

Paramount Surgery Center, LLC
1003 Dupont Square North Ste 9A, Louisville, KY. 40207
Phone:(502)893-7744 Fax:(502)893-7741 www.gastrodocky.com

Anand(Andy) Gupta, MD, FACG
Board-certified Gastroenterologist
Fellow of American College of Gastroenterology

NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento ____ - ____ - ____

DIRECCION: _____ METROPOLIS _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO DE CASA () _____ - _____ TELEFONO DE TRABAJO () _____ - _____ ESTADO CIVIL: M S W D

TELEFONO MOVIL () _____ - _____ EMAIL _____ SEXO M F OTHER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ EMPLEADOR _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADO _____

NOMBRE DEL CÓNYUGE (SI ESTA CASADO) _____

NOMBRES DE LOS PADRES (SI EL PACIENTE ES MENOR) _____ EL NIÑO VIVE CON _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

MÉDICO DE REFERENCIA O FAMILIAR _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

NOMBRE DE LA FARMACIA _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

COMPAÑÍA PRINCIPAL DE SEGURO _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____

TITULAR DE LA PÓLIZA _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ Fecha de nacimiento _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE _____ ID DE LA PÓLIZA _____ DE GRUPO _____

COMPAÑÍA SECUNDARIA DE SEGUROS _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____

TITULAR DE LA PÓLIZA _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ Fecha de nacimiento _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE _____ DE IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA _____ DE GRUPO _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO QUE MIS BENEFICIOS DE SEGURO SE PAGUEN DIRECTAMENTE A ESTA PRÁCTICA. RECONOZCO QUE SOY RESPONSABLE DEL PAGO DE SERVICIOS NO CUBIERTOS, INCLUYENDO PROBLEMAS DE RECLAMACIONES RESULTANTES DE OMISIONES O ERRORES EN ESTE FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE. TAMBIÉN AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA PERTINENTE A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS MENCIONADAS ANTERIORMENTE PARA AYUDAR EN EL PAGO DE LA RECLAMACIÓN. SOY CONSCIENTE DE QUE SE ME COBRARÁ UNA TARIFA DE \$25 POR LAS VISITAS AL CONSULTORIO PERDIDAS Y \$200 POR LAS CITAS DE PROCEDIMIENTOS PERDIDAS A MENOS QUE LE AVISO A LA OFICINA CON 24 HORAS DE AVISO. ENTIENDO MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE PACIENTE Y SOY CONSCIENTE DE QUE PUEDO SOLICITAR UNA COPIA DE LA POLÍTICA HIPAA EN CUALQUIER MOMENTO.

FIRMA _____ FECHA _____

Paramount Surgery Center, LLC
1003 North Dupont Square #9A • Louisville, KY 40207
(502) 893-7744

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Para reducir la confusión y los malentendidos entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado las siguientes políticas financieras. Si tiene preguntas sobre la política, solicite hablar con nuestro gerente de relaciones con los pacientes. Estamos dedicados a brindarle la mejor atención y servicios posibles y consideramos que su comprensión de nuestra política financiera es un elemento de su atención y tratamiento.

POR FAVOR INICIALES EN CADA LÍNEA

- ____ • El pago de todos los servicios proporcionados por nuestra práctica vence en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios. Las exclusiones a esta política son aquellos pacientes que son miembros de una organización de atención médica con la que tenemos un acuerdo de participación. Facturaremos a sus planes de seguro primario con los que tenemos un acuerdo y solo le pediremos que pague el copago, el coseguro, el deducible o los servicios no cubiertos autorizados en el momento del servicio.
- ____ • Siempre que se realice un procedimiento o una cirugía en el hospital, es importante verificar si el centro también participa con su compañía de seguros. Es responsabilidad del paciente tomar esta determinación.
- ____ • Si es miembro de una organización de atención médica con la que nuestra práctica no tiene un acuerdo de participación, prepararemos y presentaremos un reclamo por usted. Esto significa que su aseguradora le enviará el pago directamente a usted y los cargos por su atención vencerán en el momento en que se presten los servicios.
- ____ • Los pacientes de Medicare son responsables de sus copagos y de cualquier artículo que Medicare considere médicamente innecesario. En caso de que su plan de salud determine que los servicios "no están cubiertos", usted será responsable de los cargos completos.
- ____ • Si no puede pagar la visita en el momento del servicio, llame a nuestra oficina antes de la cita para programar un plan de pago.
- ____ • Los pacientes recibirán un estado de cuenta mensual que detalla los servicios prestados y cualquier saldo pendiente de pago del paciente. Agregaremos un cargo financiero del 1.5 % (tarifa anual del 18 %) a cualquier saldo pendiente del paciente cada mes facturado.
- ____ • Para todos los servicios prestados a pacientes menores de edad, buscaremos el pago del adulto que acompaña al paciente y el padre o tutor con la custodia.
- ____ • Aceptamos efectivo, cheques personales, giros postales, cheques de viajero, MasterCard, Visa y Discover.
- ____ • Se cobrará una tarifa NSF de \$25.00 a la cuenta por cada cheque devuelto a nuestra práctica por fondos insuficientes.
- ____ • Cualquier tarifa de cobro será responsabilidad del paciente.
- ____ • Los reembolsos se emitirán al paciente mensualmente. Los reembolsos se emitirán en forma de cheque a aquellas cuentas pagadas con efectivo o cheque (después de que el cheque haya sido compensado por el banco). Todos los pagos realizados con tarjeta de crédito se reembolsarán directamente a la tarjeta de crédito del paciente.
- ____ • Nos reservamos el derecho de entregar a cualquier paciente a cobros si se considera que la cuenta ha estado en incumplimiento de las obligaciones de pago o cumplimiento de esta política. Se entiende y acuerda que recuperaremos todos los costos y gastos, incluidos los honorarios de abogados y tribunales incurridos en el cobro de dichos montos atrasados.
- ____ • Habrá un cargo de \$10.00 por completar cada formulario que el paciente nos solicite completar.

Yo, _____ entiendo y estoy de acuerdo con las disposiciones de esta política financiera del paciente.

Firma _____ Fecha _____