

Si es paciente NUEVO, cómo se enteró de nuestra oficina? _____

La Información del Paciente: Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Genero _____ Idioma _____ Raza _____

Etnia Hispano Latino Non Hispano or Latino Prefiero no responder

Dirección _____ Apt# _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero de Telefono _____

La Información de los Padres o Guardian:

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electronico _____ Numero de Telefono _____

Empleador _____ Numero de Telefono del Trabajo _____ Relacion al paciente _____

La Información del Otro Padre o Guardian:

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electronico _____ Numero de Telefono _____

Empleador _____ Numero de Telefono del Trabajo _____ Relacion al paciente _____

Contacto de Emergencia:

Nombre _____ Relacion al paciente _____ Numero de Telefono _____

Información del Seguro:

Nombre del Seguro _____ Nombre _____ # del Grupo _____ # de ID _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre del Seguro _____ Nombre _____ # del Grupo _____ # de ID _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Consentimiento para tratar y divulgar información médica protegida. Autorizo al médico o los médicos a cargo del cuidado del paciente mencionado anteriormente a administrar anestésicos y/o medicamentos y a realizar las operaciones y/o procedimientos de diagnóstico que el médico considere necesarios, médico para el diagnóstico y tratamiento de este paciente.

El Aviso de privacidad escrito de la práctica proporciona información detallada sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida. Al firmar este formulario de consentimiento, reconozco que he recibido una copia del Aviso de privacidad por escrito y está de acuerdo con nuestro uso y divulgación de información médica protegida para tratamiento, pago y atención médica. Los pacientes lesionados en el trabajo generalmente obtienen información a través de su ajustador o empleador. He leído y entiendo las declaraciones anteriores. Pegar mi firma a este formulario representa mi recepción del aviso de privacidad por escrito, mi consentimiento para el tratamiento y los usos enumerados anteriormente de la información médica protegida.

X _____

Fetcha

Firma del Responsable

He leído y estoy de acuerdo con el acuerdo financiera del paciente atras

ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

Murray Pediatrics

Dr. Ross Hightower, Dr. Anna Orchard and Dr. Gary Schlichter

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con una excelente atención al paciente. Como representante financiero del paciente, usted comprende y acepta lo siguiente:

1. El pago y / o el copago vence al momento del servicio. Si no se paga el copago en el momento del servicio, se cobrará una tarifa de \$ 10.00 a la cuenta.
2. Se cobrará una tarifa de \$ 30.00 en todos los cheques devueltos.
3. Los pacientes que pagan por cuenta propia recibirán servicios a una tasa de descuento del 20% si los cargos se pagan en su totalidad en el momento del servicio. Se requiere el pago total de los servicios prestados en cada visita, si esto no es posible, deberá hacer arreglos de pago con nuestra oficina de facturación.
4. Usted es responsable de conocer la cobertura y los beneficios de su seguro. Es su responsabilidad informar a Murray Pediatrics de cualquier cambio no cubierto por su seguro, incluidas todas las vacunas. Como cortesía, Murray Pediatrics facturará a su seguro y les dará 45 días para realizar el pago. Después de 45 días, es su responsabilidad hacer un seguimiento con su seguro. Cualquier servicio proporcionado, pero no cubierto por su seguro, será su responsabilidad de pago.
5. Si su cuenta está al día sin historial de cobros o quiebra, Murray Pediatrics extenderá el crédito en su cuenta, con un pago mensual mínimo de \$ 50.00. Se requieren pagos mensuales en todas las cuentas con saldos pendientes. Se aplicará un cargo por servicio del 1 1/2% por mes (18% por año) sobre el saldo impago en todas las cuentas que excedan los 60 días a partir de la fecha del servicio, a menos que se cumplan los acuerdos financieros previamente escritos ". Al firmar a continuación, acepta pagar los costos de cobranza de hasta un 40% con o sin demanda y / o honorarios de cobranza razonables del abogado sobre cualquier saldo moroso, si se lo deriva a cualquier agencia o abogado para cobrar o demandar.
6. A los pacientes que no se presenten a su cita programada se les puede cobrar una tarifa de NO SHOW de \$ 35.00, a menos que el paciente cancele la cita al menos 24 horas antes de la hora programada. Esta tarifa NO está cubierta por su seguro.
7. El paciente autoriza a Murray Pediatrics oa cualquier agencia o abogado contratado por el cliente a llamar o enviar un mensaje de texto a su entera discreción para comunicarse con el paciente.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a esta oficina a divulgar toda la información relacionada con mi tratamiento médico a mis compañías de seguros y a solicitar proveedores de referencia (si los hubiera)

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS

Además autorizo y ordeno a dicha agencia, abogado o Compañía de Seguros que pague con el producto de los beneficios de cualquier recuperación de pagos de seguro en mi caso, directamente a los proveedores de esta oficina, por sus servicios profesionales prestados. Entiendo que esto de ninguna manera me exime de mi responsabilidad personal de pagarle a mi proveedor cuando se rinde una declaración. Se entiende que la firma de este formulario no prohíbe las facturas mensuales habituales.