



Fecha: _____

Información de paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ media inicial: _____ Sexo: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ Home teléfono: () _____ - _____
Dirección: _____ Apto. # _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Nombre del contacto de emergencia y Número de teléfono: _____

Información parental (paciente menor de 18)

Madre

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ # Social: ____ / ____ / ____
Email: _____
Casa de teléfono: () _____ - _____ Trabajo: () _____ - _____
Cellular: () _____ - _____ Otro: () _____ - _____
Estado civil:
___ Soltera ___ Casada ___ Separada ___ Viuda _____
Dirección de origen: (Si diferentes desde del paciente):
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____
Empleador: _____
Dirección del empleador: _____
Empleador teléfono: _____

Padre

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ # Social: ____ / ____ / ____
Email: _____
Casa de teléfono: () _____ - _____ Trabajo: () _____ - _____
Cellular: () _____ - _____ Otro: () _____ - _____
Estado civil:
___ Soltero ___ Casado ___ Separado ___ Viudo _____
Dirección de origen: (Si diferentes desde del paciente):
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____
Empleador: _____
Dirección del empleador: _____
Empleador teléfono: _____

Información de seguro

Seguro principal

Compañía: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Póliza#: _____ Grupo #: _____
Asegurado: _____

Seguro secundario

Compañía: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Póliza #: _____ Grupo #: _____
Asegurado: _____

Avicenna Medical Center

Póliza Financiera–Lea Cuidadosamente

- Copago, deducible o coaseguro es debido al tiempo de servicio. Aceptamos Efectivo, MasterCard o Visa.
- Los saldos que se aplican a su deducible debe ser pagado en su totalidad antes de la próxima visita al consultorio.
- **No Aceptamos Cheques.**
- ***2 días de previo aviso se requieren para cancelar citas.*** Cargos de cancelación de \$ 50.00 tras la segunda cancelación en la cual no se dieron dos días de previo aviso. Se aplicará una cuota de anulación de \$ 100.00 Tras la tercera cancelación que no cumpla con nuestros requisitos.
- Facturas de cuenta se envían cada mes. Cualquier saldo no cubierto por su seguro debe estar pagado en su totalidad antes de la próxima cita. Los saldos no remunerados durante 90 días pueden transformarse en colecciones y adicionales se evaluarán las tarifas.
- Si su saldo es alto, debido a cuestiones de dificultades financieras o deducibles de hospital, por favor de reunirse con la administradora de la oficina para establecer una opción de plan de pago.
- Para familias de paga privada, ofrecemos descuento por pago el día del servicio. Póngase en contacto con nuestra oficina. **Todos los saldos serán pagados en completo en el momento del servicio. Por favor, tenga en cuenta: NO aceptada controles de cheque**
- Un cargo de \$25.00 será cobrado al pedir copias del expediente del paciente.
- **Por favor Nota:** Abra una carga para llamadas después de horas. El cargo será \$ 20.00 **facturado directamente para el paciente.** Esta tarifa no está cubierta por ningún plan de seguro.

Nombre del paciente

fecha

Padre o guardián legal (por favor imprimir)

fecha

Padre o guardián legal (firma)

fecha

Avicenna Medical Center

CONSENTIMIENTO para tratar– Lea cuidadosamente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento : _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Por este medio autoricé la evaluación y el tratamiento por los médicos y personal asociado con Avicenna Medical Center. Entiendo y acepto que las firmas y fechas en este formulario no caducan sin aviso por escrito o en el caso de que un menor se convierta en la edad de 18 y que una fotocopia de esta forma se considera válida como el original.

Padre o guardián legal (por favor imprimir) / Relación

Padre o guardián legal (firma)

fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR EL PACIENTE (Paciente Menor de 18) – SIN PADRE PRESENTE

Por este medio autorizo _____ para
Nombre/relación

Traer a mi hijo a sus citas si yo no puedo asistir. Entiendo que consejo médico se transmitirá a esta persona en mi nombre.

Padre o guardián legal (por favor imprimir) / Relación

Padre o guardián legal (firma)

fecha

Avicenna Medical Center

Autorización del seguro

Información del seguro

- Como una cortesía a nuestros pacientes, nos hemos inscrito en muchos programas de aseguro. Sin embargo, no tomamos responsabilidad de servicios que no están cubiertos por su plan individual.
- No presentaremos las reclamaciones de servicios del paciente sin una tarjeta de seguro. Usted puede solicitar a su compañía de seguro por fax o proporcionarle la documentación del seguro de cobertura que incluye toda la información de facturación.
- Nosotros no seremos responsables por cualquier reclamo denegado debido a los plazos de presentación si el seguro de nuevo no se presenta en el momento del servicio.
- Antes de la designación de oficina, por favor, asegúrese de que usted tiene contacto con su compañía de seguros para agregar a su nuevo bebé o niño a la póliza de seguro. Si se deniega la solicitud, usted será responsable del pago.
- Se recomienda verificar que todos los pacientes (si no ya se sabe) para ver si somos un proveedor para su seguro.
- Por favor compruebe que laboratorio está contratado por su seguro.
- Nuestra clínica cuenta con una población adicional de estado por mandato, vacunas disponibles para su hijo de forma gratuita si usted cumple con los criterios de ser insuficientemente asegurado. Un cargo de \$ 5.00 por la administración de la vacuna se aplicará.

Autorización

Como cortesía, Avicenna Medical Center verificara el archivo seguro, pero la práctica no puede garantizar el pago. Entiendo que soy financieramente responsable por los servicios prestados cómo y cuando se incurre en gastos. Yo autorizo Avicenna Medical Center y / o la prestación de los médicos para liberar toda la información médica requerida por mi compañía de seguros para presentar las solicitudes de servicios medicos. Yo autorizo el pago de todos los beneficios aplicables directamente a Avicenna Medical Center. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia debe ser considerada tan válida como la original. Consentimiento para divulgar la información adquirida en el curso del examen y / o tratamiento en cuanto al tratamiento, pago de servicios y la operación se entiende y se me explicó en el anuncio publicado de prácticas de privacidad.

Padre / Guardián (letra de molde) / Relación

Firma

Fecha

Noticiero de Prácticas de Privacidad

Aviso de prácticas de privacidad. Se excluyen las divulgaciones que le hayamos hecho a usted si usted nos autorizó a hacer la divulgación, por un directorio de la institución, a los miembros de la familia o amigos involucrados en su cuidado, o para efectos de notificación, para la seguridad nacional o inteligencia, para hacer cumplir la ley (como se prevé en la norma de confidencialidad) o en establecimientos penitenciarios, como parte de un conjunto limitado de datos de información. Usted tiene el derecho a recibir información específica acerca de estas revelaciones que se producen después de abril de 14,2003. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.

Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de este aviso, previa solicitud, incluso si se han acordado aceptar este aviso electrónicamente.

3. Quejas

Usted puede quejarse con nosotros o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando nuestro Oficial de Privacidad de su queja. Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Usted puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad, Irene González al (512) 260-0101 o manager@amcemail.com para obtener más información sobre el proceso de queja.

Este aviso fue publicado y se convierte a partir de Abril 21,2008. Si usted desea tener una copia de este documento para su registro, por favor pregunte al personal de recepción para imprimir una copia. Usted también puede bajar una versión PDF de este documento en nuestro sitio web: www.Avicennamedicalcenter.com

Por la presente acuso recibo de la “Avicenna Medical Center Notice of Privacy Practices, Version I” y de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en este documento:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Padre, madre o tutor legal (letra de molde)

Fecha

Padre, madre o tutor legal (Firma)

Fecha