

PAYERO FAMILY MEDICINE P.A.
2507 Harrison Ave, Suite 101. Panama City, FL 32405
Tel : 850-710-1999

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Bienvenido a Payero Family Medicine P.A. y gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica familiar. Nos complace ofrecerle atención médica de la más alta calidad, integrando las modalidades de tratamiento y la tecnología más avanzadas con un enfoque centrado en la familia.

Consentimiento para el Tratamiento

Doy mi consentimiento para recibir la atención médica necesaria para tratar la afección por la que busco atención hoy en Payero Family Medicine P.A., incluyendo las pruebas diagnósticas y los procedimientos indicados por la Dra. Elfy Payero-Gonzalez, médica certificada en Medicina Familiar, quien actúa dentro del ámbito de práctica permitido por la ley estatal.

Responsabilidad Financiera

Entiendo que el pago se requiere al momento del servicio. Como cortesía a nuestros pacientes, presentaremos reclamaciones en su nombre a los diversos planes de salud con los que participa Payero Family Medicine P.A. Tenga en cuenta que la verificación del seguro o la autorización previa no garantizan el pago. Si por alguna razón no podemos verificar la elegibilidad del seguro antes de su visita al consultorio, o si el seguro no cubre el costo total del tratamiento, yo, el paciente, soy responsable del pago total al momento de la prestación del servicio. Tenga en cuenta que se espera una estimación de la responsabilidad financiera del paciente al momento de la prestación de los servicios, la cual se calcula con base en los deducibles, copagos y coaseguros conocidos para su visita.

Si bien podemos estimar la responsabilidad financiera, es la compañía de seguros quien toma la decisión final sobre la elegibilidad y los beneficios. Tenga en cuenta que es posible que su compañía de seguros no cubra todos los procedimientos o que su plan de salud los considere "no médicamente necesarios o cosméticos". Payero Family Medicine P.A. brindará atención médica según sus necesidades médicas y no según su cobertura de seguro. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su factura, comuníquese con nuestro departamento de facturación.

Autorización y Reconocimiento

Por la presente, autorizo a Payero Family Medicine P.A. y/o sus afiliados a divulgar la información obtenida durante mi tratamiento a mi compañía de seguros, terceros pagadores y los planes de salud de mi empleador, según sea necesario, para presentar reclamaciones en mi nombre por los servicios prestados, o para fines de control de calidad, quejas y reclamos. Reconozco que solo se requerirá un formulario de consentimiento para el tratamiento y la responsabilidad financiera desde mi primera visita, el cual entrará en vigor a partir de esa fecha y mientras sea paciente de este consultorio médico.

Nombre del paciente (letra de molde)

Fecha de nacimiento

Nombre del representante del paciente, parentesco si paciente no puede firmar debido a edad o discapacidad

Firma del paciente o representante del paciente

Fecha actual

Aviso de prácticas de privacidad recibido