

Medical Center of Marin - INFORMACION DEL PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE:

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------|---------------------|--|-----------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------|-------------------------|--|
| Fecha : ____ / ____ / ____ | | Primer Nombre: | | Segundo: | | Apellido: | | DOB: ____ / ____ / ____ | |
| Direccion (Calle): | | | | Seguro Social: ____ - ____ - ____ | | | Edad: | | <input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/> Sra |
| Ciudad: | | Correo electronico: | | | Telefono: () - | | Celular: () - | | |
| Est: | Codigo P: | Ocupacion: | | Empleador: | | Work phone #: () - | | | |
| ¿Alergias a medicamentos? | | | | Doctor Primario: | | | Telefono del doctor: | | |

¿DONDE ESCUCHO DE NOSOTROS?

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| Si has sido referido por alguien específico, por favor proporcione su nombre para que podamos darles las gracias! _____ | <input type="checkbox"/> internet Name: _____ | <input type="checkbox"/> Plan de Seguro | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Familia / Amigos |
| | <input type="checkbox"/> Doctor Primario | <input type="checkbox"/> Cerca a casa/trabajo | <input type="checkbox"/> TV commercial | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| | <input type="checkbox"/> Correo | <input type="checkbox"/> Paginas Amarillas | | |

INFORMACION PARA EMERGENCIAS

| | | | | | | | |
|-------------------|--|-----------|---------|-----------------|---------|-------------|----------------|
| Persona a llamar: | | Relacion: | | Telefono () | | Cell () | |
| Direccion: | | | Ciudad: | | Estado: | | Codigo Postal: |

PAGOS Y INFORMATION DE SEGUROS

Nosotros no mandamos facturas a pacientes, el pago se hace en el momento de la visita. Somos proveedores de la red de muchos planes de seguro privado, pero no todos ellos. Si estamos "en la red" para su plan, usted será responsable de su co-pago o deducible en el momento de la visita. Como una cortesía a usted, entonces vamos a completar sus formularios de reclamo y la factura de su compañía de seguros para el equilibrio. Su plan de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, y no un sustituto para el pago. Como tal, usted será responsable de todos los cargos no pagados por su compañía de seguros. Incluso si verificaremos sus beneficios, no podemos garantizar que su plan cubrirá, en todo caso. Por favor sepan que haremos todo lo posible para ayudar a procesar su reclamación de forma rápida y completamente, pero la información obtenida en el proceso de verificación de los beneficios no siempre es correcto y que usted puede deber una cantidad adicional no especificado en el momento del servicio. Si usted tiene un plan de seguro para los que no son proveedores de la red, se le entregará una declaración detallada que puede someterse a ellos por cualquier reembolso que ofrecen, en su caso. Incluso si estamos dentro de la red de su seguro, su plan de salud es a menudo diferente de su plan de farmacia. Por lo tanto, si usted necesita medicamentos, o bien le puede proporcionar una receta, o usted puede comprar los medicamentos de nosotros a un costo razonable que sea competitivo con la mayoría de los planes de beneficios de farmacia.

La información provista es Verdad. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos al momento de mi visita. Si mi Seguro es aceptado, Yo autorizo que los beneficios del Seguro sean pagados directamente al Doctor. Entiendo que soy financieramente responsable por el balance de mi cuenta. También autorizo a Medical Center of Marin o a mi Compañía de Seguros a mandar cualquier información requerida para procesar mi reclamación.

La exanimación y el tratamiento, que será proporcionada por Medical Center of Marin, es en fundamento urgente del cuidado solamente. Es intentado como una solución temporaria de una necesidad de urgencia. No substituye una exanimación más comprensiva que su doctor privado le pueda dar cuidado después tiene que ser proporcionada por su propio doctor, cual puede obtener copias de sus documentos o resultados conforme sea necesario. Es importante que usted divulga cualquier nuevo o restante problema a su doctor. Siéntase por favor libre de llamarnos por teléfono o volver al Medical Center of Marin para cualquier necesidad médica urgente. He leído, entiendo, y me he dado una copia de esta declaración.

| | | |
|--------|---|-------|
| Nombre | Firma del Paciente (<input type="checkbox"/> Compruebe aquí si está firmada por padre/tutor) | Fecha |
|--------|---|-------|

¿POR QUÉ USTED ESTÁ AQUÍ HOY? ¿Qué síntomas Usted siente?

Por favor Anote todos los medicamentos que está tomando actualmente:

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por este medio reconozco que me han dado una copia del Medical Center of Marin del Aviso de Practicas de Privacidad. También reconozco que una copia de este documento se publico en la área de recepción, y que una copia de cualquier modificación Aviso de Practicas de Privacidad estará disponible en cada cita. Si no es firmado por el paciente, por favor índice relación: Compruebe aquí si está firmada por padre/ tutor tutor o curadorde un paciente incompetente. (Opcional) Me gustaría recibir una copia de cualquier modificación Aviso De Practicas de privacidad por correo electrónico a: _____.

| | | |
|---------|---------------------|---------------------------|
| Nombre: | Firma del Paciente: | Fecha: ____ / ____ / ____ |
|---------|---------------------|---------------------------|

PÓLIZA DE NUESTRA OFICINA

Bienvenido! Estamos complacidos que Ud. esta aquí en nuestra oficina médica y le queremos hacer saber que estamos comprometidos a proveerle el mejor cuidado médico. También queremos ayudarle a recibir los máximos beneficios permitidos si tiene algún seguro medico que nosotros aceptamos. Para poder hacer esto, necesitamos su colaboración y entendimiento de nuestra póliza financiera. Por ende, le pedimos que Ud. lea y entienda lo siguiente:

SU SEGURO MEDICO Somos proveedores de la red para muchas compañías de seguros privados, y podemos revisar sus beneficios para usted. Es responsabilidad del paciente saber los procedimientos que cubre su seguro. Si Ud. no puede mostrarnos una prueba de su seguro, Ud. debe pagar el total de su cuenta al momento de su visita. Si Ud. no tiene uno de estos tres seguros médicos, Ud. será responsable de pagar la totalidad de su cuenta al momento de su visita. Nosotros le proveeremos una copia de su factura la cual podrá presentarla a su seguro médico para una posible devolución de su dinero.

CO-PAGO Si usted es un miembro de un plan de seguro para los que somos proveedores de la red, y Ud. tiene un co-pago, este DEBE ser pagado al momento de su cita, ANTES de ser visto por su proveedor. Co-pagos son colectados en todas sus visitas a esta oficina, incluyendo tratamientos como chequeos de la presión arterial.

CITAS PERDIDAS Nosotros le reservamos una hora especial para ver a su Doctor. Muchas veces esa cita no es retenida o es cancelada con muy poco aviso como para poder hacer una cita a otro paciente. Las citas que no se cumplen o se cancelan con menos de 24 horas de anticipación serán facturadas a un costo de \$75 para pacientes nuevos y \$35 para pacientes que regresan.

PACIENTES SIN SEGURO El pago debe hacerse al momento de su visita.

TARJETAS DE CREDITO Nosotros aceptamos pagos con tarjeta de crédito si usa Visa, Mastercard o American Express.

COPIA DE DOCUMENTOS Cuando recibimos un requerimiento de copia de documentos médicos, nosotros proveemos una copia de sus documentos recientes a otro Doctor sin recargo alguno. Cuando un paciente requiere una copia de sus documentos personales o cuando un folder es copiado completamente, requerimos un pago adelantado de \$15 más una cuota por cada página de acuerdo a la ley del Estado. El paciente también puede usar el servicio de una Compañía de Copias.

FORMAS, CARTAS Y REPORTE El llenado de Formas consume bastante tiempo. Las formas incluyen formas de exámenes, reportes de accidentes, aplicaciones para seguros y formas para participación atlética. Nosotros no cobramos por el llenado de formas simples (menos de 1/2 hoja). Para otras formas, el cargo es de \$15 por llenado de hasta dos hojas dobles y de \$25 para formas más largas. El pago debe recibirse antes de que las formas sean llenadas o enviadas por correo. Formas de discapacidad relacionada con una visita al consultorio se realizan sin costo alguno.

COMPENSACION AL TRABAJADOR Por favor díganos cuál es su Compañía de Accidentes de Trabajo, su Compañía de Trabajo y el nombre del Supervisor que autorizo su caso. Yo autorizo al Doctor a relevar cualquier información requerida para el proceso de mi reclamo. Entiendo que si este reclamo es denegado por la Compañía de Accidentes de Trabajo, Yo soy responsable por todos los cargos y el pago debe hacerse cuando Ud. reciba su factura.

LABORATORIO / MEDTOX Por favor note que todos los análisis de sangre sacados en esta oficina son llevados a los Laboratorios MedTox. Si su Seguro es aceptado en esta oficina pero no cubre los exámenes de Laboratorio MedTox, Ud. podría recibir una cuenta muy costosa. Por favor chequee si su compañía de Seguro cubre estos gastos antes de hacerse los exámenes.

REENVASE DE PASTILLAS Debido a que no son médicos de atención primaria para los pacientes de compensación no de los trabajadores, los pacientes de atención de urgencias en general, tendrán que volver a examinarse antes de que las recetas pueden ser rellenados.

COLECCIONES Para los saldos adeudados a Medical Center of Marin (MCOM) más de 60 días, MCOM tiene el derecho de cobrar 15% interés anual. Una carga administrativa adicional de \$25.00 será evaluada para que si hay una necesidad de hacer referencia a su cuenta a una agencia de colección, debido a la falta del saldo adeudado por usted.

MEDICARE Nosotros no somos proveedores de Medicare. Si usted tiene Medicare, usted tendrá que pagar por su visita en su totalidad. Medicare no le reembolsará. Seguro secundario, incluso si son proveedores de la red, no puede ser utilizado para cubrir la visita. Si usted utiliza su tarjeta secundaria sin avisarnos de su cobertura de Medicare, que en última instancia, se le cobrará por su visita en su totalidad.

Por favor, lea y iniciales en la línea correspondiente a continuación:

_____ NO SOY un beneficiario de Medicare.

_____ Yo soy un beneficiario de Medicare. Yo entiendo que el Medical Center of Marin no proporciona servicios de Medicare ni facturar a Medicare por servicios. Yo entiendo que soy directamente responsable de todos los cargos incurridos en el Medical Center of Marin.

**Si usted es un beneficiario de Medicare, usted debe llenar y firmar el "Medicare Opt-Out" forma.
Por favor, solicitar el formulario de nuestra recepcionista.**

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____/_____/_____

Compruebe aquí si está firmada por padre/tutor