

Información de registro de pacientes y consentimiento

Fecha de hoy: ¿Cómo supiste de nosotros? _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____

Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____

Número y nombre de la calle

ciudad

Código Postal

Números de teléfono:

Trabajo: _____ Casa: _____ Cell: _____

Estado civil: Soltero Casado Divorcido Separado Viudo

Dirección de correo electrónico: _____ Empleador: _____

Contacto de emergencia

Relación: _____ Número de teléfono: _____ Nombre de farmacia preferido: _____

Dirección: _____

Número y nombre de la calle

ciudad

Código Postal

Nombre de la Compañía de Seguros Primarios: _____

A continuación, por favor dénos la información para la persona que es el asegurado principal, por lo general esta es la persona que trabaja para la compañía que suministra el seguro de salud. Si es lo mismo que el paciente, puede escribir "Igual"

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____

Empleador: _____

Nombre de la Compañía de Seguros Secundarias: _____

A continuación, por favor dénos la información para la persona que es el asegurado principal, por lo general esta es la persona que trabaja para la compañía que suministra el seguro de salud. Si es lo mismo que el paciente, puedes escribir 'Igual'

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____

Empleador: _____

Si la parte responsable financiera es la misma que la verificación del paciente aquí:

Si no es así, complete lo siguiente: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Número y nombre de la calle

ciudad

Código Postal

Números de teléfono:

Trabajo: _____ Casa: _____ Cell: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Empleador: _____

El abajo firmante certifica que ha proporcionado información correcta en este formulario y entiende que las declaraciones falsas u ocultación de hechos materiales pueden ser procesados bajo las leyes federales y estatales aplicables. El abajo firmante certifica además que es el paciente o el representante legal del paciente, debidamente autorizado para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Patient/Firma de la Parte Responsable: Relación: _____

Política Financiam

Nombre del paciente: Fecha: _____

Gracias por elegir Mansilla Medical Practice como su proveedor de atención primaria. Estamos comprometidos a proporcionarle atención médica de calidad y asequible. Por favor, lea esta política de pago, háganos cualquier pregunta que pueda tener e inicie sesión en el espacio proporcionado. Se le proporcionará una copia a pedido.

1. Seguros. Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicare. Si usted no está asegurado por un plan, nosotros hacemos negocios con, el pago en su totalidad se espera en cada visita. Si usted está asegurado por un plan con el que hacemos negocios pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago completo por cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta con respecto a su cobertura.
2. Copagos y deducibles. Todos los copagos y deducibles deben ser pagados en el momento del servicio. Si usted tiene una póliza que incluye un deducible que no se ha cumplido, cobraremos una cantidad inicial de \$85 para su deducible. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. El hecho de no cobrar copagos y deducibles de los pacientes puede considerarse fraude de seguros. Por favor, ayúdenos a defender la ley pagando sus copagos cada visita.
3. Servicios no cubiertos. Tenga en cuenta que algunos —y tal vez todos— de los servicios que recibe pueden ser no cubiertos o no considerados razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.
4. Comprobante de seguro. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de consultar con el médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y la tarjeta de seguro válida actual para proporcionar una prueba de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, usted puede ser responsable del saldo de la reclamación.
5. Presentación de reclamaciones. Enviaremos sus reclamos y le ayudaremos de cualquier manera que podamos razonables para ayudar a que se paguen sus reclamos. Es posible que su compañía de seguros necesite que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad, independientemente de que su compañía de seguros pague o no su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, no somos parte de ese contrato.
6. Cambios en la cobertura. Si su seguro cambia, por favor notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus máximos beneficios. Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 45 días, el saldo se le facturará automáticamente.
7. No pago. Si su cuenta tiene más de 60 días de vencimiento, recibirá una carta indicando que tiene 20 días para pagar su cuenta en su totalidad. No se aceptarán pagos parciales a menos que se negocie lo contrario. Tenga en cuenta que si un saldo permanece sin pagar, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobro y usted y sus familiares inmediatos pueden ser dados de baja de esta práctica. Si esto ocurre, se le notificará por correo regular y certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestros proveedores solo podrán tratarlo de emergencia.
8. Colecciones. El abajo firmante acepta, ya sea la firma como el paciente o representante del paciente, aceptar la responsabilidad de pago por servicios médicos no cubiertos por los beneficios del seguro y en caso de incumplimiento, acepta pagar todos los costos asociados con las actividades de cobro realizadas para hacer cumplir el pago, incluyendo abogados y agencias de cobro que no excedan 33.3%.
9. Citas perdidas. Nuestra política es cobrar por citas perdidas no canceladas dentro de las 24 horas de anticipación. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente a usted. Por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo sus citas programadas regularmente.

Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos habituales y habituales para nuestra zona. Gracias por su comprensión de nuestra política de pago. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir con sus directrices:

Firma del Paciente o Parte Responsable: Fecha: _____

Condiciones de Registro y Aceptación como Paciente de Práctica Médica de Mansilla

Nombre del paciente : Fecha:_____

Consentimiento a la atención médica: Las solicitudes firmantes y autorizan a los médicos y otros proveedores de atención médica de Mansilla Medical Practice y su personal profesional a realizar cualquier procedimiento de diagnóstico médico y atención quirúrgica médica que a su juicio profesional se considere necesario para diagnosticar y/o tratar las condiciones que han llevado a cabo mi búsqueda de servicios médicos en las oficinas de Mansilla Medical Practice. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, que hay riesgos y beneficios asociados con la recepción de tratamiento médico y reconozco que no se me hacen ninguna garantía con respecto a los resultados de los exámenes médicos y tratamientos que recibo por los proveedores y el personal profesional.

Liberación de Registros Médicos: Mansilla Medical Practice está autorizado a revelar la totalidad o parte del contenido del expediente médico del paciente nombrado a tal en empresas, organizaciones u agencias que puedan estar preocupadas por el pago de los servicios médicos proporcionados al paciente. Esta es información que puede resultar en una denegación de beneficios de seguro o de otra manera puede no servir a los intereses del paciente registrado.

Asignación de Beneficios: Por la presente solicito y autorizo que todos y cada uno de los beneficios de seguro debidos por los servicios médicos prestados al paciente registrado, se paguen directamente a Mansilla Medical Practice. El abajo firmante, ya sea que firme como paciente o como representante para el paciente, acepta la responsabilidad y se compromete a pagar por cualquier copago de seguro de salud, deducibles y coseguros requeridos bajo los términos de las pólizas de seguro.

Consentimiento considerado: El abajo firmante reconoce que el paciente solicitado es informado de las disposiciones de la Sección 32.1-45 del Código de Virginia 1950, que proporcionan si algún paciente/proveedor de atención médica está expuesto a los fluidos sangrientos/corporales de un proveedor de atención médica/paciente bajo el control o dirección de La Práctica Médica de Mansilla de una manera que pueda

Virus de inmunodeficiencia, virus de la hepatitis B o C, entonces se considerará que el paciente/proveedor de atención médica ha dado su consentimiento para la detección del VIH, la hepatitis B o C, y a la publicación de los resultados de las pruebas de chupulas según lo dispuesto por la ley.

Consentimiento para obtener el historial de recetas externas: Autorizo a Mansilla Medical Practice y a sus proveedores a ver mi historial de recetas externos a través de Surescripts (o cualquier otro) servicio de prescripción. Entiendo que el historial de recetas de varios otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia pueden ser visibles por mis proveedores y el personal aquí en él puede incluir el historial de recetas durante varios años. Entiendo que esto permitirá a mis proveedores coordinar mejor mi historial de atención y medicamentos para maximizar la eficacia y seguridad de mi plan de tratamiento.

Consentimiento para contactar por correo electrónico: En la medida en que nuestro software de registros médicos lo permita, es posible que podamos ponernos en contacto con usted por correo electrónico para recordar las citas. Autorizo a Mansilla Medical Practice a usar la dirección de correo electrónico que proporcioné para contactarme con respecto a mi atención médica.

Firma del paciente/parte responsable:_____

Relación de la Parte Responsable:_____