$75 por cita perdida.

Iniciales: _____

Los pacientes que reprograman citas repetidamente pueden estar obligados a presentar un depósito de \$50 para asegurar futuras citas. Después de tres (3) citas perdidas o cancelaciones tardías, la clínica se reserva el derecho de dar de baja al paciente de la práctica.

Iniciales: _____

FMLA / Incapacidad:

La realización de formularios de FMLA, incapacidad u otros formularios administrativos—excluyendo notas de trabajo y notas escolares—está sujeta a una tarifa de procesamiento de \$25. El tiempo estándar de procesamiento para estos formularios es de una (1) semana.

Las solicitudes que requieran procesamiento acelerado incurrirán en una tarifa adicional de \$25.

Iniciales: _____



HE LEÍDO Y COMPREENDO COMPLETAMENTE LA POLÍTICA FINANCIERA ESTABLECIDA POR PREFERRED FOOT AND ANKLE SPECIALIST/PEDIATRIC FOOT AND ANKLE. ACEPTO QUE, SI SE VUELVE NECESARIO REMITIR MI CUENTA A UNA AGENCIA DE COBRANZA, TAMBIÉN SERÉ RESPONSABLE DE LA TARIFA COBRADA POR LA AGENCIA POR LOS COSTOS DE COBRANZA, ADEMÁS DEL MONTO ORIGINAL ADEUDADO. ENTIENDO Y ACEPTO QUE LOS TÉRMINOS DE ESTA POLÍTICA FINANCIERA PUEDEN SER MODIFICADOS POR LA PRÁCTICA EN CUALQUIER MOMENTO SIN NOTIFICACIÓN PREVIA AL GARANTE.

Nombre del Paciente o Persona Responsable

Fecha

Firma del Paciente o Persona Responsable