

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Información de referencia, política financiera del paciente y firma en los archivos

¿Quién lo refirió a nuestra clínica? _____

Médico General/Internista: _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia, que debe ser notificado? _____ Teléfono: _____

¿Nos da permiso para hablar de su información médica y/o financiera con su familia? Sí No En caso afirmativo, indique sus nombres y números de teléfono. Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____ Teléfono (Celular): _____

RECIBO DEL AVISO DE INFORMACION DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Mi firma abajo indica que he recibido y / o revisado una copia del Aviso de mi médico de usos y divulgaciones de información médica protegida (Aviso de Información de Prácticas de Privacidad). Se me ha dado la opción de firmar un formulario de consentimiento por separado.

Firma del Paciente o Representante _____

Fecha ____ / ____ / ____

Forma de Pago:

Medicare: Charlotte Dermatology, PA acepta el pago asignado por Medicare (80%). Usted es responsable de los primeros \$100.00 de cada año y del 20% de precio total que Medicare concede.

Charlotte Dermatology, PA también suministra cargos a seguros secundarios en caso de que usted tenga alguna cobertura extra aparte de su póliza primaria. Haremos copia de sus credenciales y esperamos por el pago directo de la compañía del seguro secundario. Sin embargo, en el caso de que el secundario no pague en 60 días, el paciente será responsable del balance

Pacientes con Seguro Médico Comercial: Los pacientes que están cubiertos por planes privados, comerciales en los que nuestros médicos no son proveedores estarán obligados a pagar el 35% de la factura total al momento de su cita. El total del balance no cubierto por su compañía de seguro médico será facturado a usted, independientemente de los beneficios y las políticas de pago de su compañía.

Firma del Paciente o Representante _____

Fecha ____ / ____ / ____

Para Pacientes con MEDICARE solamente:

Esta oficina está obligado a mantener su firma en los archivos que nos autoriza a presentar las reclamaciones a Medicare para usted y para divulgar información al pagador que si lo requieren para su debida consideración de un reclamo. Por favor, lea y firme la siguiente declaración: Asimismo al firmar autorizo a **Charlotte Dermatology, PA** a facilitar dicha información al Social Security Administration, y al Health Care Financial Administration o a sus encomenderos. También autorizo que una copia del original pueda ser usada en lugar del original.

Firma como aparece en la tarjeta de Medicare _____

Fecha ____ / ____ / ____

Informacion para el paciente: Los pacientes con planes de salud de contrato deben presentar su tarjeta de identificación de seguro a la recepcionista. Algunos planes requieren una cuota a la hora de servicio, la cual sera requerido al momento de cita. Igualmente para los que no tienen ningún tipo de cobertura medica.

Firma del Paciente o Representante _____