

ELITE MEDICAL CLINIC

FORMULARIO DEL PACIENTE, DIVULGACIONES Y CONSENTIMIENTO

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

SU INFORMACION DEL SEGURO Y RESPONSABILIDAD DE PAGO: Tenga a mano su tarjeta de identificación de seguro medico actual en cada visita. Si en algún momento su seguro cambia, es su responsabilidad informar a nuestra oficina sobre el cambio tan pronto como sea posible para presentar sus reclamos de manera precisa.

El costo de la atención médica está determinado por la naturaleza y la complejidad de su visita. No hay una "tarifa fija" para los exámenes y el tratamiento. Su plan de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como un servicio para usted, nuestra oficina hace todos los esfuerzos razonables para obtener el pago de acuerdo con su cobertura.

No podemos cobrar a su compañía de seguros a menos que nos proporcione la información de facturación necesaria, asigne sus beneficios a Elite Medical Clinic y acepte permitirnos divulgar la información médica necesaria para asegurar su pago. Si bien haremos todos los esfuerzos razonables para garantizar que su aseguradora procese adecuadamente sus servicios para el pago, la obligación de hacer cumplir los términos de su contrato de beneficios es su responsabilidad. **El pago por el tratamiento que reciba del Dr. Houman Kashani y su personal es su responsabilidad ya sea que su compañía de seguros pague o no.** En todo momento, es su responsabilidad hacer un seguimiento de todas las solicitudes de su compañía de seguros con respecto a las reclamaciones y cuestionar a su compañía de seguros sobre cualquier reclamación impaga.

LAB / RAYOS X / SERVICIOS DE DIAGNOSTICO: Los resultados de su examen deberían estar listos de 7-14 días (del día en que se extrae su sangre) o posiblemente antes. Algunos exámenes especializados, o biopsias pueden tomar 10 días o más. **Le notificaremos inmediatamente si algún examen es anormal o crítico.** Por favor asegurese de proveernos la información de contacto correcta. También puede acceder a los resultados de sus análisis de sangre en línea en www.questdiagnostics.com/myquest (o en www.labcorp.com/results si tiene HealthCare Partners HMO). Lamentablemente no contamos con los recursos para contactar a cada paciente con los resultados de las pruebas normales. No dude en contactarnos por correo electrónico, teléfono, o puede agendar una cita para el seguimiento de los resultados. Sin embargo, si recibe una llamada de nosotros, le pedimos que haga lo posible por agendar una cita para que podamos revisar personalmente los resultados de la prueba y su importancia, es posible que necesite más pruebas y/o medicamentos.

Además, el Dr. Kashani y su personal pueden hacer recomendaciones basadas en sus quejas y exámenes físicos para realizar más pruebas, incluidos análisis de sangre adicionales, procedimientos, estudios de imágenes, inyecciones, medicamentos, electrocardiogramas, etc. Puede haber un costo adicional según los beneficios de su seguro. Su seguro puede o no cubrir la totalidad o parte del análisis de sangre y/o las pruebas adicionales que se recomiendan.

Entiendo y acepto que es mi responsabilidad, y no la responsabilidad del Dr. Kashani y su personal, conocer o comprender todos los aspectos de mi cobertura médica, incluso si mi seguro tiene deducible, copago, coaseguro, cantidad fuera de la red, límite usual y habitual, o cualquier otro tipo de limitación de beneficios por los servicios que recibo, y acepto realizar el pago completo. Entiendo que soy directamente responsable de todos los deducibles, copagos y cargos no cubiertos, incluidos análisis de laboratorio, rayos X, ecografías, ecocardiogramas, estudios vasculares u otros servicios de diagnóstico. Entiendo que estos cargos son mi responsabilidad financiera. Es mi responsabilidad averiguar si mi compañía de seguros pagará por pruebas adicionales. También es mi responsabilidad, y no la responsabilidad del médico, su personal o Elite Medical Clinic, pagar estas pruebas en caso de que mi compañía de seguros no pague.

CO PAGOS, DEDUCIBLE, COASEGURO, Y BALANCES PENDIENTES: Todo co-pago deben abonarse el día de su cita médica a la hora que se registra. Por ley, estamos obligados a hacer esfuerzos razonables para recaudar deducibles y coaseguros y/o las obligaciones de co-pago. Además por ley, somos responsables de intentar cobrar estos montos una vez que se nos identifiquen en su explicación de beneficios. Esta política está de acuerdo con los requisitos legales para recopilar los montos de responsabilidad del paciente. Todos los cargos vencen y son pagaderos 60 días a partir de la fecha de servicio. Los saldos pendientes no resueltos pueden depositarse en una agencia de cobranza externa. Además acepto pagar todos los costos de cobro, los honorarios de los abogados y otros cobros en los que pueda incurrir para exigir el cobro de cualquier saldo pendiente.

EXAMEN PREVENTIVO: Un examen preventivo en un apersona sana sin sintomas para buscar enfermedades ocultas y dar consejos sobre un comportamiento saludable. Obtener los servicios preventivos adecuados en el momento adecuado puede ayudarlo a mantenerse saludable al prevenir enfermedades o al detectar un problema de salud en una etapa temprana, cuando puede ser mas facil de tratar.

NO INCLUYE: reposicion de medicamentos, evaluacion de nuevos sintomas, o manejo de problemas cronicos.
Cobertura de Seguro: Cubierto por la mayoria de aseguranzas. En muy pocas ocasiones, es posible que su seguro no cubra todo o parte del examen preventivo o el analisis de sangre. Es su responsabilidad consultar con la compania de Seguro si su plan cubre este examen.

En la mayoria de los casos, los seguros PPO cubren el (los) examen (s) preventivo (s). En caso de que no cubran esto, entiendo y acepto que sere financieramente responsable por todos los cargos por servicios (preventivo y no preventivos) no pagados por mi Seguro por mis visitas. Esto incluye:

- Examen preventivo o fisico
- Todos los servicios medicos y visita (s)
- Analisis de sangre y otras pruebas

Queremos que este lo mas saludable posible, ya que muchas condiciones no se detectan ya que los pacientes no suelen sentir los sintomas hasta que la enfermedad ha progresado significativamente. Hemos identificado numerosos casos de trastornos al principio de nuestras evaluaciones integrales y creemos que es nuestro deber protegerlo de los malos resultados, las aseguranza ahora piden a los pacientes que paguen mas de estos costos de deteccion, al negar ciertos analisis de sangre que consideramos que son muy importantes.

PACIENTES ASEGURADOS POR HMO: Entiendo y acepto que es mi responsabilidad saber si mi eleccion de PCP (doctor de cabecera) ha sido procesada por mi seguro medico, Si solicite un cambio de PCP (doctor de cabecera) que mi compania de seguros no procesa, puede dar lugar a que se nieguen los reclamos. Entiendo esto y acepto ser financieramente responsable y hacer el pago completo. Tenga en cuenta que no estamos contratados en este momento como centro de urgencias con ningun HMO o IPA. Por lo tanto, comuniquese al numero que se encuentra en el reverso de su tarjeta para obtener la atencion de urgencia mas cercana contratada con su plan HMO. Debe recibir su autorizaci3n(s) por correo en 10-14 d3as. Si no lo recibe, comuniquese con su seguro. **Segun nuestro contrato con los planes de salud HMO, y segun su pedido lamentablemente necesitamos enviarle al laboratorio para todas las pruebas de laboratorio. Nos disculpamos de antemano por cualquier inconveniente.**

FALTAR A SU CITA: A menos que se cancele o re programe con 24 horas de anticipacion, nuestra politica es cobrar \$25.00 por citas perdidas y canceladas o reprogramdas tarde. Los planes de seguro no pagaran este cargo, asi que ayudenos a atenderlo mayor si cumplen con las citas programadas.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Si Su Seguro Medico es PPO
TARJETA DE CREDITO EN ARCHIVO

Elite Medical Clinic facturara a su seguro en su nombre. Sin embargo, para reducir los costos asociados con la recoleccion de los saldos restantes despues del pago del seguro, solicitamos la autorizacion para mentener una tarjeta de credito o debito en el archive para cubrir los montos determinados por su seguro a su cargo.

Visa MasterCard Discover American Express

Nombre del titular de la tarjeta _____
Numero de tarjeta de credito _____ Fecha de caducidad: ____/____/____
Codigo de seguridad _____ Zona postal de facturacion _____

Yo, el abajo firmante autorizo y solicito a Houman M. Kashani, MD A Prof. Corp / Elite Medical Clinic que cargue mi tarjeta de credito / debito, indicada anteriormente, por los saldos adecuados por servicios prestados que mi compania de seguros identifican como mi responsabilidad financier. Esta autorizacion permanecera vigente hasta que cancele esta autorizacion por escrito.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____