

Registro del paciente

Solicitamos copias de todas las tarjetas de seguro (incluidas las tarjetas de Medicare), además de una ID con foto. Preséntelas en la ventanilla de entrada.

Nombre del paciente: _____
(apellido) (primer nombre) (segundo nombre)

MRN N.º _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Idioma preferido: _____

Género asignado al nacer: masculino femenino indiferenciado

Género actual: masculino femenino otro _____

Raza: (circulé lo que corresponda)

indio americano o nativo de Alaska	asiático	negro o afroamericano
nativo de Hawái o nativo de las islas del Pacífico	blanco	no contesta
otro _____	desconocida	

Etnia: (circulé uno si le aplica) hispano o latino no hispano ni latino
no contesta otro

Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono móvil: (____) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C. P. (zip): _____

Número de Seguro Social (SSN) del paciente: _____ - _____ - _____

Empleador: _____

Aseguradora principal: _____ N.º de ID: _____

Aseguradora secundaria: _____ N.º de ID: _____

Aseguradora tercera: _____ N.º de ID: _____

Si tiene cobertura del seguro por su cónyuge u otro familiar, debe completar toda esta sección:

Nombre del suscriptor: _____ Relación: _____

SSN del suscriptor: _____ - _____ - _____ Fecha de nac.: ____ / ____ / ____

Teléfono de contacto: (____) _____

Nombre del empleador: _____

Nombre del seguro: _____ N.º de póliza: _____

¿Vives actualmente en un centro de enfermería especializada? No Sí

¿Es una lesión de indemnización laboral? No Sí, completar form. WC.

¿Es una lesión por accidente automovilístico? No Sí, completar formulario por accidente automovilístico.

Médico que lo refirió: _____

Médico de atención primaria: _____

En caso de emergencia: indique al familiar o amigo más cercano que podamos contactar (que no viva con usted).

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Método preferido para recordatorios de citas: llamada correo electrónico
 mensaje. de texto

Los pacientes en nuestro consultorio pueden ser contactados por correo electrónico o mensajes de texto para recordarles una cita (si lo piden), para que opinen sobre su experiencia con nuestro equipo de salud y dar recordatorios e información de salud generales. Con mi firma debajo, autorizo recibir mensajes de texto del consultorio a mi teléfono celular y a todo número enviado o transferido a ese número y correos electrónicos para recibir comunicaciones como se indicó antes. Entiendo que la solicitud para recibir recordatorios por correos electrónicos y mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios de citas futuros a menos que solicite un cambio por escrito.

Autorización y asignación de seguro y políticas financieras

Nuestras políticas de facturación y pagos se detallan debajo. **Nos reservamos el derecho de reprogramar citas de rutina cuando el pago no esté disponible al momento del servicio.**

Autorización y asignación de seguro: solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga a mí o en representación mía a Vitreo-Retinal Medical Group, Inc. (Retinal Consultants Medical Group) o Northern California Advanced Surgery Center LP para todos los servicios prestados a mí por ese médico o Vitreo-Retinal Medical Group, Inc. o Northern California Advanced Surgery Center LP. Autorizo a todo portador de información médica sobre mí a que comparta con el pagador y sus agentes toda información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos a servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se hagan pagos y autoriza que se comparta información médica necesaria para pagar el reclamo. Si se indica otra cobertura de salud médica, mi firma autoriza que se comparta la información con la aseguradora o la agencia que se muestran. En casos asignados, el médico o Vitreo-Retinal Medical Group, Inc. o Northern California Advanced Surgery Center LP acuerdan aceptar la

determinación del cargo del pagador como el cargo completo y el paciente es responsable solo del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible están basados en la determinación del cargo del pagador.

Pacientes con seguro: firmamos contratos con muchos, pero no todos, los planes de seguros. Verifique con su aseguradora si estamos contratados con su plan de seguro. Si recibe tratamiento de un médico que no está contratado por su seguro o se considera fuera de red, el seguro puede pagar a una tasa más baja o no pagar. El saldo restante será su responsabilidad. Usted entiende que es responsable de todo monto pendiente como resultado de dar información falsa o incorrecta sobre el seguro. Su compañía aseguradora indica que debemos cobrar copagos al momento de su visita a menos que se haya inscrito en nuestro Programa de Cobro de Pagos Automático (Auto Payment Collect Program).

Pacientes con pago privado: si no tiene aseguranza, esté preparado para pagar su visita al momento del servicio. Si lo derivan por una emergencia y no podrá pagar su visita, hable con nuestra Oficina de Facturación (Billing Office) al momento de su cita. Si recibe cobertura de MediCal con cobertura retroactiva, usted es responsable de notificar a la Oficina de Facturación todo servicio no cubierto. Reembolsaremos todo monto que haya pagado previamente cuando recibamos el pago de MediCal.

Depósitos y saldos a favor: los depósitos pagados se aplicarán a la fecha de servicios más reciente. Los pagos se aplicarán a la fecha de servicio más antigua. Los créditos se aplican a todo saldo pendiente. Si usted está en un plan de tratamiento activo, se pueden aplicar créditos a saldos futuros pendientes de pago. Todo saldo a favor restante después de que su plan de tratamiento esté completo se le reembolsará. Los saldos a favor en su cuenta también se pueden aplicar a saldos pendientes en nuestro centro de cirugías, el Northern California Advanced Surgery Center y viceversa.

Programa de Cobro de Pagos Automático: los alentamos a inscribirse a nuestro Programa de Cobro de Pagos Automático para cubrir su saldo de paciente. Inscribirse en este programa registra su tarjeta de crédito y no cobraremos fondos no relacionados con medicamentos al momento del servicio. Haremos los cargos a su tarjeta de crédito luego de que la compañía aseguradora haya procesado su reclamo y determinado su parte como paciente.

Verificación de solvencia: podemos hacer una verificación de solvencia como parte de nuestro proceso de cobro.

Cuentas vencidas: si su cuenta vence o no puede hacer ningún acuerdo de plan de pago, comuníquese con nuestra Oficina de Facturación para hablar. Si su cuenta se envía a cobros, agregaremos 30 % de su saldo pendiente para cubrir la tarifa de cobro a menos que su aseguradora lo prohíba.

He leído y entiendo las políticas antes mencionadas:

Firma del paciente responsable

Fecha

Imprenta Nombre del paciente responsable

Nombre del testigo si no es la parte responsable