

Nombre		Edad	Fecha de Nacimiento			
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal	
Condado	Ocupación	Patrón/Compañía	En caso de que necesitemos hablar por teléfono con usted acerca de su expediente médico, tendremos que verificar su identidad. Favor de darnos una palabra clave que usted se acuerde bien y que se pueda usar para este propósito:			
# Seguro Social	Por favor márque si esta bien que llamemos o si necesitamos ser discretos		Esta bien llamar	Con discreción	Solo de Emergencia	Nunca
Dirección Electrónica	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo				
Podemos mandarle correo electrónico?	Teléfono para Recados					
Si no podemos comunicarnos con usted por teléfono, ¿podemos enviarle correspondencia a su hogar?	Para llamar a esa persona de emergencia denos el # de teléfono:					

POLITICAS FINANCIERAS

Deseamos agradecerle el que nos haya escogido para brindarle servicios para el cuidado de la salud. Apreciamos la confianza que ha depositado en nosotros así como por la oportunidad de servirle. De acuerdo con la información que nos ha proporcionado:



PAGO DIRECTO

Si nos va a pagar directamente sin utilizar seguro médico, el cargo por los servicios será calculado de acuerdo con su ingreso anual. El cálculo por ingreso comprende varios servicios en una sola tarifa como lo es en el caso de los servicios de aborto. Ya sea que lo necesite, lo quiera o no, la tarifa cubre; la terapia IV o IM, el ultrasonido, la prueba de embarazo, la prueba Rh, la Rhogram y otros elementos (muy infrecuentemente se podría necesitar servicios adicionales tales como pruebas en otros laboratorios u otros medicamentos que no son recetados en forma ordinaria, y que no están incluidos en la tarifa, por consiguiente, podrá haber un cargo extra). Se le dará un recibo por la cantidad que usted pagó por dicho grupo de servicios. La tarifa especial compacta no es ni se hará una lista detallada de lo que incluye, y no podrá ser procesada por las compañías de seguro.



COBROS A TERCEROS

No podremos hacer el cobro a nombre suyo a menos que nos de la información correcta de lo que su seguro cubre. Es su obligación el proporcionarnos información correcta y completa. Si su compañía de seguro médico le envía cualquier tipo de cuestionario en referencia a los diferentes planes de salud, para cumplir con los requisitos o si piden que firme algún formulario, envíelo lo antes posible. Ellos están esperando dicha información para poder pagar los servicios.

Si nos sale debiendo dinero o si nos pagó de más, debe de hacer arreglos le enviaremos su cuenta o su reembolso directamente a su domicilio. Nosotros le enviaremos el estado de cuenta a su domicilio si es que tiene un balance pendiente a pagar, o si nos pago de mas, nosotros le haremos un reembolso.

Usted debe de hacer arreglos para pagar su saldo, antes de que pasen 30 días de la fecha en que se le envió su cuenta, evitando así otro tipo de acción para el cobro. Nosotros somos **MUY** flexibles para hacer arreglos de pago así es que, por favor manténgase en contacto.

No podemos garantizar su privacidad cuando se utiliza a terceros. Nosotros hacemos todo lo posible para mantener su privacidad. Es nuestra política el no dar información relacionada a los servicios que usted recibió en nuestras instalaciones a menos que usted nos autorice por escrito. Sin embargo, si usted utiliza a terceros para el pago de nuestros servicios, por éste conducto, usted nos está autorizando para dar información a dicha compañía. Dése por enterado que aún cuando usted haya hecho arreglos especiales para su correspondencia con nosotros, la compañía o la agencia que paga por los servicios podría enviarle correspondencia a su domicilio.

En los siguientes casos, su cuenta podría enviarse a una Agencia de Cobros. Si nos da información ficticia o fraudulenta o si retiene información acerca de su plan/seguro médico (incluyendo la dirección o números de teléfono) que resulte en que no nos paguen, o si usted cobra un cheque destinado a nosotros, o si no podemos comunicarnos con usted. **La clínica no garantiza la privacidad de aquellas personas cuyas cuentas fueron enviadas a una Agencia de Cobros.**



Planes de Seguros No-Contratados

- Nosotros podríamos aceptar la asignación de beneficios. Aceptación de beneficios significa que nosotros cobraremos por nuestros servicios directamente a su compañía de seguros. El cobro que se envía a su compañía de seguros es el "usual y lo acostumbrado" por los servicios que se proporcionan y esperamos que el pago de sus beneficios se haga directamente a nosotros. Los cargos enviados a su compañía de seguros están enumerados y cobraremos por los servicios que se hayan hecho en sí. Usted es responsable del saldo de su cuenta y a sea que su compañía de seguros nos pague o no. Tenga entendido que algunos o quizás todos los servicios que proporcionamos podrían no estar cubiertos o podrían no ser considerados como "razonable y necesarios" de acuerdo con su seguro médico. Esas cantidades serían su responsabilidad. Su compañía de seguros tiene un contrato entre usted y su plan médico. Nosotros no formamos parte en ése contrato. Nosotros le cobraremos a usted un porcentaje de los cargos que no fueron pagados por su plan de salud y cualquier deducible. Nosotros calcularemos esas cantidades cuando verifiquemos lo que su seguro cubre. Co-pagos y deducibles deben de pagarse antes de recibir los servicios.



Planes de Seguro o Agencia bajo Contrato

- Nosotros podríamos tener un acuerdo/contrato con la compañía que administra su plan de salud o con alguna otra agencia para brindarle algunos de nuestros servicios. Dichos contratos pagan una determinada cantidad o porcentaje por haberle proporcionado esos servicios. Nosotros le cobraremos cualquier cantidad y/o co-pago que se estipule en nuestro contrato con ellos. Cada acuerdo es diferente y dependiendo en el tipo de cobertura que tenga, podría ser que no le cobremos nada más a usted.

He leído las secciones arriba indicadas, las entiendo y estoy de acuerdo con las Políticas Financieras.

Firma del Cliente

Fecha