

Aurora Family Medicine Center, P.C.

Nombre del paciente(en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____ Teléfono : _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Miembros de la familia	Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación	Nombre del Medico

Nombre de la compañía de seguros primaria y Tenedor de una póliza: _____

¿Alguna otra cobertura de seguro? **SÍ NO** (circula respuesta)

¿Están todos los miembros cubiertos por el seguro anterior? **SÍ NO** (circula respuesta)

Si no, Nombre de otros seguro: _____

Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor que suscribe por estos servicios y todas las reclamaciones futuras. Firma aquí

X

Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para procesar este reclamo y todos los reclamos futuros. Firma aquí

X

Nuestra oficina contacta a los pacientes por una variedad de razones. En un esfuerzo por proteger su privacidad, hemos desarrollado una política para dejar la información médica. Complete la información a continuación para que podamos servirle mejor.

A MENOS QUE TENGAMOS SU PERMISO ESCRITO PARA HACERLO

- NO dejaremos mensajes con nadie excepto con el paciente o tutor legal.
- NO dejaremos ninguna información de salud en un contestador automático o correo de voz.

Lea a continuación y díganos qué prefiere:

Yo, _____, le doy al Aurora Family Medicine Center mi permiso para dejar mensajes telefónicos sobre mi atención médica y los resultados de las pruebas con las siguientes personas. Entiendo completamente que este consentimiento permanecerá hasta que sea revocado por escrito.

Correo de voz de mi celular: # _____ Iniciales _____

Mi contestador automático: # _____ Iniciales _____

Correo de voz de mi oficina/trabajo: # _____ Iniciales _____

Mi cónyuge: # _____ Iniciales _____

Otros: # _____ Iniciales _____

Por favor indique con quién nos da permiso para hablar sobre su atención médica:

La práctica del Aurora Family Medicine Center, P.C. se compromete a salvaguardar la PHI en tránsito mediante el uso de cifrado cada vez que se envía por correo electrónico la PHI fuera de la práctica a través del portal del paciente. Sin embargo, en situaciones en las que la práctica se **solicita** directamente al paciente, el paciente comprende que la práctica solo podrá enviar correos electrónicos sin cifrar al paciente. Esto significa que puede haber cierto **nivel de riesgo** de que un tercero pueda leer la información del correo electrónico. Si este riesgo es aceptable para el paciente, por favor, **inicial aquí** _____, de lo contrario, solo utilizaremos el portal del paciente.

Dirección de correo electrónico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____

Aurora Family Medicine Center, P.C.

FACTURACIÓN DEL SEGURO: Es su responsabilidad proporcionarnos información personal y de seguros actualizada y precisa. Como cortesía, facturamos a su compañía de seguros. Sin embargo, usted es en última instancia responsable de todos los cargos incurridos. Su Póliza de seguro es un contrato entre usted y su seguro. Es esencial que conozca los detalles de su política. Aceptaremos la asignación de su compañía de seguros según nuestro contrato con ellos.

COPAGOS, COASEGURO, Y DEDUCIBLE evaluados por su compañía de seguros son necesarios en el momento del servicio, si se especifica. Si no puede pagar esto en el momento de la visita, se puede cobrar una tarifa de facturación de \$20. El coseguro y el deducible se aplican, de acuerdo con la disposición específica de su plan, en el momento en que su reclamo es procesado por su compañía de seguros.

EXAMEN FÍSICO ANUAL : La mayoría de las compañías de seguros cubren evaluaciones de bienestar y exámenes generales de salud sin deducible ni copago. Esto incluiría cosas como la altura, el peso, el índice de masa corporal y la revisión del historial médico. La evaluación y el tratamiento de síntomas específicos, problemas médicos o enfermedades NO pueden estar cubiertos por su examen de bienestar y PUEDEN estar sujetos a un deducible, copago o coseguro. Esto podría incluir síntomas específicos (es decir, dolor abdominal, dolor de espalda, fiebre), problemas médicos (es decir, presión arterial alta, problemas cardíacos, diabetes, colesterol alto, problemas de tiroides, depresión) o enfermedades (es decir, tos, síntomas virales, dolor de garganta, orina). infección del tracto.) Tenga en cuenta que es su responsabilidad conocer los beneficios y exclusiones de sus planes de seguro. Usted es responsable del pago de cualquier servicio que no sea de su físico, incluido cualquier copago, coseguro o deducible.

LESIONES DE LA PIEL / BIOPSIAS: Es posible que su compañía de seguros no considere médicamente necesario el tratamiento para la eliminación de la (s) lesión (es) y / o la (s) etiqueta (s) de la piel y requerirá el pago total de usted. Es su responsabilidad conocer los detalles de su política.

POLÍTICA DE VERIFICACIÓN DE DEVOLUCIÓN: Aplicaremos una tarifa de \$20 por todos los cheques devueltos. Su institución financiera también puede evaluar tarifas adicionales. Los cheques devueltos pueden resultar en nuestra negativa a aceptar cheques como forma de pago, y requieren efectivo o tarjeta de crédito solo para los servicios que se le brindan. El cobro de un cheque devuelto se realizará de acuerdo con los estatutos estatales.

POLÍTICA DE COLECCIÓN: Cualquier cargo incurrido y no cubierto por el seguro será responsabilidad del paciente, incluidos, entre otros, los copagos, el coseguro y los montos deducibles. Como cortesía, enviamos extractos de saldos adeudados. El pago se debe al recibir un estado de cuenta. Los arreglos de pago están disponibles hablando con nuestro Departamento de Facturación. Los saldos impagos se cobrarán una tarifa y pueden remitirse a una agencia de cobranza externa.

CITA POLÍTICA DE CANCELACIÓN: Se requiere un aviso de al menos 24 horas para cancelar una cita programada. Si no se presenta a su cita, o no cancela al menos 24 horas antes de su cita, se puede cobrar una tarifa de \$25 por la cita perdida. Se proporciona una llamada de recordatorio antes de su cita programada como cortesía; Sin embargo, no hay garantías de que reciba una llamada de recordatorio.

HORARIO DE CITA: Le pedimos que llegue 10 minutos antes del horario de su cita para permitir cualquier papeleo que deba completarse, incluso si ya es un paciente establecido. Si llega tarde a su cita, su cita puede ser reprogramada y se puede cobrar una tarifa de \$25 por la cita perdida.

LABORATORIOS / PATOLOGÍA: Durante el curso de su atención, es posible que necesite que le extraigan sangre o que recojan otras muestras y las envíen a un laboratorio externo para su procesamiento. Facturamos la recolección y el manejo de estas muestras y el laboratorio facturará las pruebas que realicen. Recibirá una declaración del laboratorio por separado para estos servicios. Usted es responsable de que su seguro tenga un laboratorio específico que debe utilizarse.

INMUNIZACIONES / INYECCIONES: Durante el curso de su atención, es posible que necesite vacunas para inyecciones como parte de su tratamiento / atención para usted o su hijo / a. Si una inmunización o inyección administrada no es un beneficio cubierto, o si su compañía de seguros niega el cargo, usted será responsable por el costo y la administración de la vacuna / inyección.

HIPPA: Al firmar a continuación, usted reconoce que se le ha proporcionado una copia de Aurora Family Medicine Center, P.C. Políticas y procedimientos de HIPAA.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LA MEDICINA PARA LA FAMILIA AURORA, P.C. POLÍTICA FINANCIERA Y DE PRIVACIDAD:

Fecha

Firma del paciente / padre / tutor