



INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA: _____

CUENTA DEL PACIENTE#: _____

IMPRIMIR POR FAVOR

<u>Apellido:</u> _____		<u>Nombre:</u> _____		<u>Inicial:</u> _____	
<u>Edad:</u> _____	<u>Dirección:</u> _____	<u>SEXO ASIGNADO AL NACER:</u> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Otro	<u>LENGUAJE:</u> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español- <input type="checkbox"/> Otro	<u>Numero De Apt. #:</u> _____	
<u>Fecha de Nacimiento:</u> _____	<u>P.O. BOX:</u> _____				
<u>Seguro Social:</u> _____	<u>Ciudad:</u> _____				
	<u>Estado:</u> _____				
	<u>Código Postal:</u> _____				
<u>TELEFONO PRIMARIO#:</u> _____			<u>NOMBRE DE EMPLEO:</u> _____		
<u>TELEFONO ALTERNATIVO#:</u> _____			<u>TELEFONO:</u> _____		
<u>ESTADO CIVIL</u> <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja Domestica <input type="checkbox"/> *Menor de Edad		<u>IDENTIDAD DE GENERO:</u> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero No Decirlo		<u>PRONOMBRES:</u> <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> El/Su <input type="checkbox"/> Ellos/Suyos <input type="checkbox"/> Otro	
<u>TRANSGENERO:</u> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Transgénero <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero/Mujer Trans <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero/Trans Masculino <input type="checkbox"/> No Binario/a <u>Género no-binario/Líquido de Género</u> <input type="checkbox"/> Dos Espíritus <input type="checkbox"/> Prefiere Auto describirse _____ <input type="checkbox"/> Prefiero No Decirlo			<u>RAZA:</u> (Circula Uno) Blanco, Negro, Africano Americano, Hispano, Indio Nativo o Nativo de Alaska, Asiático, Ninguno Reportado, <u>Otra Raza:</u> _____ <u>ORIGEN ETNICO</u> (Circula Uno): Hispano/No Hispano/Negarse denunciar		
<u>CORREO ELECTRONICO:</u> <input type="checkbox"/> No Tengo Correo Electrónico			<u>CONTACTO DE EMERGENCIA:</u> NOMBRE: _____ TELEFONO: _____		
<u>FARMACIA PRINCIPAL:</u> _____			Quien lo refirio? _____		

PRESENTE SU(S) TARJETA(S) DE SEGURO ACTUAL(S) A LA RECEPCIONISTA

<u>RESPONSABILAD FINANCIERA</u> <input type="checkbox"/> PACIENTE ES MENOR DE EDAD- INFORMACION DEL PADRE	<u>Apellido:</u> _____	<u>Nombre:</u> _____
	<u>Seguro Social:</u> _____	<u>Fecha de Nacimiento:</u> _____
	<u>Relacion con paciente:</u> _____	
<u>Dirección:</u> _____	<u>Ciudad:</u> _____	<u>Estado:</u> _____
		<u>Código Postal:</u> _____
<u>Teléfono De Casa:</u> _____	<u>Numero De Celular:</u> _____	<u>Nombre de Empleo:</u> _____
		<u>Dirección:</u> _____

ACUERDO FINANCIERO

- YO CONSIENTO EI TRATA MIENTO NECESARIO PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE NOMBRADO.
- YO AUTORIZO LA ENTREGA DE EXPEDIENTES MEDICOS AL MEDICO DE LA FAMILIA O AL MEDICO REFERIDO Y A MI COMPANIA DE SEGURO SI LO SOLICITAN.
- YO SOY RESPONSIBLE DE PAGAR CO-PAGOS/CO-SEGURO Y DEDUCIBLES.
- YO INTIENDO TENGO QUE PAGAR AL CONTADO DE CARGOS ES MI RESPONSABILIDAD A MENOS QUE OTRO ACUERDO FINANCIERO SEA HECHO EN LA OFICINA DEL DOCTOR O DEPARTAMENTO DE COBROS.
- YO AUTORIZO AL SEGURO/MEDICARE/MEDICAL QUE HAGO PAGOS DIRECTO A **PRIMARY HEALTHCARE MEDICAL GROUP.**

FIRMA: _____

NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS

FECHA: _____



Lorenzo H. Suarez, M.D., A.A.F.P.
Family Practice

OPEN PAYMENT DATABASE

Primary Healthcare Medical Group is providing notification to you in reference to Open Payments database. It is a federal tool used to search payments made by drug and device companies to physicians and teaching hospitals. It can be found at <https://onpaymentsdata.cms.gov>

I acknowledge that I am in receipt of the Open Payment Database notification.

Patient Name: _____ Date of Birth _____

Date: _____

OPEN PAYMENT DATABASE

Primary Healthcare Medical Group le envía una notificación en referencia a la base de datos Open Payments, que es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos, dispositivos de medicamentos, y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://onpaymentsdata.cms.gov>

Reconozco que he recibido la notificación de Open Payment Database.

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Fecha: _____

Notificación de las Practicas de Privacidad Y Autorización del Paciente Para Usar o Revelar Información Medica Protegida

Fecha Efectiva: _____

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO DE ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISARLO CON CUIDADO.

Entendemos la importancia de privacidad y estamos comprometidos de mantener la confidencia de su información médica. Hacemos un registro de los servicios médicos que damos y podemos recibir tales registros de otros. Usamos estos registros para dar o habilitar otros proveedores de servicio médico para dar atención medica de calidad, para obtener pagos por servicios que a recibido permitido por su plan de seguro médico y para habilitar nos satisfacer nuestra obligación profesional y legal para mantener esta práctica médica correctamente. Somos requeridos por ley mantener la privacidad de información medico protegido, para proveedor individuales con notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información medica protegida, y de notificar individuales afectados siguiendo una violación de información medica protegida. Esta notificación describe cómo podemos usar y divulgar su información médica.

Primary Healthcare Medical Group es obligado por ley a tener su consentimiento por escrito antes de utilizar o divulgar a otros su información médica para fines de proporcionar o hacer arreglos o para su atención médica, el pago a favor o en el reembolso de la atención que le proporcionamos a usted, y las actividades administradas relacionadas con el apoyo a su tratamiento.

Primary Healthcare Medical Group puede ser requeridos o permitidos por las leyes utilizar y divulgar su información medica otros fines sin su consentimiento o autorización.

Como paciente de **Primary Healthcare Medical Group** usted tiene derechos importantes en relación a la inspección y el copiado de su información medica que mantenemos, modificar o corregir dicha información, la obtención de una contabilidad de nuestras revelaciones de su información médica, solicitando que se restrinja el uso y divulgación de su información médica, y de quejarse si piensa que sus derechos han sido incorrectamente utilizados o divulgados acuerdo a sus derechos.

Primary Healthcare Medical Group disponemos de una forma detallada Notificación de las Practicas de Privacidad que explica plenamente sus derechos y nuestras obligaciones bajo la ley. Es posible que revisemos nuestro aviso de vez en cuando. La fecha de vigencia localizada en el lado izquierdo de esta forma indica la fecha de Notificación de las Practicas de Privacidad más recientes y vigentes.

Como paciente de **Primary Healthcare Medical Group**, usted tiene el derecho de obtener una copia de nuestra copia más vigente de Notificación de las Practicas de Privacidad. Esta copia será entregada a usted cuando usted la pida.

Primary Healthcare Medical Group se enorgullece en asegurar que sus pacientes entiendan en total cualquier póliza o practicas implementadas en esta facilidad. Tendrá usted preguntas al respecto de la Notificación de las Practicas de Privacidad no dude en ponerse en contacto con nosotros por teléfono o en persona. Estamos contentos de contestar cualquier pregunta o preocupaciones que tenga.

Yo autorizó a **Primary Healthcare Medical Group** que use y revele mi información médica:

Nombre o tipo de persona(s) además de los actuales empleados o dueño(s)

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Representante de Practica: _____ **Fecha:** _____



Lorenzo H. Suarez, M.D., A.A.F.P.
Family Practice

ACKNOWLEDGEMENT

I received the Notice of Privacy Practices and I have been provided an opportunity to review it.

I have received the Joint Notice of Privacy Practices and I have been provided an opportunity to review it.

Please check the box that is applicable:

NO I do NOT authorize **Primary Healthcare Medical Group** to disclose any/or all information to any/all affiliates of Care Quality, UCSD, Commonwell, Prism, Aledade ACO or Manifest.

Printed Name: _____ **Date of Birth:** _____

Signature: _____ **Date:** _____

ACUSE DE RECIBO

Recibí el aviso de prácticas de privacidad y he recibido la oportunidad de revisarlo.

He recibido la notificación conjunta de prácticas de privacidad y he recibido la oportunidad de revisarlo.

Por favor de marcar la caja si es aplicable:

NO autorizo **Primary Care Healthcare Medical Group** a revelar alguna / o toda la información a los afiliados cualquier/todo de Care Quality, UCSD, Commonwell, Prism, Aledade ACO y Manifest

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____



PRIMARY
HEALTH CARE
MEDICAL GROUP

Lorenzo H. Suarez, M.D, A.A.F.P.
Family Practice

Continuity of Care Consent Form

Dear Patients,

Doctor Lorenzo H. Suarez is honored that you have chosen him for your health care needs. He is a Board-Certified Family Physician who is dedicated to providing superior medical care to you and your family. The following information is designed to help you become more acquainted with his practice. Please be advised that you may choose to see Family Nurse Practitioners: Mario Aguirre, Manuel Barriga, or Physician Assistant: Alba Gutierrez. However, for continuity of care you are required to see either Dr. Lorenzo H. Suarez, Dr. John A. Friedline, or Dr. Owais Ahmad at least once a year.

This document has been fully explained and I have read and understood the context and the explanation received.

Patient Name/Date of Birth: _____

Signature/Date: _____

Estimados Pacientes,

El doctor Lorenzo H. Suarez esta honrado de que lo haya elegido para sus necesidades de atención médica. Es un médico de familia certificado por la junta que se dedica a brindarle atención médica superior a usted y su familia. La siguiente información está diseñada para ayudarle a familiarizarse con su práctica. Tenga en cuenta, si usted desea puede elegir a ver a los enfermeros practicantes familiares: Mario Aguirre, Manuel Barriga, o Alba Gutierrez, asistente médico. Sin embargo, es requerido para la continuidad de la atención ver al Dr. Lorenzo H. Suarez, Dr. John A. Friedline, o Dr. Owais Ahmad por lo menos una vez al año.

Este documento ha sido completamente explicado y he leído y entendido el contexto y la explicación recibida

Nombre del Paciente/Fecha de Nacimiento: _____

Firma/Fecha: _____

HISTORIAL MEDICO

Fecha: _____

Información Del Paciente

Nombre Del Paciente: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Sexo asignado al nacer: Mujer Masculino Intersexual Otro

Médico de Atención Primaria Anterior: _____ Médico Referente: _____

Ocupación: _____ Cuánto Tiempo? _____

Historia Médica:

(Por favor marque las siguientes condiciones que usted ha tenido o tiene en actualidad)

<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Alta Presión Arterial <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Enfermedad de las Arterias Coronarias <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> Hepatitis A B or C <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Ulceras del Estómago/Gástricas <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Ansiedad o Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar <input type="checkbox"/> Otros trastornos de salud mental <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Desmayos/mareos <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Alergias a los Alimentos <input type="checkbox"/> Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> Alergias ambientales <input type="checkbox"/> Sarampión, Paperas o Rubéola <input type="checkbox"/> Herpes zóster <input type="checkbox"/> Artritis: _____ <input type="checkbox"/> Osteopenia/Osteoporosis <input type="checkbox"/> Huesos rotos o fracturas <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza <input type="checkbox"/> Lesión de espalda <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual <input type="checkbox"/> Problemas de próstata <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<u>Historia Quirúrgica:</u>	<u>Historia Medica Familiar:</u>	Historia Medica	Causa de Muerte si es Aplicable
<input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Reparación de úlceras <input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Ooforectomía <input type="checkbox"/> Mastectomía <input type="checkbox"/> Próstata <input type="checkbox"/> Cirugía de columna <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Otro:	Padre: <input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Muerto	<input type="checkbox"/> Alta Presión Arterial <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Accidente Cerebral <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Tuberculosis	
	Madre: <input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Muerta	<input type="checkbox"/> Alta Presión Arterial <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Accidente Cerebral <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Tuberculosis	
	Hermanos/as: <input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Muertos/as	<input type="checkbox"/> Alta Presión Arterial <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Accidente Cerebral <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Tuberculosis	
	Hijos/as: <input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Muertos/as	<input type="checkbox"/> Alta Presión Arterial <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Accidente Cerebral <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Tuberculosis	

POR FAVOR DE COMPLETAR LA PAGINA DE ATRÁS →

<u>Medicamentos:</u>	<u>Alergias/Reacción:</u>

Historia Social:

Uso de Tabaco:	Consumo de Alcohol	Uso de drogas ilícitas	Uso de caféina
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Dejaste de consumir Tabaco, ¿cuándo? _____ <input type="checkbox"/> Cigarrillos/paquete por día? _____ <input type="checkbox"/> Pipa de Tabaco <input type="checkbox"/> Fuma Cigarros <input type="checkbox"/> Masca Tabaco <input type="checkbox"/> ¿Por cuánto tiempo? _____	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Socialmente <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Consumo excesivo de alcohol ¿Alguna vez ha sido tratado por alcoholismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si, Cuando? _____	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Alguna vez ha sido tratado por consumo de drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si, Cuando? _____	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Ocasional Uso del cinturón de seguridad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ejercicio <input type="checkbox"/> Si, diario <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No

POR FAVOR MARQUE TODAS LAS CONDICIONES/ SINTOMAS QUE SON APLICABLE A USTED

<u>General</u>	<u>Gastrointestinal</u>	<u>Piel y Huesos</u>
<input type="checkbox"/> Cambio de Peso	<input type="checkbox"/> Cambio de apetito	<input type="checkbox"/> Dolor en los huesos
<input type="checkbox"/> Moretes o hemorragias anormales	<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Rigidez o hinchado
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Ardor en el estomago	<input type="checkbox"/> Dolor o debilidad en las articulaciones
<u>Cabeza y Nervios</u>	<input type="checkbox"/> Muchos gases	<input type="checkbox"/> Dolor o ronchas en la piel
<input type="checkbox"/> Deprimido/Ansiedad	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Dolor en las piernas
<input type="checkbox"/> Dificultades durmiendo	<input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Calambres en los músculos
<input type="checkbox"/> Dificultades de su memoria	<input type="checkbox"/> Vomito con sangre	<u>Corazón y Pulmones</u>
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Corto de respiración
<input type="checkbox"/> Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar mientras está acostado
<input type="checkbox"/> Problemas de vista	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Usa lentes	<input type="checkbox"/> Excremento negro con sangre	<input type="checkbox"/> Mucha Tos
<input type="checkbox"/> Problemas de los oídos	<u>Urinario</u>	<input type="checkbox"/> Sangre en la flema
<input type="checkbox"/> Ruido en los oídos	<input type="checkbox"/> Orina frecuentemente	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho
<input type="checkbox"/> Sangrando de la nariz	<input type="checkbox"/> Orina frecuentemente de noche	<input type="checkbox"/> Palpitaciones del corazón
<input type="checkbox"/> Problemas con las encías	<input type="checkbox"/> Dolor cuando orina	<u>Ginecología</u>
<input type="checkbox"/> Entumecimiento en manos o pies	<input type="checkbox"/> Vacilación urinaria	Edad cuando empezó a reglar:
<u>Pechos</u>	<input type="checkbox"/> Orina turbia o con mal olor	Primer día de su última regla:
<input type="checkbox"/> Bolas o quistes	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	Cuantos días dura:
<input type="checkbox"/> Descarga de fluido	<input type="checkbox"/> Perdida de la orina	Dolor o cólicos:
<input type="checkbox"/> Sensibilidad/dolor en los senos	<input type="checkbox"/> Dolor pélvico/lumbalgia	Número de embarazos:
<input type="checkbox"/> Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> Relaciones sexuales	Número de abortos:
<input type="checkbox"/> Picazón/erupción	<input type="checkbox"/> Usa protección	Número de hijos vivos:



AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTHCARE INFORMATION

Authorization: I authorize the disclosure of medical information and health records as described below:

Name of Patient: _____ DOB: ___/___/___

Record Holder: _____

Telephone: _____

FAX: _____

Records May Be Release To: **Primary Healthcare Medical Group**
Lorenzo H. Suarez, M.D., A.A.F.P.
Family Practice
 125 S. 5th Street
 Brawley, CA 92227
 Main Office Telephone #: (760) 344-8100
Electronic FAX#: (866) 493-3117

Type of Information: This authorization applies to the following types of information marked besides each applicable category

_____ Psychiatric Records	_____ Treatment for alcohol and/or drug abuse
HIV Test Results (Human Immunodeficiency Virus)	

✓ Discharge Summary	✓ Progress Notes
✓ History/Physical Exam	✓ Laboratory
✓ Consultation Reports	✓ Diagnostic Imaging Reports
✓ Operative/Procedure	✓ Emergency Department Records

Other (please specify): _____

Dates Requesting: From ___/___/___ To ___/___/___

Duration: This authorization is valid one year from the date next to my signature unless otherwise specific

SIGNATURE: _____

DATE: _____

CIRCLE IF STAT

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Co-pagos

Se espera que el paciente presente su tarjeta de seguro médico en cada visita, además de su co-pago y que liquide sus balances pendientes al momento del servicio.

Cuentas de autopago

Las cuentas de autopago son pacientes que están cubiertos por planes de seguro en los que la clínica no participa, los pacientes sin una tarjeta de seguro en el archivo o en el momento del servicio no cumplen con el deducible. Se espera que se requiera el pago al momento del servicio para todos los servicios, incluidas las cirugías.

Arreglos de pago extendido

Para procedimientos que superen los \$300: el 75% de la tarifa total de una visita al consultorio debe pagarse en el momento del servicio o el 75% de la tarifa total para un procedimiento quirúrgico debe pagarse antes del procedimiento. El saldo restante se pagará en los próximos tres meses en pagos mensuales iguales que vencen el primero de cada mes.

Planes de seguro no participantes

Las obligaciones financieras de los pacientes que están asegurados por portadores con los que la práctica no participa se consideran una Cuenta de Pago por Cuenta Propia. La compañía de seguros se cobrará como un reclamo no asignado como una cortesía para el paciente con el paciente que paga la clínica, el monto total. La compañía de seguros reembolsará al paciente por reclamos no asignados. Si la clínica recibe el pago de un reclamo no asignado, el paciente recibirá un reembolso dentro de 10 días.

Casos de accidentes automovilísticos

El paciente será tratado como una cuenta de pago por cuenta propia a menos que el seguro de salud proporcione un acuerdo de subrogación. Si se proporciona un acuerdo de subrogación y el médico participa con la compañía de seguros, se facturará el seguro de salud.

Si un abogado está involucrado en el caso, se obtendrá una carta de protección ya sea que esté involucrada o no una compañía de seguros.

Reembolsos de pacientes

Se deben cumplir los siguientes criterios antes de emitir un reembolso al paciente: si el paciente no ha sido visto en consulta en los últimos % días y si no hay reclamos o saldos de seguro pendiente en su cuenta.

Casos de divorcio

En casos de divorcio, la persona que recibe la atención es responsable del pago de los copagos, el coseguro y los saldos de seguros que participan en el momento del servicio. No le enviaremos una factura a un cónyuge divorciado por los servicios del paciente.

Casos de custodia infantil

El padre con la custodia principal suele ser el padre o la madre con el que vive el menor y que generalmente lleva al niño a la clínica para recibir atención. El padre con custodia es responsable del pago en el momento del servicio, ya sea que la cuenta se considere pago por cuenta propia, seguro participante o seguro no participante. Si el padre sin custodia lleva el seguro del niño, la clínica facturará a esa compañía de seguros. La clínica no se involucra con los detalles del divorcio, por ejemplo, uno de los padres paga el 80% y el otro paga el 20%. Es la obligación de los padres elaborar un acuerdo ellos mismos o a través del sistema judicial.

Referencias

Si su seguro designó a un médico de atención primaria (PCP), usted debe de contar con la autorización previa de su PCP antes de su visita a la oficina de un médico especialista. Si no se proporciona esta autorización, se le solicitará reprogramar su cita o pagar su visita al momento del servicio.

Esta política financiera ayuda a la clínica a brindar atención de calidad a nuestros valiosos pacientes. Si tiene alguna pregunta o necesita una aclaración sobre cualquiera de las políticas anteriores, no dude en preguntar a la recepcionista.

Firma del paciente/Tutor

Fecha:

Firma de Testigo

Fecha: