

FAMILY HEALTH ASSOCIATES
Información del Paciente (Patient Information annual)

Fecha _____

Nombre _____ Fecha Nacimiento _____
Apellido Primer nombre Inicial media

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Dirección de Envío _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Estado civil: Solo Casado Divorciado Viudos Correo Electrónico: _____

Teléfono de casa # _____ Teléfono celular # _____ Teléfono del trabajo # _____

Cuál es tu teléfono preferido? Inicio / Cell / Trabajo Contacto preferido? Voz / Correo electrónico / texto / Ninguno

Empleados por _____

En caso de emergencia, quién debe ser notificado _____ Relación _____ Teléfono # _____

Segunda Persona de contacto _____ Relación _____ Teléfono # _____

Quién es el responsable de esta cuenta? _____ Relación al paciente _____

Dirección de correo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa # _____ Teléfono celular # _____ Teléfono del trabajo # _____

Seguro social # _____ Fecha de nacimiento _____ Macho Hembra Empleados por _____

Nombre de la aseguradora primaria _____ Empleador: _____

Nombre del Suscriptor _____ Seguro _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la compañía de seguros secundario _____ Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento _____

¿Usted tiene Medicare? Sí No Medicare # _____ Proveedor de Medicare Parte D _____

Nombre de la farmacia preferida _____ Ciudad: _____

FAMILY HEALTH ASSOCIATES
Informacion del Paciente (Patient Information)

Nombre _____ **Fecha Nacimiento** _____
Apellido Primer nombre Inicial media

Autorización para el tratamiento (Authorization for treatment)

Al firmar a continuación estoy solicitando Praxis Medical Group dba: Family Health Associates para proporcionar atención de salud relacionados tratamiento y consulta para el paciente llamado anteriormente y que pueden negarse a recibir tratamiento o servicios en cualquier momento. Entiendo Praxis Medical Group dba: Family Health Associates no garantiza ningún resultado para cualquier servicio o tratamiento, ya sea expresa o implícita.

Firma _____ Fecha: _____ Relación al Paciente: _____

Asignacion y Autorizacion (Assignment, Release and Authorization)

Solicito Praxis Medical Group dba: Family Health que cobre a mi seguro y autorizar el pago de dicha facturación para ser pagado Praxis Medical Group dba: Family Health Associates. Entiendo que soy responsable por todos los cargos remunerados. Autorizo la publicación de información relevante para asegurar el pago de beneficios en todas las presentaciones de seguro a la aseguradora o agencia demostrado tener responsable solamente del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y los deducibles se basa en la determinación del cargo de la Asegurancia de Medicare.

Firma _____ Fecha: _____ Relación al Paciente: _____

HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos Entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita de como Family Health Associates manejara mi información de salud. Esta descripción escrita es conocido como un **Aviso de Practicas de Privacidad** y describe los usos y de información de salud y la información a las practicas seguidas por los empleados funcionarios y demás personal de la Oficina de Salud de la familia, asociados y mi derecho sobre mi información de salud. Entiendo que el **Avis de Practicas de Privacidad** puede ser revisado de vez en cuando, y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier **Aviso de Prácticas de Privacidad** revisada. También entiendo que una copia o un resumen de la versión más actual de la clínica de la FHA **Aviso de Practicas de Privacidad** en efecto será publicado en la zona de recepción/espera.

Firma _____ Fecha: _____ Relación al Paciente: _____

Permisos (Estos permisos permanecen en efecto hasta que se cambie por el paciente o sus padres/tutor)
Doy mi permiso para hablar con FHA y dejar mensajes con respecto al tratamiento, la facturación y/o el estado de la cita (Nombre de cada persona y la relación con el paciente)

Firma _____ Fecha: _____ Relación al Paciente: _____

Póliza de pago en efectivo

Los pacientes sin seguro médico deberán pagar un depósito en el momento del servicio. Todas las visitas a la clínica requiere un mínimo de depósito de \$168.00 Los montos finales adeudados se basan en la duración y la complejidad del servicio (s) prestado y no se puede garantizar antes de su cita. Se facturara a los pacientes los saldos restantes después de que se hayan aplicado los descuentos y los depósitos de pago en efectivo correspondiente, La oficina puede proporcionar estimaciones de costos de pago en efectivo para visitas al consultorio y procedimientos al momento, los laboratorios enviados se facturaran por separado y no se aplican a esta póliza.

_____ (Iniciales por favor) Reconozco que he revisado y entiendo la póliza de pago en efectivo.

Acuerdo Financiero

Aseguranza: Family Health Associates participa con Medicare, Medicaid y otras A seguranzas comerciales y hacen un acuerdo de cortesía el hacer reclamos ante tu seguro (s) Si bien Praxis puede tener un acuerdo con su plan de seguro, es su responsabilidad verificar si su póliza especificar está en la red antes de programar una cita con nuestros proveedores. Si no lo hace, puede pagar un mayor gasto del bolsillo por su visita. También es su responsabilidad coordinar y comprender su cobertura y beneficios. Aunque nuestra oficina puede proporcionarle un costo estimado para nuestros servicios, es la compañía de seguros la que toma la determinación final de cobertura de elegibilidad y el saldo total pagadero de usted. Nuestra oficina intentara cobrar los copagos y deducibles en el momento de su cita. Los saldos vencerán y serán pagaderos dentro de los 30 días posteriores a la determinación de su responsabilidad por parte de su plan de seguro.

Responsabilidad: Si el motivo de su visita es relacionada con una lesión relacionada con el trabajo o accidente de automovilístico, usted es responsable de proporcionar a FHA con el número de registro, Fecha de la lesión, el nombre del seguro o compensación del trabajador, dirección de facturación o cualquier otra información necesaria para presente el reclamo si no proporciona esta información en el momento del servicio, puede ser responsable del saldo total de su visita nuestra clínica solo facturara a los pacientes la cobertura de protección (PPI) contra lesiones personales por accidentes automovilísticos no facturamos cobertura de terceros por culpa.

Programa de tarifas: FHA tarifas están sujetas a cambios basados en el programa de tarifas está sujeto a cambios según las unidades de valor relativo actual y lo que es habitual en nuestra área de servicios que se brindan de forma voluntaria y nuestros honorarios se le proporcionarán a usted si lo solicita. Tú eres responsable por pago independientemente de la determinación arbitraria de cualquier otra empresa de usos habituales y consuetudinarios. Nuestra Práctica no acepta la asignación de precios basados en referencias para aquellas compañías que no utilizan una red de seguros. Ofrecemos a nuestros pacientes un 20% al pagar todo su monto o efectivo a las personas que se les facture el saldo debido a cobertura no contratada o fuera del área cuando los servicios se prestan voluntariamente o servicios emergentes prestados por nuestros proveedores de forma involuntaria no recibirán una factura sorpresa en cumplimiento de acuerdo al Código ORS.743B.287.

Responsabilidad del Paciente: Cuando el saldo de una cuenta se convierte en su responsabilidad, el saldo vence al recibir el primer estado de cuenta con Praxis Health. Es su responsabilidad asegurarse de que Praxis y FHA tengan su información de contacto actual en el archivo para garantizar la pronta recepción de su pago y evitar saldos vencidos si alguna parte del saldo de la cuenta se vuelve delinciente, entonces el saldo de la cuenta puede ser enviado a una agencia externa para el cobro si necesita establecer un plan de pago, comuníquese con nuestro departamento de pagos o puede comunicarse por email a billing@adaugeohealthcare.com o a nuestro numero al departamento de cobros (877) 708-1119.

Cheques Devueltos: Una cuota será cobrada de \$35.00 dls por cualquier cheque devuelto debido a una suspensión de pago o fondos insuficientes.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entendido el formulario y póliza de Family Health Associates. Y acepto los cargos y responsabilidades de pago y cuotas atrasadas asociados con mi cuidado.

Firma: _____ **Fecha:** _____