

CANCELACIÓN Y PERDIDAS CITA POLITICA

Nuestra meta en Edward L. Holt, Obstetricia y Ginecología es para proporcionarle atención médica conveniente, accesible y de alta calidad. Para poder garantizar la comodidad y accesibilidad a todos nuestros pacientes, es importante que los pacientes lleguen oportunos para todas las citas programadas o cancelan la cita 24 horas de antelación. Esta política nos permite hacer un mejor uso de nuestras citas disponibles para los pacientes que necesitan atención médica.

Honorarios para Citas

Financieras acuerdo eficaz 01 de Febrero de 2018, Edward L. Holt, Obstetricia y Ginecología comenzará a cobrar a los pacientes cuando no presentan para citas programadas. Para cancelar o reprogramar la cita dentro de 24 horas de la cita contrario una tarifa para una cita faltada. Esta tarifa no se someterá al plan de salud; se cobrará al paciente. Entendemos que la flexibilidad es importante y los pacientes pueden permitir que una carga "gratis" cita faltada. La estructura cita faltada de la tarifa es de \$25 para todos los tipos de citas.

Los autorizo a Edward L. Holt, Obstetricia y Ginecología para utilizar la información de pago (tarjeta de débito o tarjeta de crédito) en el archivo para cargar las tarifas aplicables. Si no hay ninguna información de pago en archivo, entiendo que se le cobrará la cuota aplicable.

Reconozco que he leído y entendido la declaración arriba con respecto a los honorarios de citas perdidas. Si usted tiene alguna pregunta puede comunicarse con nuestro Departamento de facturación a 972-937-1588 para obtener más información.

Firma

Fecha

1795 N. HWY 77, STE. 103, Waxahachie TX. 75165
P|972-937-1588 F|972-937-1274

Edward L. Holt, DO
OBSTETRICS & GYNECOLOGY

Board Certified by the American Board of Obstetrics and Gynecology

¡Bienvenidos a nuestra práctica! Esperamos que la siguiente información sea útil para usted. Respetamos a usted y a su tiempo y queremos que su visita a nuestra oficina sea agradable y tan eficiente como sea posible.

Ubicación: Estamos ubicados en 1795 N. Hwy 77, Suite 103, 75165 Waxahachie, Texas 75165.

Cancelaciones: Por favor de otorgar 24 horas de anticipación para notar si es incapaz de llegar a su cita.

Recetas: Si usted necesita una receta, usted necesita llamar a su farmacia y pedir una recarga. Recargas son ser llamado en horario de oficina en 24 horas desde la solicitud de la farmacia. Trate de llamar en una recarga unos días antes de quedarse sin el medicamento.

Política financiera: Recogemos paciente copagos o deducibles / coseguro en el momento del servicio.

Seguro médico: El seguro no puede cubrir el costo total de sus cargos, independientemente de los pagos de seguros; restos son de su responsabilidad personal.

Formas de discapacidad: Si se retira del trabajo puede traer formas de incapacidad para poder completar. Pedimos 5-7 días para la terminación. Cada forma tiene un cargo de \$25, que es requerido antes de la terminación de la forma.

Formularios médicos: Cobramos \$25 por expedientes médicos; la cuota se recoge antes de la liberación de los registros. Si usted está solicitando expedientes médicos por favor de comunicarse con nuestra oficina al menos (5) cinco días antes de que lo necesiten.

Portal del paciente: Nuestro portal paciente te permite el acceso para revisar sus expedientes médicos, Estados de cuenta, la capacidad de actualizar su información demográfica, solicitar una cita, y comunicarse con nuestro personal de oficina a través del centro de mensaje. Por favor, deje que nuestro personal sabe si usted es interés en registrarse en nuestro portal paciente y completar el consentimiento portal.

**Reconozco que ha estado presente con una copia de Edward L. Holt, DO, FACOG
Obstetricia y Ginecología prácticas de privacidad y entender las políticas de oficina.**

Firma

Fecha

Edward Holt, DO P.A.

Correo electronico: _____

Patient Information

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo: _____
Telefono de Casa: _____ Celular: _____ # de Trabajo: _____
Doctor Familiar: _____ Compania de Trabajo: _____ Ocupacion: _____
Direccion de Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo: _____
Estado Civil: (circula uno) Soltera Casada Divorciada Viuda Raza: Indio Americano Chino Negro Hispano Blanco Otro _____
Como se entero de nuestra oficina? _____ Que farmacia utiliza y donde? _____

PERSONA QUE AVISAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA

Nombre: _____ Relacion: _____
Telefono de Casa: _____ Celular: _____ # de Trabajo: _____

INFORMACION DE ESPOSO(A)

Nombre: _____ Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Compania de Trabajo: _____ Numero de Trabajo: _____ Celular: _____
Direccion de Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo: _____

INFORMACION DE ASEGURANSA

Nombre de Aseguransa: _____ ID#: _____ Grupo#: _____
Nombre del Tomador de Seguro: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion con paciente: _____
Aseguransa Segunda: _____ ID#: _____ Grupo#: _____
Nombre del Tomador de Seguro: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion con paciente: _____

ASIGNACION Y LIBERACION: Yo asigno mis beneficios de seguro a pagar directamente al medico. Tambien autorizo el medico para liberar toda la informacion contenida en mis registros medicos y financieros a mi compania de seguros o plan de salud, o cualquier otra persona o entidad que se encarga de pagar o procesamiento de pago alguna parte de mi factura. Entiendo que soy totalmente responsable por el pago de todas las tarifas y servicios prestados. Permitir la copia

ASIGNACION DE BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y LIBERACION: Yo solicito pago de prestaciones de Medicare autorizados a mi o a mi nombre para cualquiera de los servicios me proporcionados por Edward L. Holt, DO, P.A.. Autorizo a cualquier informacion necesaria para determinar estos beneficios o prestaciones de servicios relacionados de esta autorizacion para utilizar en lugar del original.

OBLIGACION FINANCIERA: Por lo presente reconozco y entiendo que pueden haber ser servicios siempre no sera cubierto por mi compania de seguros y entender que estoy totalmente responsable por el pago de todas las tarifas y servicios prestados, independientemente de la cobertura de seguro o otras responsabilidades y en ultima instancia responsable por el pago en su totalidad si mi compania de seguros no pagan oportunamente.

EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Autorizo al medico, enfermeras, asistentes medicos y personal para llevar a cabo dichos examenes y administrar tratamiento y medicamentos que consideren necesario y conveniente.

He leido cada una de las declaraciones por encima y autorizar, entender y de acuerdo a cada declaracion.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Acknowledgment of Receipt of Notice of Privacy Practices

Yo, _____, he recibido y/o revisado la copia de Edward L. Holt, DO, P.A. Aviso de Practicas de Privacidad.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Reglas de la Sangre de los Componentes

El paciente ha sido informado (asesorado) en materia de reglas de Dr. Edward Lee Holt, DO P.A. sobre las politicas de tratamientos de sangre. Cuando nos enfrentamos a una hemorragia o anemia, el medico respetara las creencias religiosas de los pacientes y reemplazar el volumen de sangre con sangre no los productos siempre wue sea posible. Sin embargo, en situaciones que amenazan la vida, cuando la terapia con la sangre y productos sanguineos que se consideraban esencial, que el paciente ha sido informado de que estas son las reglas del doctor para seguir las practicas medicas habituales y administrar todos los tratamientos disponibles, incluidos los productos de la sangre para mantener las creencias y deseos del paciente, que ha sido aconsejado para organizar la atencion medica en otra parte.

Firma del Paciente: _____ Testigo: _____ Fecha: _____

Limite de la Prueba de Papanicolaou Anormal

Despues de haber dudosos resultados anormales de papanicolaou, Dr. Holt rutinariamente comprobara para el VPH (virus del papilloma humano) para determinar el mayor plan de tratamiento. Algunas companias de seguros no cubren esta prueba. Es su responsabilidad verificar la cobertura. Entiendo que sere responsable de los cargos no cubiertos por mi aseguransa.

____ Si, estoy de acuerdo con la prueba de VPH _____ No, me niego a la prueba de VPH

Firma del Paciente: _____ Testigo: _____ Fecha: _____

Autorizacion Para Pruebas Medicas y Liberacion de Consentimiento de la Informacion

El 1 de Enero de 1996, la ley estatal requiere que todas las pacientes embarazadas se hagan la prueba del VIH. La ley tambien permite que usted rechace estas pruebas. Los estudios han demostrado que si las mujeres embarazadas con VIH son identificadas y tratadas a comienzos del embarazo, se redujo significativamente el riesgo de transmitir el virus al bebe. Por lo tanto, se recomienda la prueba. Usted tambien tiene el derecho a tener una prueba anonima realizada en el Departamento de Salud.

Por presente pido y doy mi consentimiento voluntario al Dr. Edward Lee Holt, sus empleados y agentes para administrar dichos procedimientos de diagnostic necesarios para identificar la presencia en mi sistema de *Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)* para efectos de determinar si pueda tener o ser susceptibles a *Adquirir Inmunes Defiencia Sindrome (SIDA)*.

Soy consciente de los resultados de las pruebas de VIH/SIDA son confidenciales, y solo podran ser puestos en libertad o revelada bajo circunstancias especificas. Por la presente autorizacion y consiento a la liberacion y la divulgacion de cualquier resultado de la prueba del VIH/SIDA, tal como se define dicho termino en el Acto de Salud y Seguridad de Texas Ann.s81.10(5)(Vernon 1990), a las siguientes personas o entidades:

1. El medico o otra persona que lleva a cabo la prueba.
2. Un medico, enfermera o profesional de la salud que tiene una necesidad legitima de conocer el resultado de la prueba por su propia proteccion y para la salud y el bienestar de los pacientes.
3. Cualquier autoridad de salud local, estatal o federal, si la presentacion se requiere en virtud de ley o regulacion aplicable.
4. Cualquier compania de seguro de salud, organizacion de mantenimiento de la salud o otro pagador de tercera parte en el cuidado de la salud o traves de los cuales el pago de estos procedimientos pueden ser directa o indirectamente hecho.

Libero el Dr. Edward Lee Holt y cualquier profesional de la salud de cualquier y toda responsabilidad en relacion con la prueba medica que se llevo a cabo en virtud del presente autorizacion y el arrendamiento y la divulgacion de cualquier resultado de la prueba.

Yo certifico que he keido, ha informado de las razones para ser probado y entiendo completamente esta autorizacion y que haya solicitado o se nego la administracion de sistemas lo antedicho procedimiento de diagnostic y ejecutado mi autorizacion voluntaria y de mi propia y libre voluntad.

____ Si, estoy de acuerdo a las pruebas _____ No, niego las pruebas

Firma del Paciente: _____ Testigo: _____ Fecha: _____

Edward L. Holt, DO, P.A.
DEPOSITO OBSTETRICO & ACUERDO DE PAGO

POLITICA FINANCIERO

1. El seguro se presentará como una cortesía para usted; Sin embargo, usted es responsable por el billete entero. Todos los copagos, deducibles insatisfechos y otros servicios responsables de la pacientes deben pagarse en el día de la visita. Si tu compañía de seguros aplica a los cargos facturados a su deducible, niega los servicios, o considera que los servicios no cubiertos, que usted es responsable del pago del servicio. Si usted no tiene seguro, pago completo se espera en el momento de la visita.
2. En el caso su compañía de seguros no paga la reclamación dentro de un período razonable de tiempo (45-60 días), entonces puede convertirse en responsable de la cuenta.
3. Si su plan de seguro requiere una derivación o una autorización previa, es imprescindible presentar esta junto con ID seguro en cada visita. Si no tienes la referencia cuando usted llega a su cita, el pago por la visita se convierte en su responsabilidad.
4. Si el pago no se recibe dentro de un período razonable de tiempo de la garantía o si recibimos correo devuelto como no entregable colocaremos tu cuenta con una agencia de colección exterior.
5. Devueltos cheques estarán sujetas a un cargo por cheque devuelto.
6. Una tarifa para las citas perdidas. Dos citas No Show sin aviso avanzado del paciente pueden resultar en la terminación de la práctica. Siendo 10 minutos o más tarde para una cita puede resultar en reprogramar su cita.
7. **Certificación de paciente, autorización para liberación información y solicitudes de pago:** Yo certifico que la información dada por mí en la aplicación de pago bajo el título XVIII de la ley de Seguridad Social (Medicare) es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica u otro sobre mí para liberar cualquier información necesaria para esto o una reclamación de Medicare relacionada a la administración del Seguro Social o sus intermediarios o transportista. Solicito que pago de las prestaciones de asignación se hizo en mi nombre.
8. Acuerdo financiero: El abajo firmante en la consideración de los servicios a ser prestados al paciente está obligado a pagar la práctica médica según sus tarifas regulares y términos, y si la cuenta está referida a un abogado o agencia para las colecciones, pagar honorarios razonables del abogado y colección de gastos. El abajo firmante se compromete a ser responsable de los cargos no cubiertos por el seguro. Se entiende la obligación de pagar la práctica no puede ser diferida por cualquier razón, incluyendo pendientes acciones legales contra otros partidos para recuperar los costos médicos.
9. Hay una cuota de \$25 para cualquier documentación escrita que es solicitada por el paciente. Escrito documentación incluye, pero no limitado a, papeleo FMLA, trámites de discapacidad, regresar a los avisos de trabajo, registros médicos y cartas. Nos reservamos el derecho a utilizar dos 2 días hábiles para devolver cualquier documentación escrita al paciente.
10. **Aviso de privacidad:** entiendo y han sido proporcionado con un aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de mi información de salud usos y divulgaciones.

☐ Declino el aviso de prácticas de privacidad

He leído y completamente entender la política financiera y ha dado la oportunidad para hacer preguntas.

Fecha: _____

Firma del paciente, Representante Legal de servicios de salud, si no es paciente

Relación de representante. Razón individual es incapaz de signo, es decir, menor de edad o legalmente incompetente

Nombre del Paciente: _____

DOB: _____

Edward Holt, DO P.A.
HISTORIA DEL PACIENTE

Cirugías: (Lista **TODAS** las cirugías que has tenido)

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

MEDICAMENTOS: (Lista **TODO** los medicamentos que tomas regularmente y mas recientes, incluyendo todos los medicamentos sin receta)

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

ALERGIAS: Eres alergico alguna medicina, drogas, o comida? (Si acaso Si, lista cuales son tus reacciones)

HISTORIA DE ANTICONCEPTIVOS: (Lista todo los metodos de anticonceptivo actuales o pasados que has usado.)

	Metodo de Tipo	Duracion de Uso	Complicaciones
Presente	_____	_____	_____
Pasado	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

HISTORIA OBSTRETICA: (Liste todo los embarazos, fecha, y resultados)

Fecha	Peso	Sexo	Lugar del Parto	Tipo de Parto	Complicaciones
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

HISTORIA DE FAMILIA: (Liste miembros de su familia (papa, mama, hermana, hermano, etc.) con algun problema de salud.)

HISTORIA SOCIAL:

Ha fumado alguna vez? ☐ Si ☐ No Cuanto/dia? _____ Por cuantos anos? _____
Alcohol: ☐ Si ☐ No Cuantas bebidas/dia? _____ Por semana? _____
Hace ejercicios? ☐ Si ☐ No Ha usado drogas recreativas? ☐ Si ☐ No Especifique: _____ Por favor, cuantificar el consumo de cafeina: _____
Alguna vez has sido abusada sexualmente, amenazada o herida por cualquier? ☐ Si ☐ No

HISTORIA GINECOLOGICA:

HISTORIA MENSTRUAL:

Primer dia de su ultima menstruacion _____ Edad cuando comenzo su primera menstruacion: _____ Numero normal de dias de un periodo a otro: _____
de dias de flujo: _____ Sus periodos son: ☐ Ligeros ☐ Moderado ☐ Devil Alguna abnormalidad con periodo? _____
Cualquier sangrado o manchas excesivas? ☐ Si ☐ No Colicos con periodos ☐ Si ☐ No

SEXUAL HISTORY:

Alguna vez has tenido relaciones sexuales? ☐ Si ☐ No Es usted sexualmente activa? ☐ Si ☐ No # de parejas sexuales por vida? _____
Cualquier historia de enfermedades de transmision sexual? _____ Sus companeros sexuales son: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Los Dos ☐ No applicable.

PAPANICOLAU: Ultimo examen pelvico: _____ Cuando fue su ultima prueba de papanicolau?: _____ alguna vez has tenido un papanicolau anormal ☐ SI ☐ No
 Usted se hace examenes en sus senos regularmente? _____ Fecha de su ultimo mammograma? ____/____/____

Historia Medica General

Alcohol/Drogas
 Artritis
 Coagulos de Sangre
 Huesos Rotos
 Varicela
 Diabetes
 Glaucoma
 Soplo Cardiaco
 Colesterol Alto
 Infeccion en el Rinon

Osteoporosis
 Fiebre Reumatica
 Cerebro Vascular
 Anemia
 Asma
 Transfusion de Sangre
 Cancer
 Enfermedades de Colagen
 Trastorno de Alimento
 Dolores de Cabeza

Hepatitis
 SIDA/VIH
 Piedras en el Rinon
 Pulmonia
 La Epilepsia
 Tiroides
 Arritmias
 Trastornos
 Problemas Intestinales
 Las Cataratas

Depresion
 Vasicula
 Corazon
 Alta Presion
 Dolor/Espalda
 Pulmones
 Reflujo/Ulceras
 Celulas
 Tuberculosis

COLABORACION DE LOS SISTEMAS

Por favor escoja alguno de los siguientes sintomas que aplican a usted actualmente.

Constitucion

___ Cambio de apetito
 ___ Libido Disminuido
 ___ Cansancio
 ___ Sudores
 ___ Weight Loss
 ___ Cambio en la altura
 ___ Dificultad para dormir
 ___ Fiebre
 ___ Aumento de peso

Ojos

___ Vision Borrosa
 ___ Lentes/Contactos
 ___ Cambios en la vision
 ___ Vision Doble
 ___ Manchas en los Ojos

Orejas, Nariz, & Garganta

___ Congestion
 ___ Dificultad para tragar
 ___ Problemas auditivos
 ___ Cuello de la masa
 ___ Sangrado de Nariz
 ___ Zumbido en los oidos
 ___ Alergias
 ___ Sore Throat
 ___ Problemas Dentales
 ___ Dolor de oreja
 ___ Llagas en la boca
 ___ Dolor de cuello
 ___ Recurrentes del oido
 ___ Nariz que moquea
 ___ Problemas de sinusitis

Cardiovascular

___ Dolor de pecho
 ___ Inflamacion de piernas
 ___ Varices
 ___ Dificultad respirar acostada
 ___ Dolor de piernas
 ___ Latido irregular
 ___ Dificultad para respirar

Respiratorio

___ Tos cronica
 ___ Dolor al respirar
 ___ Ronquidos
 ___ Tos con sangre
 ___ Falta de aliento
 ___ Sibilancias

Gastrointestinal

___ Masa abdominal
 ___ Heces negros
 ___ Diarrea
 ___ Incontinencia de gas
 ___ Ictericia
 ___ Nauseas/Vomitos
 ___ Dolor Abdominal
 ___ Extrenimiento
 ___ Hemorroides
 ___ Indigestion
 ___ Dolor en el recto

Genitourinario

___ Sangrado anormal
 ___ Sangre en la orina
 ___ Frecuente infecciones de vejiga
 ___ Frecuente orinar
 ___ Vaciamiento incompleto
 ___ Esterilidad
 ___ Relacion sexual dolorosa
 ___ Sindrome premenstrual
 ___ Dolor pelvico
 ___ Picazon vaginal
 ___ Ausencia de periodos
 ___ DES de exposicion
 ___ Fibromas
 ___ Historia de endometriosis
 ___ Incontinencia urinaria
 ___ Dolor al orinar
 ___ Periodos dolorosos
 ___ Urgencia de orinar
 ___ Sequedad vaginal
 ___ Secrecion vaginal

Musculo-Esqueletico

___ Dolor de espalda
 ___ Inflamacion articular
 ___ Debilidad muscular
 ___ Dolor articular
 ___ Dolor muscular

Piel

___ Acne
 ___ Piel seca
 ___ Ganglios linfaticos
 ___ Salpullido
 ___ Discoloracion
 ___ Moretones con facilidad
 ___ Comezon en lunares
 ___ Llagas

Pecho

___ Masa en el pecho ___ Dolor en el pecho
___ Secrecion en el pezon

Psiquiatrico

___ Ansiedad ___ Depresion
___ Llanto frecuente

Neurologico

___ Dificultad para caminar ___ Mareo
___ Dolor de cabeza ___ Problemas de memoria
___ Paralisis ___ Ataques
___ Temblor

Endocrino

___ Crecimiento anormal de vello ___ Sed anormal
___ Profundizacion de voz ___ Perdida de cabello
___ Intolerancia ___ Bochornos

Instrucciones Confidenciales del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Es importante para nosotros, para honrar la confidencialidad entre paciente y medico.

Por favor escoja su preferencia a continuacion.

_____ Usted puede discutir mi informacion media solo conmigo.

_____ Doy mi permiso para hablar de mi informacion medica con las siguientes personas:

Nombre _____ Relacion _____

Nombre _____ Relacion _____

Nombre _____ Relacion _____

Si o NO Usted puede dejar la informacion (resultados de prueba) en mi buzón:

Casa#: _____ Celular #: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Edward Holt, DO P.A

Questionario de Deteccion Genetica

Nombre _____ Raza _____ Edad _____

Papa de hijo/a _____ Raza _____ Edad _____

Primer dia de ultima menstruacion _____

Cuantas veces ha estado embarazada, incluyendo esta vez? _____

Cuanto abortos involuntarios ha tenido? _____

Alguna vez has tenido un nino muerto? _____ Si _____ No

Tienes un nino con defectos de nacimiento? _____ Si _____ No

Ha estado expuesto a las drogas, radiografias, alcohol durante
Su embarazo? _____ Si _____ No

Es usted o el padre tiene hijos de otra mujer, que tenia abortos
Involuntarios, un nacido muerto, o ninos con defectos _____ Si _____ No

Es usted o el padre de origen Judio Europeo? _____ Si _____ No

Es usted o el padre Negro? _____ Si _____ No

Es usted o el padre Italiano? _____ Si _____ No

Es usted o el padre parientes por sangre? _____ Si _____ No

Marque Cualquiera de los Desordenes Siguietes O de la Familia del Padre

_____ Defectos de Nacimiento	_____ La Corea de Huntington
_____ Muertos de Infancia	_____ Porfiria
_____ Retraso Mental	_____ Labio Leporino
_____ Syndrome	_____ Defectos en el Corazon
_____ Spina Bifida	_____ Ceguera
_____ Hidrocefalia	_____ Sordera
_____ Celulas Falciformes	_____ Enanismo
_____ Renal Poliquistica	_____ Fibrosis Quistica
_____ Portadorde Tay-Sachs	_____ Talasemia

Welcome to Dr. Holt's Office

Oficina política eficaz 10/1/2011

- ❖ Absolutamente **NO Niños** mayores de 12 doce meses. Para cumplir con la política puede ocasionar reprogramar su cita.
- ❖ Sólo uno (1) invitado está permitido en la sala de examen con cada paciente.
- ❖ No alimentos o bebidas son permitidos en la oficina.
- ❖ Por favor, apaguen sus teléfonos celulares en la sala de examen.

Esta política contribuye a proteger la salud y la seguridad de nuestros pacientes.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Edward L. Holt, DO, P.A.
DEPOSITO OBSTETRICO & ACUERDO DE PAGO
CONVENIO PRIVADO

Entiendo que el Dr. Holt es aceptarme como paciente privado paga durante el period de _____, y seré responsable de pagar los servicios que reciba.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edward L. Holt, DO, P.A.
DEPOSITO OBSTETRICO & ACUERDO DE PAGO

CONTRATO POR SERVICIO NO CUBIERTOS

DEBAJO DE TODO

PLANES DE SEGURO PERINATAL CHIP

RESPONSABILIDAD DE PAGO

Los siguientes procedimientos y servicios no están cubiertos bajo el plan de seguro de perinatal de Chip. Esta lista no es definitiva. Para más información, consulte a su departamento de membresía.

- Hospitalización y tratamientos ambulatorios, aparte de cuidados prenatales, mano de obra con entrega y atención postparto relacionada con el niño nonato cubierto hasta el nacimiento.
- Los servicios relacionados con prematuros, falso o de otro trabajo no resultando en la entrega.
- Servicios de atención de enfermería
- Servicios de emergencia que no sean los directamente relacionados con el parto del niño nonato cubierto.
- Servicios de post parto o las complicaciones resultantes de la necesidad de servicios de emergencia de la madre de la perinatal de CHIP (ej.: hipertensión arterial o diabetes pertenecientes a la madre).
- Mamografía

PAGO POR LOS SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS QUE NO SON PAGADEROS POR LA COMPANIA ASEGURADORA SERÁ LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE QUE SUSCRIBE.

- Comprendo que pueda recibir servicios médicos de Dr. Holt que no son beneficios de mi plan de seguro cubiertos.
- Yo entiendo que soy responsable de pagar por cualquier servicio recibido que no son beneficios de mi plan de seguro cubiertos.
- Yo entiendo que después de que se ha presentado una reclamación a mi compañía de seguros, si (1) la afirmación es negada por cualquier motivo; O (2) existe responsabilidad paciente adicional (es decir, deducible, coaseguro, o los cargos no cubiertos, etc.) el equilibrio es mi responsabilidad.
- Entiendo que seré responsable por cualquier proyección de imagen (es decir. Ecografía, perfil biofísico, las evaluaciones de la longitud cervical) y/o laboratorio (es decir, dibujar sangre, prueba de la glucosa y manejo) y cargos asociados a mi cuidado.
- Yo entiendo que yo puedo establecer un plan de pago para pagar los servicios medicos no cubiertos.

Firma del paciente: _____

FECHA: _____

Nombre del paciente: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Empleado iniciales: _____