

**DIGESTIVE DISEASE CONSULTANT**

DAVID H. LEBIODA, M.D.

BARRY R. KATZ, M.D

RICHARD J. STRAKER, M.D.

HARRY H. SHEPHARD, M.D

RAAJ K. POPLI, M.D.

SANJAY K. REDDY, M.D

DEBITA T. BADRI, A.R.N.P.

**INFORMACION DEL PACIENTE**

NOMBRE DEL PACIENTE ( APELLIDO,NOMBRE,INI.)			DOCTOR DE CABEZERA
DIRECCION DEL PACIENTE (# DE CALLE)			
(CIUDAD,ESTADO Y ZIP CODE)			
# DE TELEFONO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	ESTADO CIVIL	OCUPACION	# DE TELEFONO DEL TRABAJO—EXTENSION
NOMBRE DE COMPANIA DE TRABAJO			DIRECCION DEL TRABAJO
NOMBRE DEL FAMILIAR MAS CERCANO NO VIVA CON USTED			#DE TELEFONO
NOMBRE DE AMIGO MAS CERCANO NO VIVA CON USTED			# DE TELEFONO

NOMBRE ESPOSO/ESPOSA	# DE SEGURO SOCIAL
COMPANIA DE TRABAJO ESPOSA/ESPOSO	FECHAD DE NACIMIENTO
# DE TELEFONO DE COMPANIA DE TRABAJO	OCUPACION DEL ESPOSO/ESPOSA

<b>INFORMACION DE SEGURO MEDICO</b>	
SEGURO PRIMARIO	
# DE IDENTIFICACION SEGURO PRIMARIO	NUMERO DE GRUPO
DIRECCION DE COMPANIA SEGURO MEDICO Y # DE TELEFONO	
SEGURO SECUNDARIO	
PERSONA QUEN DESEA QUE SE CONTACTE EN CASO DE EMERGENCIA	NUMERO DE TELEFONO
METODO DE PAGO <input type="checkbox"/> EFECTIVO <input type="checkbox"/> CHECKE <input type="checkbox"/> TARJETA DE CREDITO	

**AUTORIZACION PARA CONTACTO DE INFORMACION:** CON MI FIRMA YO AUTORIZO CONTACTAR A LOS NOMBRES MENCIONADOS ARRIBA PARA INFORMAR A LA COMPANIA DE SEGURO EN REFERENCIA AL TRATAMIENTO NECESITADO POR EL PACIENTE.

**AUTORIZACION DE PAGO:** CON MI FIRMA YO AUTORIZO QUE PAGO SE HAGA DIRECTEMANTE A ESTA COMPANIA PROVIENDO SERVICIOS MEDICOS.

YO ENTIENDO Y APRUEBO ( SIN IMPORTAR MI ESTATUS DE SEGURO MEDICO), YO SOY ULTIMAMENTE RESPONSABLE POR EL BALANCE DE MI CUENTA Y POR CUALQUIER SERVICIO PROFESIONAL QUE SE ME OFRECE. ESTOY INFORMADO DE TODO INFORMACION NECESARIA Y E RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS. CERTIFICO QUE TODA INFORMACION PROVEIDA ES CIERTA Y VERDADERA. EN CASO DE CUALQUIER CAMBIO YO PROVEERE INFORMACION NECESARIA.

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

## ARREGLO FINANCIERO Y DE SEGURO MEDICO

NOSOTROS ESTAMOS COMPROMETIDOS A PROVEER LA MEJOR ASISTENCIA MEDICA POSIBLE. SI TIENES SEGURO MEDICO ESTAMOS ANSIOSO EN AYUDAR A QUE RECIBAS TUS BENEFICIOS AL MAXIMO. PARA LOGRAR ESTA META, NECESITAMOS SU ASISTENCIA EN ENTENDER TU POLICIA THE PAGO.

PAGO ES ESPERADO AL MOMENTO QUE LOS SERVICIOS SON RENDIDOS A MENOS QUE SE HAYAN HECHO ARREGLOS DE PAGOS CON ANTICIPACION. ( PACIENTES CON MEDICARE SON RESPONSABLES POR 20% DE SU TOTAL MAS SU DEDUCIBLE. PACIENTES CON PLANES DE SEGURO SON REESPONSABLES POR SU CO-PAMENT, SU DEDUCIBLE Y CUALQUIER OTRO SERVICIO QUE SU PLAN NO CUBRA) ACEPTAMOS EFECTIVO, CHECKES, MASTERCARD O VISA. CON MUCHO GUSTO LE ENVIAREMOS SU COBRO A SU SEGURO PARA SU REEMBOLSO. EN OCASIONES ESPECIALES SEGUIREMOS LAS INSTRUCCIONES QUE SU COMPANIA DE SEGURO DICTE.

POR FAVODR NOTIFIQUE CON 24 HORAS DE ANTICIPACION SI NO PUEDE MANTENER UNA CITA. PUEDE QUE SE LE COBRE UNA MULTA DE \$25 DOLARES SI NO CANCELA EN 24 HORAS.

CHECKED DEVUELTOS SERAN COBRADOS CON UN CARGO ADICINAL DE \$45 DOLARES.

A PARTE DE LO MENCIONADO POR FAVOR REALIZE QUE;

- 1- SEGURO MEDICOS ES UN CONTRATO ENTRE TAL COMPANIA Y USTED COMO PACIENTE. NOSOTROS NO SOMOS CONTRATADOS CON ELLOS.
- 2- NUESTROS CARGOS SON CONSIDERADOS RAZONABLES POR OTRAS COMPANIAS OFRECIENDO LOS MISMOS, POR ELLO LAS COPANIAS DE SEGURO CASI SIEMPRE CUMBRE LAS CUOTAS AL MAXIMO. ESTO ES SOLO APLICABLE CON COMPANIAS QUE COBRAN UN PORCENTAGE (COMO 50%, 80%).
- 3- NO TODOS LOS SERVICIOS NO SON CUBIERTOS POR CADA RESPECTIVO PLAN MEDICO, DESAFORTUNADAMENTE ALGUNOS SON DENEGADOS DEPEDIENDO A CADA CONTRATO.

DEBEMOS TAMBIEN DESCRIBIR QUE COMO PERSONAL MEDICO NUESTRA RELACION ES CON USTED COMO PACIENTE NO CON SU COMPANIA DE SEGURO MEDICO. NOSOTROS COMO CORTESIA LE EVIAREMOS EL COBRO A SU COMPANIA DE SEGURO PERO CUALQUIER TIPO DE BALANCE APARTE DE ESTE ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE EMPEZANDO POR LA FECHAS DE SERVIVIO. ENTENDEMOS QUE DE VEZ EN CUANDO PROBLEMAS FINANCIEROS PUEDEN SURGIR Y LES RECOMENDAMOS QUE TAN PRONTO ESTOS OCURRAN SE COMUNIQUE CON NOSOTROS PARA PODER ESTABLECER UN TIPO DE ARREGLO.

POR FAVOR CUALQUIER CLASE DE PREGUNTA QUE TENGA EN REFERENCIA A SU CUENTA DE BALANCE MEDICA O SEGURO MEDICO ESTAREMOS MAS QUE INTERESADOS EN RESPONDER, ESTAMOS A SU SERVIO.