Advanced Cardiovascular Care Of Yuma

H. Evren Kaynak, M.D., FACC, FSCAI
Board Certified Interventional Cardiologist
Board Certified in Cardiovascular Medicine
Board Certified in Internal Medicine
1965 W 24th St Suite B, Yuma, Arizona 85364
(928)248-4617

Información del Paciente

Fecha:_____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre de Esposo (a)_____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección Local_____
Ciudad_____ Estado_____ Código Postal_____Teléfono_____
Dirección de Correo_____
Ciudad_____ Estado_____ Código Postal_____Teléfono_____

Seguro Social_____Sexo: M F Edad_____
Esposo(a) Seguro Social_____Sexo: M F Edad_____
Soltero(a)_____ Casado(a)_____ Viudo(a)_____ Divorciado(a)_____

Persona Responsable
Nombre_____
Direccion_____Ciudad_____Estado_____

Empleo_____Telefono_____
Empleo de Esposo(a)_____Telefono_____

Seguro Medico
Nombre de Póliza _____
Numero de Identificación_____Numero de Grupo_____
Nombre del Asegurado_____
Relación al Paciente_____

Nombre de Póliza Secundaria_____
Numero de Identificación_____Numero de Grupo_____
Nombre del Asegurado_____
Relación al Paciente_____

Advanced Cardiovascular Care Of Yuma

Por favor, nombre a los familiares o personas responsables a quien podemos hablarle sobre su condición, tratamiento o preguntas financieras:

Nombre:_____Telefono_____

Nombre:_____Telefono_____

Nombre:_____Telefono_____

Contacto en caso de emergencia:

Nombre:_____Telefono_____

Nombre:_____Telefono_____

Nombre:_____Telefono_____

Seleccioné si desea que su dirección de correo sea marcado confidencial Si_____ No_____

Numero de teléfono de mensajes:_____
Podemos dejar mensajes confidenciales en su maquina de mensajes? Si_____ No_____
Podemos dejar mensajes en su trabajo? Si_____ No_____

Yo solicito que el pago bajo el programa de seguro medico sea hecho a mi o por mi consentimiento al Advanced Cardiovascular Care Of Yuma, por cualquier servicio hacia mi parte de el. Yo autorizo proporcionar cualquier informacion necesaria con el proposito de evaluacion de beneficios o el proceso de un reclamo. Tambien entiendo que el pago por los servicios vence a los 30 dias de ser enviado el cobro. Tambien entiendo que yo soy responsible por todos los cargos que no sean cubiertos por mi seguro medico. Si no pago el balance adeudado, se usara una agencia de embargo o un abogado es usado, yo sere responsible por cualquier cargo adicional.

_____ _____

Firma del paciente o persona responsable **Fecha**

Advanced Cardiovascular Care Of Yuma

Por favor, lea y escriba su iniciales en cada declaración

1. **Consentimiento Para Facilitar Informacion Medica**

_____ La informacion anterior es exacta a lo mejor de mi conocimiento. Por la presente autorizo a Advanced Cardiovascular Care Of Yuma, para liberar la informacion requerida en el curso de mi examen o tratamiento. (incloyendo los numeros de seguros, proveedores de equipos durables, consultas medicas, etc).

2. **Consentimiento Para La Cesion Financiera**

_____ Autorizacion de pago: por la presente autorizo pago directamente al Avdanced Cardiovascular Care Of Yuma, para beneficios medicos, si los hay, y los pagaderos a mi po srvicios. Entiendo que soy financieramente responsible por los cargos no cubiertos por mi seguro. Yo Autorizo el uso de esta firma en todas las reclamaciones de seguro.

3. **Consentimiento Para Tratamiento Medico**

_____ Sabiendo que estoy sufriendo una condicion que requiere atencion medica, voluntariamente por la presente dow mi consentimiento a tales procedimientos de diagnostico que abarca la atencion y tratamiento medico por mi medico, sus asistentes o sus destinatarios que sean necesarias en su juicio.Reconozco que no se han hecho ninguna garantia en cuanto al resultado de tratamientos o examenes en el hospital.

Reconocimento De Haber Recibo El Aviso De Practicas De Privacidad

Firmando este reconocimiento es un acuerdo o desacuerdo, indicando solamente que fue dado a usted para su revision y registros propositos para las referencias futuras. Han recibido o dado una copia de las practicas de privacidad para Advanced Cardiovascular Care Of Yuma.

_____

Nombre y Apellido del Paciente o Tutor Fecha

_____

Firma del Paciento o Tutor

Advanced Cardiovascular Care of Yuma

PÓLIZA FINANCIERO

SABEMOS QUE ELEGIR A UN MÉDICO ES UNA DECISIÓN MUY IMPORTANTE, Y GRACIAS POR ELEGIR NUESTRA OFICINA. TOME UN MINUTO PARA LEER DETENIDAMENTE ESTE PANORAMA DE ALGUNA DE NUESTRAS POLÍTICAS FINANCIERAS.

INFORMACIÓN RELATIVA A SU COBERTURA DE SEGURO

Debe estar informado y comprender los detalles de su cobertura de seguro de salud y cumplir con todos los requisitos asociados (por ejemplo, precertificación, obtener referencias, proporcionar información sobre condiciones preexistentes, etc.). También es su responsabilidad proporcionar a nuestra oficina toda la información requerida con respecto a su cobertura de seguro de salud. Es importante que nos notifique de inmediato si hay algún cambio en la información de su seguro. Si surgen complicaciones durante el proceso de facturación, tiene la obligación de proporcionar asistencia e información rápidamente a nuestra oficina de facturación (interna y / o externa) y si no proporciona oportunamente esta información o resultados de asistencia en una denegación de cobertura, puede (en ciertas circunstancias) hacerse personalmente responsable de pagar los servicios.

PACIENTES SIN SEGURO

Si no tiene cobertura de seguro de salud actual, el pago completo por cualquier servicio prestado se pagará en el momento del servicio.

PROVEEDOR NO PARTICIPANTE O BENEFICIOS NO CUBIERTOS

Si no participamos con su compañía de seguros de salud, o si los servicios provistos no están cubiertos por su plan de seguro de salud en particular, entonces usted es responsable de pagar todos los servicios al momento del servicio. Si desea que lo hagamos, podemos, (previa solicitud y pago completo) proporcionar una declaración para sus registros y / o propósitos de reembolso. (Tenga en cuenta que, en determinadas circunstancias excepcionales, ya nuestro exclusivo criterio, podemos facturar directamente a su compañía de seguros como proveedor fuera de la red en lugar de aceptar el pago directamente de usted, y si lo hacemos, usted acepta asignar sus derechos de pago a nuestra oficina y envíenos los cheques que reciba relativos a los servicios que le hemos brindado).

PROVEEDOR PARTICIPANTE Y BENEFICIOS CUBIERTOS

Si participamos con su compañía de seguros de salud y los servicios que buscamos son servicios cubiertos bajo su plan de seguro de salud en particular, le facturaremos directamente a su compañía de seguros de salud. Según su plan, es posible que deba pagar ciertos montos (por ejemplo, copagos, deducibles y tarifas por servicios no cubiertos), que vencen en el momento del servicio.

TIPOS DE PAGO; CHEQUES DESHONORADOS

Nuestra oficina acepta VISA, MASTERCARD, DISCOVER y cheques personales. Si su cheque es deshonrado (se rechaza por falta de fondos), se le pedirá que pague una tarifa adicional de $ 35.00, que deberá pagarse de inmediato.

COLECCIÓN DE SALDOS PENDIENTES

Todos los saldos pendientes vencerán dentro de los 30 días. A menos que hayamos acordado otros arreglos de pago por escrito, es importante que pague todos los saldos vencidos, en su totalidad antes o en el momento de su visita. Los saldos que permanecen vigentes por un período de 90 días o más pueden remitirse a una agencia de cobranza o a un consultorio de abogados. Si su cuenta es referida a una agencia de cobro, usted será responsable de pagar un cargo de cobro igual al 35% de su saldo pendiente, que se suma a su saldo pendiente y cualquier interés aplicable. Si su cuenta es referida a un abogado externo, usted será responsable de todos los honorarios razonables de abogados y costos judiciales, que se suman a su saldo pendiente y cualquier interés aplicable.

** SI SU CUENTA SE REFIERE A UNA AGENCIA DE COBRANZA, SE LE REQUERIRÁ QUE PAGUE SU CUENTA DE RECAUDACIÓN POR COMPLETO A LA AGENCIA DE RECAUDACIÓN ANTES DE PROGRAMAR TODAS LAS VISITAS Y PRUEBAS FUTURAS DE LA OFICINA. TAMBIÉN SE LE REQUERIRÁ QUE PAGUE TODAS LAS CANTIDADES DEBIDAS DE USTED TALES COMO CO-PAGOS, CO-SEGURO, DEDUCIBLES, ETC., EN EL MOMENTO EN QUE LOS SERVICIOS SE PROPORCIONAN SOLO EN EFECTIVO. **

CITAS PERDIDAS

Es importante que aparezca para todas las citas programadas. A modo de cortesía, generalmente llamamos para confirmar su cita uno o dos días antes de la cita programada. Si no puede hablar con usted por algún motivo, intentamos dejar un recordatorio con un miembro de la familia o en un contestador automático / correo de voz. Si no cancela su cita de manera oportuna (al menos 24 horas antes de la visita), priva a otros pacientes de la oportunidad de visitar nuestra oficina. Usted será responsable de pagar una tarifa de cita perdida de $ 25.00 si no se presenta a una visita programada y no ha proporcionado al menos 24 horas de notificación anticipada de cancelación. Esta política tiene como objetivo minimizar el tiempo de espera y garantizar la disponibilidad de atención médica inmediata. Reconocemos el hecho de que puede haber circunstancias que no le permitan avisarnos con 24 horas de anticipación, pero tales circunstancias son excepcionales y extremadamente infrecuentes y se considerarán caso por caso.

CUOTAS MISCELÁNEOS

Ciertos servicios (por ejemplo, conferencias familiares, completar formularios, producir informes narrativos, cartas personales, registros médicos para abogados, etc.) pueden implicar tarifas adicionales. Por favor pregunte en nuestra oficina por las tarifas exactas antes de solicitar cualquiera de estos servicios.

Al firmar a continuación, el paciente y / o la parte responsable reconoce que él / ella ha leído y entendido la Política financiera anterior y acepta estar sujeto a la terma y las disposiciones establecidas en la misma.

Firma del paciente o parte responsable: _____

Nombre impreso del paciente o parte responsable:_____

Fecha:_____