

MidValley Family Practice PC

Acuerdo del Paciente sobre el pago de la Factura

Fecha _____

Nombre _____
Apellido _____

Primer Nombre _____ **Inicial** _____

Numero de Seguro Social _____

Dirección (Física) _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **CP** _____

Dirección (Correo) _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **CP** _____

Edad ____ **Fecha Nacimiento** _____

Sexo ____ **F** ____ **M** _____

____ **Casado(a)** ____ **Viudo(a)** ____ **Soltero(a)**
____ **Separado(a)** ____ **Divorciado(a)**

Raza/Origen Étnico(Marque uno):
____ Nativo Americano o de Alaska
____ Asiático ____ Negro o Afroamericano
____ Caucásico ____ Hispano o Latino ____ Multiracial

Lenguaje de Preferencia _____

Trabajo _____

Dirección _____

Teléfono _____

Persona Responsable
(Persona Responsable de pago si no es el paciente.)
Nombre _____
Apellido _____

Primer Nombre _____ **Inicial** _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **CP** _____

Relación al Paciente _____

Numero de Seguro Social _____

Compañía de Aseguranza _____

Numero de Póliza/ID # _____

Grupo # _____

Fecha de Inicio _____

Nombre del Portador del Seguro: _____

Tiene el paciente cobertura de otra a seguranza?
____ **Si** ____ **No** ____ **Si, Liste la Información:** _____

Compañía de A seguranza _____

ID # _____ **Grupo #** _____

Fecha de Inicio _____

Nombre del Portador del Seguro: _____

Asignación y Liberación
Yo certifico que yo, y/o mis dependes tenemos cobertura medica con _____ y asigno directamente a MidValley Family Practice todos mis beneficios medicos, en su caso, de otro modo pagados a mi por los servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos pagados o no pagados por la a seguranza. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las comunicaciones con la a seguranza. MVFP puede usar mi información medica y puede revelar tal información a la compañía(s) de a seguranza y sus agentes arriba mencionados con el propósito de obtener pago y determinar beneficios por los servicios proveídos.

Firma del Paciente, Padre, Guardián Legal

(Nombre del Paciente, Padre, Guardián Legal)

(Relacion al Paciente)

Teléfono del Paciente

Casa (____) _____ **Trabajo** _____ **Celular** (____) _____

EMAIL _____

Contacto de Emergencia _____ **Relación** _____

Teléfono (____) _____ **Casa Trabajo Cell** **Teléfono 2** (____) _____ **C T Cell**

MidValley Family Practice PC

Acuerdo del Paciente sobre el pago de la Factura

1. Yo verifico que he revisado la información al reverso de la hoja y esta correcta
2. Yo entiendo que si mi seguro medico se niega a pagar los cobros debido a la información incorrecta de mis datos personales o de mi seguro medico que he proporcionado, yo seré el responsable de pagar el balance total de las facturas y de forma inmediata.
3. Si tengo un seguro medico que MidValley Family practice Si acepta, yo autorizo la asignación de los pagos directamente a mi medico tratante por los servicios prestados. Entiendo que MidValley Family Practice mandara a cobrar las facturas a mi seguro medico, y que es mi responsabilidad contactar a mi compañía para garantizar que las facturas sean pagadas dentro de 60 días a partir de la fecha de mi consulta medica.
4. Yo entiendo que si tengo un plan de seguro PPO, y si mi seguro no ha pagado la factura dentro de 60 días a partir de mi visita al medico el pago de la factura será mi responsabilidad.
5. yo entiendo que bajo el contrato que tengo con mi compañía de seguros, debo pagar cualquier co-pago determinado en cada consulta medica.
6. Si tengo un seguro medico que MidValley Family practice NO acepta, yo estoy de acuerdo en pagar el balance total de mi factura al momento de recibir la atención medica. Entiendo que como cortesía, MidValley Family Practice mandara las facturas a cobrar a mi compañía primaria de seguros, pero es mi responsabilidad contactar a mi compañía para garantizar mi reembolso. Entiendo que MidValley Family Practice no puede actuar como intermediario entre mi compañía y yo para que se efectúen los pagos. Si soy un Paciente que no tiene seguro, estoy de acuerdo en pagar el balance total de mi factura al momento de recibir los servicios.
7. Por medio de la presente autorizo a los médicos y al personal de MVFP que me proporcione el cuidado medico al igual que a mis dependientes citados al reverso de este formulario.
8. Reconozco que he recibido copias en el consultorio sobre la "carta de información del Paciente."
9. Antes de o durante mi cita mi medico puede determinar que pruebas o procedimientos adicionales puedan ser necesarios para que el medico sea capaz de proporcionar el nivel de cuidado se considere apropiado por el medico para la salud del paciente y su bienestar. El paciente será informado antes de que cualquier prueba o procedimiento se lleve a cabo y se le explicara la necesidad y el costo de dichas pruebas o procedimientos.
10. **El paciente entiende que MVFP no puede verificar cobertura por dichas pruebas o procedimientos. Además el paciente reconoce la posibilidad real de que su empleador, compañía de seguro y/o terceros no pueda pagar por estas pruebas o procedimientos y el paciente esta de acuerdo en que el/ella será personalmente responsable en pagar en caso de que no sean totalmente pagado por los otros.**
11. Por la presente autorizo a la liberación de información médica a mi compañía (s) de seguro acerca de cualquier enfermedad o tratamiento.
12. Entiendo que se cobrara **\$25.00** de multa por no asistir a una cita o no cancelarla con 24 horas de anticipación y **\$50**. Por un examen Físico.
13. Si usted tiene un saldo pendiente se espera que pague o hago algún acuerdo de pagos antes de su próxima cita. Falta de pago podría resultar en el despido de la Clinica.

Paciente/representante: _____ Fecha: ____ - ____ - ____

Firma

Reconocimiento de Aviso Sobre Prácticas Privadas

*Yo reconozco que recibí y repase el folleto sobre el Aviso de Practicas Privadas en MVFP.

Nombre del Paciente: _____ Fecha nacimiento: ____ - ____ - ____

Firma

Firma del paciente/representante: _____ Fecha: ____ - ____ - ____

Firma

Documentación de Buen Esfuerzo

*El paciente se presento a la oficina el día __-__-__ y fue proporcionado con una copia de Aviso de Practicas de Privacidad. Un buen esfuerzo fue hecho para obtener la firma del paciente cuando se le fue proporcionado este folleto. No obtuvimos la firma del paciente por la causa siguiente:

- Paciente se negó a firmar el reconocimiento de HIPAA y/o a presentar identificación con foto
- El paciente fue incapaz de firmar porque: _____
- El paciente tubo una emergencia medica y el intento de obtener su firma será hecho en la próxima oportunidad.

Firma del empleado Completando la Forma

_____-_____-_____
Fecha