



BIENVENIDO A

Nodal Medical Center LLC.

2123 W Dr. MLK Jr. Blvd Ste. 101 Tampa, FL 33607

Teléfono: (813) 488-4801

Adjunto encontrará los documentos para pacientes nuevos en su cita inicial.

Le pedimos que llegue con su documentación completa por lo menos **15 minutos** antes de la hora de su cita.

Su paquete de paciente nuevo incluye lo siguiente:

- Nuestro folleto de práctica
- Página demográfica del paciente
- Una copia de la ley de prácticas de privacidad (guarde para sus registros)
- Hoja de firma (de autorización para divulgar información a particulares, seguros, farmacias y acuse de recibo de la ley de prácticas de privacidad)
- Cuestionario de paciente nuevo
- Liberación de registro médico (si hay cualquier médico de quien debemos obtener registros para usted).
- Nuestra política de tarjeta de crédito (obligado)

** Para aquellos pacientes con planes de reemplazo de Medicare, le pedimos reenviar una copia de su tarjeta antes de la fecha de su cita para que podamos verificar beneficios.

En el día de su cita, favor de traer la lista de **todos** sus medicamentos incluyendo los recetados, medicamentos de venta libre y vitaminas que esté tomando actualmente. Si bien entendemos que muchos pacientes tienen impresas las listas de medicamentos, solicitamos que los pamos actuales sean llevados a la oficina en la primera cita.

También necesitaremos su tarjeta de seguro actual e identificación con foto para escanear nuestro sistema. No podemos aceptar copias deben ser tarjetas originales.

Si tienes alguna pregunta acerca de esta documentación, por favor llame a nuestra oficina al 813-488-4801



Nodal Medical Center LLC.

2123 W Martin Luther King Jr Blvd suite 101
Tampa, Florida, 33607

Folleto de Practica

Nodal Medical Center LLC es una práctica de primer nivel de atención primaria en Tampa, Florida. Nuestro médico se encarga de pacientes de todas las edades y tiene citas disponibles bajo petición. Nuestro centro ofrece servicios diagnósticos que incluye un completo **laboratorio, EKG, estudios de diagnóstico y más.**

Nuestra misión:

Cuidar de usted y su familia con prontitud, cuidadosa y compasivamente. Creemos que es mejorar la calidad de la atención médica cuando el paciente y cuidado de la salud proveedor trabajan juntos en alianza y mantener una comunicación clara y abierta. Para ello, es la política de Nodal Medical Center LLC es no excluir, negar beneficios, o de lo contrario discriminar a cualquier individuo, visitante, paciente, participante, solicitante o empleado sobre la base de incapacidad percibida, incluyendo aquellos que son sordos o con dificultad para escuchar.

Portal interactivo del paciente:

Nos complace anunciar la incorporación de nuestro **Portal de paciente.** Este servicio permitirá a nuestros pacientes acceder a su resumen médico, solicitar recambios de medicamentos, actualizar información y hacer preguntas a nuestros profesionales médicos. Además, las personas que desean unirse a nuestra práctica pueden pre-inscribirse.

Seguros contratados:

La atención primaria participa con **Medicare, Medicaid, Ambetter, Bright Health, Oscar, United Health Care, Solis, Humana Medicaid, Cigna, Florida Blue PPO, Aetna, Freedom health, Optimum Health, Wellcare, Devoted** . Debido a que la lista de seguros está sujeto a cambios y algunos planes de seguros contratados aún no cubren en nuestra oficina, por favor llame para verificación de beneficios. No aceptamos cualquier política de HMO diferente a los mencionados.

Renovación de la prescripción:

Tratamos de escribir sus recetas durante su cita de seguimiento. **Si no está prevista para una cita, póngase en contacto con su farmacia directamente con su solicitud de recarga o contacte la oficina de 5 a 7 días antes que se le termine su medicamento.** Recargas de sustancias controladas (por ejemplo, medicamentos para el dolor) sólo serán llenados por su médico personal durante horas de oficina.

Horas de oficina:

Nuestros médicos están disponibles en la oficina del **lunes al viernes 8:30AM-05:00PM.**

Citas del día mismo siempre están disponibles para los pacientes y hacemos todo lo posible para extender la misma a los pacientes nuevos que quieren unirse a la práctica.

Además, nuestra oficina es accesible por teléfono 24 horas al día a través de nuestro servicio de contestador. Un médico en la práctica siempre es contactado con su solicitud. Si se encuentra en un caso de emergencia, por favor diríjase a la sala de Urgent Care mas cercana.



Registración del paciente

Date: ____/____/____

Account Number:

Información del paciente

*Nombre: _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____ Jr. / Sr.

*Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: ____ ____ ____ (Para propósitos de identificación solamente)

*Sexo: Masculino ___ femenino ___ Estado civil: ___ casado ___ viudo ___ divorciado ___ soltero

*Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

*Teléfono Primario: _____ casa celular trabajo *Otro teléfono _____

*Dirección de correo electrónico: _____

*Autorizo: A dejar mensaje de voz detallado en mi teléfono A recibir correos electrónicos A recibir mensajes de texto

*Solicitamos la siguiente información para tratar mejor las dolencias que pueden estar relacionada con estos elementos y garantizar que la comunicación sea clara. Por favor tome un momento para contestar cada uno de estos:

1. Raza: _____
2. Grupo étnico (Seleccione uno): _____ Hispano o Latino ___ No hispano o latino
3. Idioma Preferido: _____

*Marque si aplica

- () donante de órganos () orden de no resucitar () Persona designada para el cuidado de mi salud () Poder legal
() No tengo ninguno de los anteriores

(Pregunte al Doctor, es importante tener estos documentos. Si los tiene. Por favor provéanos una copia.)

****Información del Empleador:** ¿Empleado? (Favor de circular una) ___ Sí ___ No ___ jubilados ___ estudiante

Empleador: _____

Dirección: _____

****Información Adicional:**

Contacto en caso de Emergencia _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono _____

****Farmacia de preferencia:** _____ Teléfono _____

Ubicación: _____

Continuación de la Registración



Información del Seguro Médico:

Seguro Médico Primario _____

Seguro Médico Secundario: _____

Numero de miembro: _____

Numero de miembro: _____

Cantidad de Copago: _____

Sexo: M _____ F _____

Número de Medicaid (si aplica): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Si el miembro primario del seguro no es el paciente por favor adicione:

Nombre del miembro Primario: _____

Número de póliza: _____ Sexo del Primario en la póliza: M _____ F _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Número de teléfono: _____ Relación del Paciente con el primario: _____

Información extendida:

¿Tiene alguna incapacidad visual que le impida leer el material escrito por el doctor?: yes No

¿Tiene alguna incapacidad auditiva que le impida o complique la comunicación con el doctor?: yes No

¿Tiene alguna otra limitación o discapacidad de la cual debemos saber que requiera acomodación?: Yes No

¿Necesita que le proveamos un intérprete u otra ayuda auxiliar como servicio de transcripción, tomador de notas, equipo de audición, etc.?
 Yes No

Firma del Paciente: _____

Fecha: ____/____/____

Nombre en letra de molde: _____

Nodal Medical Center LLC.

Notificación de acto de las prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR REVISE MUY DE CERCA.

Usos y divulgaciones

***Tratamiento:** su información puede ser utilizada por los miembros del personal o revelada a otros profesionales de la salud con el fin de evaluar su salud, diagnosticar condiciones médicas y seguir su tratamiento. Por ejemplo, resultados de pruebas de laboratorio y procedimientos estarán disponibles en su expediente médico para todos los profesionales de la salud que puede proporcionar tratamiento o que puedan ser consultados por los miembros del personal.

***Pago:** Su información médica puede utilizarse para buscar el pago de su plan de salud, de otras fuentes de cobertura como una aseguradora de automóviles o de las compañías de tarjetas de crédito que puede utilizar para pagar los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre fechas de servicios, los servicios prestados y la dolencia a tratar.

***Operaciones de cuidado de la salud:** Información sobre su salud puede utilizarse como sea necesario para apoyar las actividades día a día y gestión de la atención primaria de la costa del tesoro. Por ejemplo, información sobre los servicios que recibió puede utilizarse para apoyar el presupuesto y financieros informes y actividades para evaluar y promover la calidad.

***Aplicación de la ley:** su información de salud puede divulgarse a agencias del orden público sin su permiso, para apoyar el gobierno auditorías e inspecciones, para facilitar las investigaciones de aplicación de la ley y cumplir con el mandato de gobierno presentación de informes.

***Informes de salud pública:** información sobre su salud puede divulgarse a agencias de salud pública como exige la ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar ciertas enfermedades contagiosas al Departamento de salud pública del estado.

***Utiliza otros y divulgaciones requieren su autorización:** la divulgación de su información de salud o su uso para fines distintos de los enumerados arriba requiere su específica autorización por escrito. Si usted cambia su mente después de autorizar un uso o divulgación de su información usted puede enviar una escrito revocación de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectar o anular cualquier uso o divulgación de información que ocurrió antes de su notificación de su decisión.

Usos adicionales de la información

***Recordatorios de citas:** Se utilizará su información de salud por nuestro personal para enviarle recordatorios de citas.

***Información sobre el tratamiento:** su información médica puede utilizarse para enviarle información sobre el tratamiento y manejo de su condición médica que podemos encontrar de interés. También podemos enviarle información describiendo otros bienes relacionados con la salud y el servicio que creemos te pueden interesar.

***Derechos individuales:** Usted tiene ciertos derechos bajo las normas federales de privacidad. Estos incluyen:

- el derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación
- el derecho a recibir comunicaciones confidenciales
- el derecho de inspeccionar y copiar su salud protegida
- el derecho a modificar o presentar las correcciones a su protegida
- el derecho a recibir una contabilidad de cómo y quién divulgó
- el derecho a recibir una copia impresa de este aviso

***Nodal Medical Center LLC derechos:** se nos requiere por ley a mantener la privacidad de su información protegida de salud y proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad. También estamos obligados a acatar las políticas de privacidad y las prácticas que se describen en este aviso.

***Derecho a revisar las prácticas de privacidad:** en la medida permitida por la ley, nos reservamos el derecho de modificar nuestras políticas de privacidad y prácticas. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en la federal y las leyes estatales y reglamentos. La revisión de las políticas y prácticas se aplicará a toda información de salud protegida que mantenemos.

***Las solicitudes de información de salud protegida por inspeccionar:** lo permitido por la regulación federal, se requiere que las solicitudes para inspeccionar o copiar información protegida de salud presentarán por escrito. Usted puede obtener un formulario para solicitar acceso a sus registros de ponerse en contacto con nuestro oficial de privacidad. Puede haber un cargo por este servicio.

***Quejas:** Si usted tiene alguna queja o cree que sus derechos de privacidad han sido violados, debe llamar el asunto a la atención mediante el envío de una carta explicando el motivo de su preocupación. No ser sancionado o si no tomó represalias contra para archivar una queja. Le pedimos que envíe una carta exponiendo sus inquietudes a: Nodal Medical Center LLC, 2123 W Martin Luther King Jr. Blvd. Tampa FL, 33607 Fax # 813-405-4506

***Persona de contacto:** Mencionadas el nombre y la dirección de la persona que puede contactar para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o números de teléfono es (813) 488-4801.

***Fecha de vigencia:** esta notificación es eficaz en o después del 01 de enero de 2017.

Nombre: _____ Firma _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre del paciente _____ fecha de nacimiento ___/___/_____

Información de pagos o seguro es debido al tiempo de servicio.

(Asegurar el cumplimiento de las leyes federales, copagos, deducibles y coaseguro saldos serán recogidos)

A. Medicare:

Somos los proveedores participantes de Medicare tradicional y Medicare **HMO**. Pacientes son responsables de encuentro y realizar un seguimiento de su deducible anual de \$147,00 y para pagar el copago del **20%** en el momento del servicio a menos que tengas un plan de seguro secundaria/suplementaria que cubre esto. Como cortesía, nos presentará su seguro secundario suplemental. Sin embargo, en el caso de la secundaria no paga dentro de 45 días, usted será responsable del pago.

B. Contratado, PPO:

Si somos contratados los proveedores participantes de su compañía de seguros, a presentar sus reclamaciones. Sin embargo, usted es responsable de pagar su **deducible, copagos y coaseguro**. Usted será responsable de **todos los servicios no cubiertos**. Pago en todos los servicios (basado en su plan) es debido al tiempo de servicio.

C. Comercial, no contratadas:

Si usted está cubiertos por ningún plan con el cual nuestros médicos no son contratados los proveedores participantes, **usted será responsable del pago en el momento del servicio.**

D. No Show o cancelaciones de citas: Cualquier paciente que cancela menos de 24 horas antes de su cita o es que un no show para su cita puede tener un cargo de \$35.00

E. En caso de que sea necesario para Nodal Medical Center LLC retener los servicios de un abogado para cobrar cualquier cantidad debida se del paciente, la parte vencedora tendrá derecho a recuperar sus costos razonables, honorarios y gastos, incluyendo pero no limitado abogado, honorarios de asistente legal y paralegal, costos y gastos si llevar traje o no y si en el establecimiento, en el juicio o recurso de apelación. Para el pago de servicios prestados, siempre estamos encantados de aceptar dinero en efectivo. Para su conveniencia, también aceptamos el pago por Visa, MasterCard, Discover, American Express y cheques personales.

Los derechos individuales:

Revisión o recibir su información médica. Debe hacer su petición por escrito. Si usted solicita copias de sus registros, habrá un cargo de \$0.50 por página y franqueo si los registros son enviados por correo. Tras la recepción de su notificación, se le informará del costo. Pago deberá hacerse antes de recoger o enviar por correo los registros. Por favor espere 7 a 10 días laborables para procesar solicitud.

No hay cargo por los documentos que sean pedidos para la continuación de la atención médica por otros proveedores que usted designe por escrito. Estos registros pueden ser enviados por correo o por fax al representante que haya elegido.

Son derechos con respecto a la divulgación de la información:

- ❖ Usted tiene el derecho a elegir a quienes podemos divulgar su información médica con respecto a los miembros de su familia. Por favor indique marcando a continuación:

Todos los miembros de la familia ___ Cónyuge sólo ___ NO divulgar ___ Nombre del cónyuge o Individual _____

***Divulgación de información**

"Autorizo la liberación de información médica atención primaria o médico y a los asesores cuando sea necesario para procesar reclamaciones de seguros, seguros aplicaciones y recetas como lo observadas en mi formulario de registro de pacientes. También autorizo el pago de gastos médicos a los médicos." Si alguno de los cambios de información, notificaré a la oficina de todos los cambios en la notificación por escrito.

Firma del paciente/responsable partido: _____ **Fecha** _____

He recibido el reconocimiento de las prácticas de privacidad y he recibido la oportunidad de revisarlo.

Firma del paciente/responsable partido: _____ **Fecha** _____

Cuestionario de salud del paciente



Date: ____/____/____

Account Number:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de medicamentos que esté tomando actualmente.

* Por favor incluir todos los medicamentos con y sin recetas que toma incluyendo vitaminas	<u>Dosis/Frecuencia</u>	* Por favor incluir todos los medicamentos con y sin recetas que toma incluyendo vitaminas	<u>Dosis/Frecuencia</u>

Alergias

Por favor indique cualquier reacción o problemas que ha tenido con medicamentos. Nombre del medicamento:	Por favor díganos ¿cuál fue la reacción?

Hospitalizaciones/ cirugías

Cirugías pasadas y Hospitalizaciones	fecha	Nombre del doctor

Condiciones crónicas de salud

Condiciones crónicas de salud	Fecha (año) diagnóstico:	Médico que ve o vio para esta condición:

Médicos especialistas que ve en la actualidad

Nombre y especialidad	Ciudad y estado donde se localiza la práctica médica

Historia social

¿Es usted un residente temporal? Sí / No	En caso afirmativo, ¿Por cuantos meses estará en el país?
¿Consume tabaco? (Esto se aplica a cualquier tipo de consumo de tabaco en cualquier momento de tu vida) Sí / No	En caso afirmativo, ¿Qué cantidad diaria y durante cuánto tiempo?
¿Consume bebidas con cafeína? Sí / No	En caso afirmativo, ¿cuánto diario?, ¿qué tipo y por cuánto tiempo?
¿Consume bebidas alcohólicas? Sí / No	En caso afirmativo, ¿cuánto diario?, ¿qué tipo y por cuánto tiempo?
¿Ejercitas? Sí / No	En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia y qué tipo?
¿Uso de drogas recreativas? Sí / No	En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia y qué tipo?

Historia Familiar

<u>Miembro de la familia:</u>	<u>¿Vive?</u>	<u>Enfermedades crónicas o causa de la muerte:</u>	<u>Miembro de la familia:</u>	<u>¿Vive?</u>	<u>Enfermedades crónicas o causa de la muerte:</u>
Madre	Sí / No		Abuelos	Sí / No	
Padre	Sí / No		Hijos (# de __)	Sí / No	
Hermanos	Sí / No				
Hermanas	Sí / No				

Historia clínica:

<u>Elemento o procedimiento:</u>	<u>Por favor indique la fecha</u>
Físico anual	
Trabajo de sangre en ayunas	
Detección de hepatitis	
Radiografía de tórax	
ELECTROCARDIOGRAMA	
Prueba de densidad ósea	
Prueba de esfuerzo	
Colonoscopia	
Examen de la vista	
Prueba de audición	
Ultrasonido abdominal	
Ultrasonido de tiroides	
Ecocardiograma	
Ultrasonido carotideo	
Ecografía aórtica	
Mujeres:	
Fecha de última menstruación:	
Inicio de la menopausia:	
# de embarazos	
# de nacidos vivos:	
Última mamografía:	
Última Prueba Citológica	

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

<u>Neurología</u>	Si	NO	Sigmoidoscopia	SI	NO
Dolores de cabeza crónicos			Colonoscopia		
Convulsiones			Genitourinario		
Accidente cerebrovascular			Problemas al orinar? , Explique		
Perdida del conocimiento			Piedras		
Debilidad de brazos y piernas			Problemas de la próstata		
Hormigueo o entumecimiento			Problemas de la vejiga		
<u>Ojos, Oídos, nariz, garganta</u>			Trastornos renales		
Visión doble			Neuromuscular		
Pérdida de la visión en un ojo			Artritis		
Zumbido en oídos			Dolor muscular, espasmo		
La habitación le da vueltas			Fractura de huesos		
Dolor de oído(Der., Izq., ambos)			Problemas de espalda		
Problemas de los senos nasales			Sistema endocrino		
Nariz mucosa o sangrienta			Diabetes		
Dolor a la deglución			Desorden de la tiroides		
Dificultad para tragar			Hematológicas		
<u>Vías respiratorias</u>			Anemia		
Tos persistente			Desorden de la sangría		
Dificultad para respirar			Coágulos de sangre		
Toser sangre			Psiquiátrico		
Tuberculosis			Depresión		
Asma			Ansiedad		
<u>Cardiovascular</u>			Constitucional		
Dolor en el pecho			Fiebre/ Escalofríos		
Palpitaciones			Sudores Nocturnos		
Desmayos					
Angina / Ataque al corazón					
Inflamación de las piernas					

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___



Nodal Medical Center

MEDICAL RECORD RELEASE AUTHORIZATION

Patient Name: _____ Middle Name: _____ last name: _____
SS#: _____ Date of Birth: _____ Sex: Male _____ Female _____
Address: _____
City/State _____ Zip Code: _____
Home Phone: _____ Cell: _____ Work: _____

For office use only:

A) I hereby authorize records FROM:

Name: _____
Address: _____
City/State/Zip: _____
Phone: _____
Fax: _____

For the purpose of:

- Litigation
- Disability
- Insurance
- Self/Personal Copy
- Transfer or Continuity of Care
- Work Comp
- Other

B) To be released TO:

Name: Osvanny Nodal, MD
Address: 2123 W MLK Jr Blvd, suite 101
City/State: Tampa, Florida, Zip: 33607
Phone: 813-488-4801
Fax: 813-405-4506

Date Range _____ to _____

- Physician Office Notes
- Digital Images/X-Rays
- Operative/Procedure reports
- Cardiology/EKG Report
- Lab/Path Reports
- Radiology/X-Ray/MRI Reports
- Minimum Necessary

*I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to assure treatment. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the authorized individual or organization making disclosure.

*I understand that the information in my medical record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse.

*I understand that I have a right to revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization, I must do so in writing and present my written revocation to the Medical Records Department. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy.

I have read the information provided on this release form and do hereby acknowledge that I am familiar with and fully understand the terms and conditions of this authorization.

This authorization will expire one year from the above date unless I specify an expiration date: _____

Expiration date of authorization

(Date)

(Signature of Patient/Parent/Guardian or Authorized Representative)



Formulario de consentimiento de Tarjeta de crédito

Número de cuenta: _____

Por favor lea en totalidad

No dude en preguntar cualquier duda a nuestro personal.

Nodal Medical Center LLC, en su intento de mejorar el servicio y reducir los costos que podrían transmitirse a usted, ha implementado una nueva política. Esta nueva política ha entrado en efecto para toda la práctica y requiere su participación. Pacientes que se niegan a cumplir con esta política se les pedirá a abandonar la práctica. Bajo la nueva política, se requiere mantener la información de una tarjeta de crédito o débito en el archivo para todos los pacientes. Se utilizará para cubrir posibles gastos no pagados por el seguro (Es responsabilidad del paciente mantener su cuenta al día). Los pacientes deben pagar sus conocidos copagos, co-seguros y deducibles aplicables en el momento del servicio. Si se mantiene un balance después de que su seguro ha pagado, usted recibirá una declaración de los servicios y pasado 30 días, cualquier cantidad restante debida se le colocará en su tarjeta de crédito/débito. (Será la responsabilidad del paciente contactar con nuestra oficina si tiene alguna pregunta con respecto al reclamo o cantidad debida). Todos nuestros empleados están en condiciones de servirle y para mayor seguridad, su información se mantiene separada de nuestro sistema informático y bajo llave. Le pedimos que complete el siguiente formulario que nos dará toda la información necesaria. La información que adquirimos se mantendrá segura y sólo se utilizará para sus gastos médicos. Su comprensión y paciencia con esta nueva política es importante. Estamos seguros que una vez que empiece a trabajar con esta política, usted encontrará que es mucho más fácil hacer un seguimiento de sus gastos médicos y le da la oportunidad de obtener pruebas de la cobertura de su compañía de seguros (a través de una explicación de beneficios) antes de que su tarjeta sea cargada. No se colocará cargos en su tarjeta hasta después de que oír de su compañía aseguradora.

Fecha actual: _____

Tipo de tarjeta: Visa / MC / AMEX / Discovery

Número de Tarjeta _____ - _____ - _____ Fecha de vencimiento ____/____/____

Nombre(s): _____ código de seguridad: _____

Dirección a la que se factura la tarjeta de crédito:

Nombre del titular de la tarjeta (si no es el paciente y la relación con el paciente):

X _____
Firma del titular de la tarjeta

Después de ser enviado el comunicado y hayan pasado 30 días, la atención primaria no llamará al paciente antes de aplicar cargos a la tarjeta de crédito. Cualquier contacto con respecto a cargos o conflictos será la responsabilidad del paciente. ***

-Autorizo Nodal Medical Center LLC a mantener la información de mi tarjeta de crédito para el pago de cualquier balance que no sea pagado por mi seguro Médico como se acordó anteriormente.

-Asigno mis beneficios de seguro a los servicios de Nodal Medical Center y autorizo el pago de sus servicios por mi compañía de seguros médicos.

-Autorizo Nodal Medical Center LLC para aplicar el saldo de mi cuenta a la tarjeta de crédito antes mencionada e incluir copagos, deducibles o cualquier saldo que pueda quedar remanente después que mi seguro haya sido procesado.

- Entiendo que este formulario es válido hasta dar aviso por escrito que se revoca (después que todos los saldos se paguen en su totalidad). También entiendo que, si cambio de tarjetas de crédito, suministraré a Nodal Medical Center LLC la nueva información de tarjeta de crédito.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Sólo los pacientes de Medicare:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Aviso: Somos los proveedores participantes de tradicional sólo Medicare. Vamos a aceptar la asignación en las reclamaciones de Medicare.

Los pacientes son responsables de alcanzar y realizar un seguimiento de su deducible anual (\$147,00) y por pagar el copago del **20%** en el momento del servicio a menos que tengas un plan de seguro suplementario/secundaria que cubre este.

Sin embargo, en el caso de que el secundario no pague dentro de 45 días, usted será responsable del pago.

* Esta oficina requiere mantener su firma en el archivo que nos autoriza a presentar reclamaciones a **Medicare** por usted y para divulgar información para el contribuyente si requiere para la consideración apropiada de una reclamación. Por favor lea y firme la declaración:

"Autorizo a cualquier sostenedor de mi información médica a entregar a la administración del Seguro Social y los centros para Medicare y servicios de Medicaid o sus intermediarios o portadores, la información necesaria para ello o relacionados con la reclamación de Medicare. Permitir la copia de esta autorización se utiliza en lugar del original y solicitar el pago de beneficios de seguro médicos para mí o a la parte que acepta la asignación. Aplicarán las normas relativas a los beneficios de Medicare."

Firme como aparece en su tarjeta de Medicare: _____ **Fecha** _____

Políticas de reemplazo de Medicare (como planes de Medicare Advantage):

Planes de seguros que funcionan como sustitutos de Medicare (planes de ventaja) tienen copagos, deducibles y co-seguros que pueden diferir de Medicare tradicional. No estamos contratados con más planes de ventaja. Esto significa que se nos considera fuera de la red y por lo tanto usted puede ser responsable de un mayor deducible, co-seguro o visita copago aplicado por su compañía de seguros. Al firmar este documento, usted reconoce que usted es consciente de estas diferencias y está de acuerdo en adherirse a los términos de su compañía de seguros. Independientemente de la condición de contrato, todavía como un paciente y su seguro como una cortesía de archivo.

Firme como aparece en su tarjeta de seguro: _____ **Fecha:** _____

POR FAVOR PROPORCIONE SU TARIETA DE SEGURO ACTUAL Y SU LICENCIA DE CONDUCIR PARA SER ESCANEADOS EN NUESTROS REGISTROS.