



PETER CASTILLO MD, FACOG

MY SPECIALTY, YOUR SOLUTION

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Fecha ____/____/____ Teléfono residencial _____

Nombre _____ Number _____

Dirección _____

Edad _____ D.O.B. ____/____/____ Soltero Casado Viudo Separado Divorciado

Correo electrónico _____

Empleador _____

¿A quién podemos agradecer por referirle?

En caso de emergencia, ¿quién debe ser notificado? _____

SEGURO PRIMARIO

Suscriptor (si no es el paciente) _____

Dirección (si es diferente del paciente) _____

Teléfono _____

____/____/____

Compañía de Seguros _____

ID de suscriptor/miembro # _____

¿El paciente está cubierto por un seguro adicional? No Sí En caso afirmativo, vea al revés.

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

ACUERDO ECONÓMICO, CESIÓN DE PRESTACIONES Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO:

Por la presente, autorizo al médico mencionado anteriormente a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento a la compañía de seguros nombrada con el fin de obtener información. También autorizo la divulgación de información a mi empleador si se trata de un problema relacionado con el trabajo. Autorizo el pago directamente al médico mencionado anteriormente de cualquier beneficio médico que de otro modo me sea pagadero por sus servicios descritos, pero que no exceda el cargo predeterminado y habitual por estos servicios. Se entiende que cualquier dinero recibido de la compañía de seguros más allá de cualquier endeudamiento me será reembolsado cuando mi factura se pague en su totalidad. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por esta autorización. Además, acepto pagar todos los cargos financieros, los costos de cobro (40%), los honorarios de abogados y cualquier otro costo en el que se pueda incurrir para hacer cumplir el cobro de cualquier cantidad.

Autorizo al médico mencionado anteriormente a realizar los procedimientos de diagnóstico y / o terapéuticos que se consideren necesarios para evaluar y / o tratar mi(s) enfermedad(es) médica(s) actual(es). Hago esta autorización con el conocimiento de que el médico mencionado anteriormente describirá verbalmente la naturaleza de dichos procedimientos en terminología laica, incluidas las posibles complicaciones y efectos secundarios y obtendrá el consentimiento verbal y / o escrito antes de los procedimientos. Me reservo el derecho de rechazar cualquier procedimiento, ya sea diagnóstico o terapéutico, después de haber sido informado de su naturaleza, aplicaciones y efectos secundarios.

ENTIENDO QUE LA FALTA DE PAGO DE MI COPAGO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO RESULTARÁ EN UNA TARIFA ADMINISTRATIVA ADICIONAL.

 Relación de firma con la fecha del paciente

SEGURO ADICIONAL

Suscriptor (si no es el paciente) _____

Dirección (si es diferente del paciente) _____

Teléfono _____
 ____/____/____

Compañía de Seguros _____

ID de suscriptor/miembro # _____

PROVEEDORES ACTUALES

Nombre

Ciudad

Número de teléfono

Proveedor de referencia:

Médico de Atención Primaria:

OB/GYN:

Urólogo:

Fisioterapeuta:

G.I.:



PETER CASTILLO MD, FACOG

MY SPECIALTY, YOUR SOLUTION

PRIVACY POLICY

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de privacidad" para ayudar a garantizar que la información personal de atención médica esté protegida para la privacidad. La regla de privacidad también se creó para proporcionar un estándar para que ciertos proveedores de atención médica obtengan el consentimiento de su paciente para el uso y la divulgación de información de salud sobre el paciente para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Como nuestro paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo posible para asegurar y proteger esa privacidad. Nos esforzamos por tomar siempre precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado y necesario, proporcionamos la información mínima necesaria solo a aquellos que creemos que necesitan su información de atención médica e información sobre tratamiento, pago u operaciones de atención médica, con el fin de proporcionar atención médica que sea lo mejor para usted.

También queremos que sepa que podemos tener relaciones de tratamiento indirecto con usted (su ch como laboratorios, radiología y patología) que solo interactúan con médicos y no con pacientes y es posible que tengamos que divulgar información de salud personal para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. En la mayoría de los casos, estas entidades no requieren el consentimiento del paciente.

Puede negarse a dar su consentimiento para el uso de la divulgación de su información personal de salud (PHI), pero esto debe ser por escrito. Bajo la ley vigente a partir del 14 de abril de 2003, tenemos el derecho de negarnos a tratarlo en caso de que usted decida rechazar la divulgación de su (PHI). Si decide dar su consentimiento en este documento, en algún momento futuro puede solicitar rechazar todo o parte de su (PHI). No puede revocar acciones que ya se hayan tomado que se basaron en este o en un consentimiento previamente firmado.

Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro oficial de cumplimiento de HIPAA.

Tiene derecho a revisar nuestro aviso de privacidad, a solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito después de haber revisado nuestra política de compatibilidad.

Nombre de impresión: _____

(Si el paciente es menor de 18 años de edad, un padre o tutor debe firmar).

(Esta póliza expira diez años a partir de la fecha original firmada).

.....
.....

CONSENT FORM

Nombre del paciente : _____ DOB: _____

Autorizo a la siguiente persona a representarme en la oficina de Peter A. Castillo, MD, si no puedo autorizar personalmente los servicios médicos para mí. Esta autorización es válida hasta que se retire por escrito.

Nombre (que no sea la persona que aparece en este formulario) :
Teléfono :

Relación con el paciente :

Autorización para los resultados de las pruebas (al marcar la casilla nos autoriza a dejar un mensaje):

Normal anormal

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teléfono residencial |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teléfono de trabajo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teléfono celular |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Otro contacto (nombre, relación, número de teléfono)



PETER CASTILLO MD, FACOG
MY SPECIALTY, YOUR SOLUTION

FINANCIAL POLICY AGREEMENT

Por favor, inicial todo:

Fecha: _____

- _____ **Saldos de la cuenta:** Pagos totales o parciales adeudados en el check-in para todos los pacientes accounts.
- _____ **Cargo por cheque devuelto/devuelto:** Todos los cheques devueltos incurrirán en un cargo administrativo de **\$25.00** facturado a la cuenta del paciente.
- _____ **Política de Cancelación y No Presentación:** Si es necesario cancelar su cita programada, le solicitamos que llame con un (1) día hábil de anticipación. Una falta de cancelación o presentación en el momento de una cita programada se registrará en su tabla como un "no-show" y se facturará una tarifa administrativa de **\$ 50.00** a su cuenta. Los pacientes con 3 "no-shows" pueden ser despedidos de la práctica.
- _____ **Política de cobros:** Todos los saldos pendientes de las cuentas de los pacientes se enviarán a una agencia de cobros de terceros para los pagos no recibidos dentro de los 90 días posteriores a los servicios realizados y facturados. Además, el paciente acepta pagar todos los cargos financieros, los costos de cobro (40%), los honorarios de abogados y cualquier otro costo en el que se pueda incurrir para hacer cumplir el cobro de cualquier cantidad.
- _____ **Copagos / Coseguro:** Se debe pagar en el momento de los servicios prestados; se aprecia la cantidad exacta de efectivo, ya que la oficina lleva un mínimo de efectivo para change. Se aceptan cheques y tarjetas de crédito (Visa, MasterCard y American Express).
- _____ **Cargos financieros:** Todos los saldos pendientes de las cuentas de los pacientes se evaluarán con un cargo financiero del 2% por los pagos no recibidos dentro de los 60 días posteriores a los servicios prestados y registrados. Se aplicará un cargo financiero adicional del 2% cada 30 días que no se reciba el pago completo.
- _____ **Seguro:** Su póliza de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros; el médico no está involucrado en este contrato. Usted es contractualmente responsable de su copago, coseguro o cualquier saldo no pagado en el momento del servicio.
- _____ **Sin seguro:** Los clientes que son autopagados son responsables de todo el saldo en el momento del servicio.
- _____ **Planes de pago:** Cualquier paciente con un saldo de cuenta superior a \$100 puede establecer un plan de pago con nuestra oficina. Como mínimo, el 10% del saldo total debe cobrarse al mes.

_____ **Métodos de pago:** La oficina de Peter A. Castillo, MD, ofrece varios métodos de pago para ayudar a acomodar el estado financiero de un paciente. Los pacientes pueden elegir:

- Proporcione una tarjeta de crédito para que el personal la mantenga en el archivo. Cualquier saldo de la cuenta se cargará a la tarjeta registrada mensualmente;
- Recibir estados de cuenta mensuales por correo y pagar el saldo total con prontitud;
- Establezca un plan de pago con nuestra oficina. Una vez establecido, el paciente se compromete a adherirse al método de pago elegido hasta que el saldo se pague en su totalidad;
- Establezca una cuenta con one de nuestros proveedores de financiamiento para pacientes (solicite a uno de los miembros de nuestro personal información adicional sobre las opciones de financiamiento para pacientes).

FINANCIAL POLICY CONSENT

Seleccione el método de pago de cuenta preferido (ELIJA UNO):

***En un esfuerzo por hacer que nuestro proceso de facturación sea más fácil, rápido y eficiente, la oficina de Peter A. Castillo, MD, ha implementado una política para recopilar información de tarjetas de crédito en el momento de su visita. La información de su tarjeta se mantendrá de forma segura hasta que sus seguros hayan pagado la parte y notificado a nuestra oficina el monto de su parte. En ese momento, cualquier saldo adeudado por usted se cargará a la tarjeta de crédito registrada. Esto será una ventaja para usted, ya que ya no necesitará enviar un cheque por correo, y será una ventaja para nuestra oficina, ya que reducirá en gran medida los costos de facturación.*

Este método de pago no se aplica a los pacientes que son pacientes de autopago. Los copagos aún vencen en el momento del servicio. Si tiene más preguntas, póngase en contacto con nuestro personal de la oficina.

Autorizo a la oficina de Peter A. Castillo, MD, a cargar en mi tarjeta de crédito los saldos restantes de la cuenta después de que mi póliza de seguro haya pagado. No se proporcionará ninguna declaración. El Instituto de Salud Pélvica de la Mujer enviará un recibo detallado dentro de los 5 días hábiles de la transacción. Si el cargo no es aceptado por la compañía de la tarjeta de crédito, se enviará un estado de cuenta mensual como se describe a continuación y esta selección se anulará hasta que se reciba la información válida de la tarjeta de crédito.

Visa, MasterCard, American Express (**Please circle one**)

Número de tarjeta: _____ Exp. Fecha: _____ Código CVV: _____

Nombre del titular _____
de la tarjeta: _____

Firma del titular de la tarjeta: _____

Prefiero recibir un estado de cuenta mensual por correo, y acepto pagar el saldo en su totalidad con prontitud.

Tengo una Cuenta de Ahorros para la Salud (HAS, por sus siglas en inglés) que debería pagar automáticamente el saldo de mi cuenta. Entiendo que al seleccionar esta opción se me facturará de inmediato y pagaré rápidamente mi saldo no pagado por mi cuenta HSA.

He leído y acepto la Política Financiera para la oficina de Peter A. Castillo, MD.

Nombre del paciente impreso: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____