

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono _____

Médico quien ordeno esta cita

Nombre: _____ TEL: _____ FAX: _____

Médico Primario o Pediatra

Nombre: _____ TEL: _____ FAX: _____

LA FECHA DE NACIMIENTO Y EL # SS SE NECESITAN UNICAMENTE PARA COBROS A EL SEGURO MEDICO

INFORMACION DEL PADRE. Tiene el la custodia legal de el paciente? Si ____ No ____

Nombre: _____ Apellido: _____

Seguro Social #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de Oficina: _____ Celular: _____

Dirección de residencia: _____

Ciudad _____ Código postal: _____ Teléfono _____

INFORMACION DE LA MADRE Tiene ella la custodia legal del paciente? Si ____ No ____

Nombre: _____ Apellido: _____

Seguro Social #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de Oficina: _____ Celular: _____

Dirección de residencia: _____

Ciudad _____ Código postal: _____ Teléfono _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre Completo: _____

Teléfono: _____ Relación con el paciente _____

Alergias/ Tratamiento especial? _____

Yo, autorizo el tratamiento medico, rayos X, cirugías, exámenes de laboratorio, anestesia hospitalizaciones o cualquier otro procedimiento necesario para el cuidado de la salud del niño, ordenado por uno de los Médicos de Children's Cardiovascular Medicine P.C.

Firma _____ Fecha _____

Yo, doy mi permiso a los adultos que enumero enseguida para llevar a mi hijo/a *Children's Cardiovascular Medicine P.C.* Igualmente doy autorización para que se discuta información medica necesaria para facilitar el cuidado medico de mi niño/a

Nombre	Relación con el paciente	Teléfono

PERSONA RESPONSIBLE DEL PAGO

Relación con el paciente: (marque una) Madre Padre Guardián legal Otro

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Nombre del Paciente: _____

Nombre del seguro médico _____

Dirección /PO BOX _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono: (1-800) _____

Nombre del asegurado principal _____ DOB _____

Relación con el Paciente: _____

Póliza # _____ Grupo # _____

SI SU BEBE ES RECIEN NACIDO POR FAVOR CONTESTE:

Agrego al bebe a su seguro médico? SI _____ NO _____

El padre o a la persona autorizada que traiga al niño/a, a *Children's Cardiovascular Medicine P.C.* será responsable de pagar el co-pago de la visita.

_____ Entiendo lo anteriormente explicado.

Todos los co-pagos deberán ser pagados al momento de la visita.

Todos los servicios profesionales prestados por *Children's Cardiovascular Medicine* serán responsabilidad del paciente. Las formas deberán ser diligenciadas con claridad y con la información correcta para efectos de cobro al seguro medico. **Entiendo que soy el responsable de cualquier suma que el seguro medico NO cubra.**

ASIGNACION DE BENEFICIOS: Pido que todos los beneficios sean pagados directamente a *Children's Cardiovascular Medicine*. Autorizo liberar cualquier información medica que sea necesaria para que la compañía de seguro medico haga los pagos a *Children's Cardiovascular Medicine P.C.* Es mi obligación dejar saber si tengo uno o más seguros médicos. (Sección 1128B del Social Security Act y 31 USC da multas por retener información)

Para pagar deducibles y porcentajes de responsabilidad del paciente, la oficina le facilitara un plan de pagos si fuera necesario

Padre o/ Guardián legal _____

Firma _____ Date _____



Children's Cardiovascular Medicine P.C

Políticas de Financiamiento

Verificamos elegibilidad y requerimos la copia de la tarjeta de su seguro medico.

Cobros a los seguros médicos.

El pago total es requerido en el momento del servicio para todos los saldos en mora, tales como deducibles que no se han cumplido, pacientes sin seguro y cualquier cobertura que no pudo ser verificada en el momento del servicio. El padre y / o guardián legal está obligado a pagar el co-pago, o el porcentaje que corresponda de acuerdo a la póliza del paciente al momento del servicio. Los servicios se facturan a la compañía de seguros, sin embargo, usted es responsable por el pago de todos los gastos incurridos. Todos los saldos no pagados por la compañía de seguros dentro de 120 días de la fecha de notificación serán de su responsabilidad. Se le devolverá el dinero de los pagos realizados por usted después de su compañía de seguros haya pagado en su totalidad

Nota: Si usted tiene cambios en su información de seguro, por favor notifique a nuestra oficina inmediatamente. *Children's Cardiovascular Medicine, PC* no será responsable de cobrar al el seguro, si no recibe la información correcta antes o en el momento de la visita.

Seguro Secundario

Nosotros no procesamos cobros a menos que su seguro secundario sea Medicaid, WellCare, Peach State, Peachcare o Amerigroup.

_____ Iniciales que he leído y aceptado la declaración anterior.

Cheques Devueltos

Todos los cheques devueltos por insuficiencia de fondos, cuentas cerradas, o por cualquier otra razón, estará sujeto a un cargo de \$ 25.00. Sus siguientes pagos deberán realizarse con tarjeta de crédito, giro postal o efectivo.

_____ Iniciales que he leído y aceptado la declaración anterior.

Cargos por pagos después la fecha

Se cobrara un valor de \$15.00, 1.5% mensual por pagos atrasados.

_____ Iniciales que he leído y aceptado la declaración anterior

Deducibles y co-pagos

Los deducibles y los co-pagos se cobraran al momento de la visita. Estos son los requeridos por su compañía de seguros y fueron acordados por usted en el momento de adquirir su plan.

_____ Iniciales que he leído y aceptado la declaración anterior.

Divorcio / Custodia

Quien traiga al niño/a a nuestra oficina para el cuidado médico será responsable de cualquier pago generado por los servicios prestados. Nosotros no cobramos a terceros, independientemente de lo que los documentos que el decreto o la custodia indican. Por favor, tomar las medidas oportunas antes de la visita al consultorio.

_____ Iniciales que he leído y aceptado la declaración anterior.

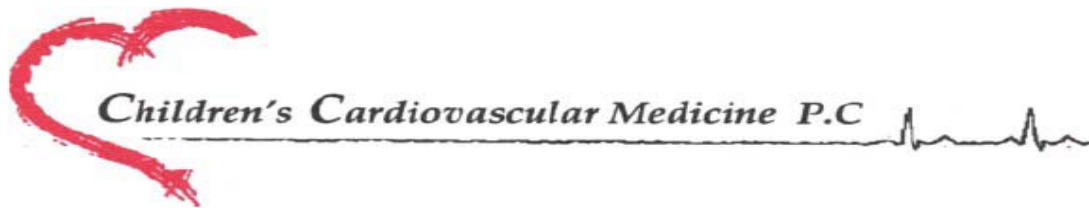
Somos conscientes que los problemas financieros temporales puede afectar el pago oportuno de su cuenta. Si estos problemas se plantean, le pedimos ponerse en contacto con nosotros lo más antes posible para poder asistirle. Estamos dispuestos a plantear un plan de pagos. Si usted tiene alguna pregunta sobre la información anterior, o cualquier duda en cuanto a su cobertura de seguro, por favor consúltenos.

Yo autorizo a *Children's Cardiovascular Medicine PC* a revelar cualquier información médica o de otro tipo a la compañía de seguros que sea necesario para procesar las reclamaciones. Yo autorizo a mi compañía de seguros para pagar al proveedor de servicio.

Padre / Tutor Legal Nombre (letra imprenta) _____

Nombre del paciente _____

Firma _____ Fecha _____



AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA USAR Y REVELAR INFORMACION MÉDICA CONFIDENCIAL

Doy mi consentimiento a Children's Cardiovascular Medicine para solicitar o dar a conocer **Información Medica confidencial (PHI)**, con el propósito de proporcionar cuidado medico o, **para efectos de pagos por tratamiento medico. (TPO)**. Para una completa información del manejo de su historia clínica, pida a *Children's Cardiovascular Medicine PC.* una copia del reglamento de privacidad.

Tengo el derecho de revisar el reglamento de privacidad, antes de firmar ésta autorización.
Doy mi autorización para que *Children's Cardiovascular Medicine PC.*, llame a mi casa o a cualquiera de los teléfonos que he escrito en las formas, para dejar mensajes en grabadoras o hablar en persona acerca de: cuidado clínico incluyendo exámenes de laboratorio, resultados de monitores o citas médicas.

Doy mi autorización para que *Children's Cardiovascular Medicine PC.*, envíe por correo a mi casa o a la dirección que he escrito en las formas, cartas que ayuden a recolectar (TPO) recordatorios de citas y cartas de cobro siempre y cuando sean marcadas como personal y confidencial.

Doy mi autorización para que *Children's Cardiovascular Medicine PC.*, para que envíe a mi correo electrónico, recordatorios de citas y cuentas de cobro. Tengo el derecho de decir a *Children's Cardiovascular Medicine PC* como manejar información para proporcionar PHI o TPO. Sin embargo, la práctica no necesita estar de acuerdo con las restricciones que imponga, pero si lo está, será de acuerdo a los límites de este documento.

Al firmar este documento, doy mi autorización a *Children's Cardiovascular Medicine PC.*, para que use y revele mi PHI para llevar a cabo el TPO.

Sin la firma de esta autorización *Children's Cardiovascular Medicine PC.*, no podrá suministrar ningún tratamiento.

Firma del Padre/madre o guardián legal

Fecha

Nombre escrito del Padre / madre o guardián legal

Nombre del Paciente.