

INFORMACION DE PACIENTE

Fecha: _____
Nombre de paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Sexo: Masculino Femenino Estado civil: Menor Soltero Casado Divorciado Viudo
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número telefónico de: Casa (____) _____ Celular (____) _____ Trabajo (____) _____
Doctor Familiar/Pediatra _____ Numero de teléfono (____) _____
Correo electrónico: _____
Seguro médico y número de identificación: _____
Segunda póliza de seguro médico y número de identificación: _____

PERSONA RESPONSIBLE DE MENOR:

Nombre _____
Fecha de nacimiento _____
Dirección _____
Relación con el paciente _____
Numero celular _____
Numero de trabajo _____

INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE DE SEGURO MEDICO:

Nombre _____
Fecha de nacimiento _____
Dirección _____
Relación con el paciente _____
Numero celular _____
Numero de trabajo _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (que no viva en la misma casa)

Nombre _____ Relación _____ Numero telefónico _____

Si quiere que alguien más traiga al menor a la cita, que no sea padre/madre, favor de llenar la siguiente información:

Nombre _____ Relación _____ Numero telefónico _____
Nombre _____ Relación _____ Numero telefónico _____

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Si tiene seguro médico, le ayudaremos a recibir los beneficios máximos permitidos. Para lograr estos objetivos; necesitamos su ayuda y su comprensión de nuestra política de pago.

El pago de los servicios se debe realizar en el momento en que se prestan los servicios. Cobramos copagos, deducibles y porcentaje al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheque, MasterCard, Visa, American Express, Discover y tarjetas de débito. Enviaremos sus reclamaciones de seguro y aceptamos la asignación de beneficios en todos los programas de atención administrada que tenemos contratados.

Los cheques devueltos están sujetos a un cargo de \$ 32.

Con mucho gusto le informaremos los costos de las pruebas y el tratamiento propuestos e intentaremos responder cualquier pregunta relacionada con la cobertura de su seguro.

Sin embargo, debes darte cuenta de que:

Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y / o la compañía de seguros. Cualquier beneficio de seguro que le coticemos no es una garantía de cobertura o pago, solo una cotización que nos dio su compañía de seguros. Es posible que su compañía de seguros no pague exactamente como lo cotizó. Por el motivo que sea, si su compañía de seguros no paga, usted será responsable de todos los cargos incurridos con la excepción del descuento de PPO y HMO.

En general, la mayoría de las empresas considera que nuestras tarifas se encuentran dentro del rango aceptable y, por lo tanto, están cubiertas hasta la asignación máxima determinada por cada operador.

No todos los servicios son beneficios cubiertos en todos los contratos. Algunas compañías de seguros seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubrirán y esos cargos serán su responsabilidad.

Si se aplica un preexistente a su reclamo, esos cargos serán su responsabilidad.

____ Si no puede asistir a su cita, cancele con la mayor anticipación posible. Requerimos un aviso de cancelación de 24 horas antes de su cita. Si no se presenta o cancela con menos de 24 horas de anticipo se le cobrará una tarifa de \$ 25.

FIRMA DE PACIENTE

2380 Firewheel Parkway, Suite 1100 Garland, TX 75040 (972) 271-6811 phone
2740 Virginia Parkway, Suite 300 McKinney, TX 75071

(877) 573-5077 Fax
(972) 548-1145 phone

COMUNICION POR TELEFONO

Debido a la Ley de Privacidad, necesitamos que nos diga que personas (además de usted) aprueba para tener acceso a la siguiente información de atención médica: (Si podemos hablar con alguien en su hogar, anote escribiendo "Cualquiera" en el espacio en blanco apropiado.)

Información para programar una cita: _____

Información de facturación: _____

Resultados de laboratorio/resultados de pruebas: _____

Información sobre prescripciones/medicamentos: _____

Autorización para dejar mensajes

Autorizo a Family Allergy Clinic dejar mensajes sobre recordatorios de citas, mi afección médica, como informes de laboratorio, otros resultados de pruebas y medicamentos en mi buzón de voz. Autorizo a Family Allergy Clinic a enviar recordatorios de citas e información de facturación a través de mi correo electrónico, si se proporciona. Esta autorización estará en vigor hasta que haya notificado por escrito a Family Allergy Clinic lo contrario.

Firma: _____ Fecha de firma: _____

RECONOCIMIENTO DE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia de FAMILY ALLERGY CLINIC, DR. RICHARD A. PAGE Aviso de prácticas de privacidad. Al firmar a continuación, "solo" reconozco que he recibido o he tenido la oportunidad de recibir el Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____

FIRMA DE PACIENTE

2380 Firewheel Parkway, Suite 1100
2740 Virginia Parkway, Suite 300

Garland, TX 75040 (972) 271-6811 phone
McKinney, TX 75071

(877) 573-5077 Fax
(972) 548-1145 phone