

INFORMACION DE LA PACIENTE

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Numero Social #:	Direccion: (Si tiene PO Box incluya direccion de casa) Ciudad. Esatdo y codigo postal:
Telefono Casa:	Telefono Trabajo y extencion:

Seguro Medico Primario:	Seguro Medico Secundario:
Nombre de Asegurado:	Nombre de Asegurado:
Relacion con el paciente: mismo () Conyuge () Padre o Madre ()	Relacion con el paciente: mismo () Conyuge () Padre o Madre ()
Poliza #	Poliza #
Grupo #	Grupo #
Verification #	Verification #

FECHA DE NACIMIENTO:

Que metodo de Pago va a utilizar hoy: Efectivo () Cheque Personal () VISA/Mastercard ()

Empleo de Paciente:	Quien es responsable de la cuenta: Mismo () Conyuge () Padre o Madre (); si es menor
Incluya Planta t turno:	
Telefono & Ext:	
Nombre de Conyuge:	Si es menor (y menos de 18 anos y no es casada): Nombre complete del Padre, Madre o Persona responsable:
FECHA DE NACIMIENTO:	
Empleo de Conyuge:	CONTACTO DE EMERGENCIA
Incluya Planta y turno:	Nombre:
Telefono & Ext:	Direccion:
Condado Residencia:	
Es Alergico:	Telefono:
Referido por:	Relacion:

Habla ingles la paciente () Si () No (Does Pt Speak English)

Yo autorizo el proporcionar cualquier informacion medica necesarie, incluyendo informacion relacionada con cuidado psiquiatrico, informacion confidencial sobre drogas o abuso de alcohol y SIDA/VIH, necesaria para procesar reclamos del seguro medico o cualquier informacion medica necesaria para la utilizacion y revision de actividades relacionadas con el control de calidad. Yo asigno todos los beneficios medicos o quirijicos a los cuales yo tengo derecho a Associates in Obstetrics & Gynecology, PC. Estos derechos son asignados hasta que yo los revoque por escrito. Una fotocopia de esta autorizacion sera considerada valida y efectiva igual que un original.

Firma del Paciente

Paciente imposibilitado para firmar porque: _____

Fecha de Hoy



Asociaste in Obstétricas and Ginecología, PC, participa con una organización de proveedores de preferencia. La lista de subscriptores cambia continuamente y por tanto sería muy difícil enumerar a todos nuestros subscriptores en la presente. Como médicos participantes en esta red, hemos acordado hacer los reclamos para los empleados que reciben servicios que están cubiertos en nuestra práctica incluyendo visitas médicas. Si usted es un paciente que está empleado por una compañía que es parte de esta red, usted es responsable por el co-pago. Los pacientes que no están cubiertos por seguros médicos que no participan en esta red, deberán pagar en el momento que el servicio es recibido. Si su seguro medico no participa con esta red, nuestra oficina hará reclamos relacionados con embarazo, cirugía en el hospital, ambos como paciente interno o paciente externo y cirugía en la oficina. Si a usted le van a hacer cirugía en la oficina y ya ha llenado su deducible, únicamente tendrá que pagar su co-pago en esta visita.

Es nuestra meta prestarle cuidado de salud de calidad y le asistiremos en proveerle toda la información necesaria para someter sus reclamos de seguro medico.

Firma del paciente

Fecha en que fue firmado



POLIZA FINANCIERA DE AOG

Esperamos hacer su visita en nuestra oficina lo más amable y placentera posible. Nosotros también queremos que usted entienda completamente nuestra póliza financiera y expectativas de pago del servicio prestado. Cuidadosamente repase y firme nuestra póliza financiera, y permítanos saber si tiene alguna pregunta.

La principal y final relación es entre el médico y usted (la paciente) y nuestro contrato es con usted. Nosotros no vamos a comprometer su cuidado médico para satisfacer a NINGUNA compañía de aseguranza. Tenga en cuenta que las aseguranzas son hechas para ayudar a pagar los costos del cuidado médico y NO pretenden dictar su tratamiento.

El pago es esperado en cantidad completa al momento que los servicios son prestados, a menos que otros arreglos previos sean hechos antes de su cita. Esto incluye deducibles, co-pagos, co-aseguranza y servicios no cubiertos.

Si usted esta programada para su examen ginecológico anual ahí es cuando cobraremos a su aseguranza. Si durante el encuentro con doctor se encuentran problemas o preocupaciones adicionales, nosotros podemos programarle otra cita para hablar sobre ese problema o y también podemos tratar esas inquietudes en el momento de su examen anual, sin embargo van a haber cargos adicionales por ese servicio.

Como cortesía nosotros con gusto estamos dispuestos a asistirle en archivar los reclamos de varias aseguranzas, completando formularios de aseguranza, y precertificaciones de las mismas. Usted va a ser responsable por cualquier o todo el balance que no sea cubierto por la aseguranza. Si su aseguranza no ha pagado la porción que le corresponde dentro de 60 días de haber sido cobrado, el balance completo será su responsabilidad. La RESPONSABILIDAD COMPLETA para el archivo y proceso de los reclamos para satisfacer su seguridad RESTA EN USTED. Si usted no está segura de los requisitos específicos de su aseguranza, POR FAVOR, PONGASE EN CONTACTO CON ELLOS Y PREGUNTELES, dado que a nosotros se nos dificulta estar completamente familiarizados con todos los tipos de aseguranza y sus planes. Como cliente asegurada, usted está en posición de examinar con más detalle y presionar a su aseguranza para asegurar que el pago sea procesado. Debido a estrictas medidas de las aseguranzas y la Oficina del Inspector General, nos es imposible cambiar los cargos una vez que estos han sido enviados a su aseguranza.

Al firmar este documento, yo, la paciente, autorizo que se pague a Associates in Obstetrics & Gynecology, PC. Yo también autorizo a que sea administrada cualquier información medica mía, incluyendo información relacionada con tratamiento psiquiátrico, abuso de drogas, alcohol, y VIH/SIDA, información confidencial a mi seguro medico y/o centros de servicio de Medicaid y Medicare (CMM) y/o a agentes y aseguradores de Medigap los cuales sean necesarios para determinar estos beneficios, o los beneficios de pago por otros servicios relacionados. Esta autorización seguirá en efecto hasta que yo, la paciente, la revoque por escrito. Una copia de esta autorización será considerada válida y efectiva igual que un original.

Si usted no tiene aseguranza, se la hará el 20% de descuento de los cargos si el balance es pagado el mismo día que los servicios son prestados. Un 20% de descuento de los cargos será dado si el balance es pagado entre 180 días.

Usted va a recibir cada mes un estado de cuenta requiriendo pagos del balance que no fue pagado. Si su cuenta se pasa de tiempo, porfavor contacte a nuestra oficina para discutir una forma de pago y evitar más adelante enviarla a servicios de colección. Nosotros estamos dispuestos a ser flexibles con los pacientes que tienen dificultades financieras, pero no podemos ayudarla si usted no nos contacta para discutir su balance. Si ningún pago es hecho por nuestros servicios, nosotros estamos en derecho de entregar su cuenta a una agencia de colección. En el caso de que su cuenta sea entregada a una agencia de colección, usted va a ser responsable por el costo de colección, incluyendo pero no limitado, gastos de un abogado, costo de la corte, y costos relacionados con la agencia de colección.

Existe un cargo (actualmente de \$35 dólares) por cualquier cheque que sea devuelto del banco. Las citas que no sean canceladas con al menos 24 horas de anticipación podrian tener un cargo de \$50 por el tiempo que le fue reservado. En un esfuerzo por utilizar el tiempo de nuestros doctores y el cuarto de operaciones y procedimientos, usted tendrá una multa de \$200 si decide cancelar su cirugía o procedimiento y NO lo hace por menos dos semanas antes del mismo. FMLA o formas de discapacidad tendrán un cargo de \$10.00 por forma para ser llenadas por nuestra oficina. Este cargo tendrá que ser pagado antes de que las formas sean entregadas a usted o su trabajo.

He leído y comprendido la póliza financiera de AOG. Yo comprendo que es mi responsabilidad asegurar el pago por cargos de servicios proveídos por AOG y estoy de acuerdo a regirme por sus términos.

Nombre del Paciente

Firma del paciente y/o Persona Responsable



AOG INTERPRETER RELEASE FORM

Es nuestra meta aquí en Associates in Obstetrics and Gynecology ofrecerle a usted el mejor cuidado médico. Creemos que es para su mayor interés y el de nuestra Práctica el que empleemos un intérprete español/inglés de tiempo completo para asistirnos con la barrera del idioma. La intérprete de esta oficina trabaja para asistirle a usted, la paciente, y al proveedor médico para poder asegurarnos de que sea mantenido el cuidado de alto nivel que proporcionamos. Nuestra intérprete es un “transmisora” de información únicamente, y no personal médico entrenado para tomar decisiones medicas o proporcionar respuestas o consejos médicos.

Esta es para certificar que yo _____ he sido informado/a que una intérprete español/inglés estará presente y disponible para mí cuando sea necesario.

Yo _____ por este medio voluntariamente libero y/o renuncio a las acciones o consecuencia de las acciones por el daño personal que me ocurra o resulte al obtener información o recibir instrucciones de una intérprete español/inglés empleada por Associates in Obstetrics and Gynecology.

Firma de la paciente y fecha

(Patient's signature and date)

Testigo

(Witness)

Nombre completo en letra de molde (Print patient's full name)

Dirección (Address)

