

Cardiología Infantil del Área de la Bahía

Registro y Consentimiento

Nombre y Apellido del Niño : _____

Fecha de Nacimiento _____ (círcule) hombre o mujer

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: CA Código Postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono Alt _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre del padre: _____ Nombre de la madre: _____

Fecha de Nacimiento del Padre: _____ Fecha de nacimiento de la Madre: _____

Empleador del Padre: _____ Empleador de la Madre: _____

Dirección del Empleador: _____ Dirección del Empleador: _____

Teléfono del trabajo: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

De Seguro Social _____ #Seguro Social _____

Email: _____ Email: _____

POLÍTICA DE PAGO

Los balances se deben dentro de 45 días. Habrá un cargo de \$ 35.00 por cada cheque devuelto. CO-Los pagos son debidos al momento del servicio. Los pacientes con HMO y PPO de que contrato, se encargará de co-pago y los importes deducibles siempre que todos los pre-autorizaciones se han obtenido. Es responsabilidad del paciente para mantener y verificar la elegibilidad de todos los fondos del estado o de empresas privadas de seguros. HMO y PPO pacientes serán financieramente responsables de todos los cargos incurridos que no estén autorizados.

Un cargo \$200.00 dólares será cobrado por citas perdidas no hayan sido canceladas dentro (24) veinticuatro horas antes de la cita programada.

ENTENDIMIENTO, Y CESIÓN DE PRENSA:

He leído y entendido la política de pago. Yo autorizo el pago directo de beneficios médicos a Children's Cardiology of the Bay Area y autorizar la divulgación de cualquier información de cualquier entidad con el fin de procesar esta solicitud. Entiendo que esta asignación se mantendrá en vigor mientras el paciente permanece en esta práctica.

Un recargo de diez dólares (\$ 10.00) por mes se evaluarán los posibles balances superiores a 45 días.

Además de los recargos si la cuenta es enviada a una agencia de colección será una tarifa de procesamiento de evaluarse por separado los honorarios de la agencia de colección.

Entiendo que tengo que entregar una tarjeta de seguro vigente y válida con el fin de tener la compañía de seguros facturada. Entiendo que si no puedo presentar una tarjeta de seguro válido y actual, o si no puedo prestar una tarjeta válida de seguro de secundaria que se cobrará a la tarifa no contratadas para los servicios a pagarse en 45 días. Entiendo que seré responsable financieramente de todos y cada balance pendiente de pago superior a 45 días. Entiendo que cualquier controversia se resolverá de seguro entre la compañía de seguros y yo y cualquier balance no pagado será vencido y pagadero a Children's Cardiology of the Bay Area sobre el recibo. Las cuentas yo pago deben ser pagados al momento del servicio. Aviso a los consumidores: Los médicos están autorizados y regulados por la Junta Médica de California. (800) 633-2322 www.mbc.ca.gov

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Por favor(Escriba/Print) Nombre del Padre, Madre o Tutor:

Children's Cardiology of the Bay Area

Forma de pago: (requerida para el Registro)

Los balances se vencen dentro de 45 días. Children's Cardiology of the Bay Area enviaremos la factura a la compañía de seguros. Si usted debe un balance nuestro departamento de facturación le enviará un comunicado. Cuando reciba nuestra declaración nos puede enviar un cheque o llame a nuestra oficina de facturación y pida su balance pendiente con cargo a su tarjeta de crédito. Si usted no paga su balance pendiente dentro del plazo de 45 días nosotros automáticamente le cargaremos a su tarjeta de crédito para el balance adeudado.

Un recargo de diez dólares (\$ 10.00) por mes se evaluarán los posibles saldos superiores a 45 días. Una carga de \$200.00 dólares será cobrado por citas perdidas si no se cancela (24) veinticuatro horas antes de la cita programada.

Yo autorizo a Children's Cardiology of the Bay Area para procesar el pago con tarjeta de crédito por cualquier balance pendiente superior a 45 días. Las cuentas de Yo- pago deben ser pagados al momento del servicio.

Por favor, Círcule el tipo de tarjeta VISA o Mastercard (No aceptamos Discover o American Express)

Número de cuenta de tarjeta de crédito _____

Fecha de expiración _____

3 dígitos del código de seguridad en la parte posterior de la tarjeta: _____

Nombre en la Tarjeta de Crédito: _____

Código Postal de la dirección de facturación: _____

Firma: _____

Nombre del niño _____

Fecha: _____

En cumplimiento de la ley Estatal y Federal; Los médicos están obligados a comprobar identificaciones. Esté listo para presentar su licencia de conducir o tarjeta de identificación con foto junto con su tarjeta de seguro válido en el momento de registro de pacientes / check-in.

Consentimiento para el Tratamiento, Pago y Asuntos de Cuidar de Salud

Doy mi consentimiento para el uso o la divulgación de la información de mi niño protegido por la salud Children's Cardiology of the Bay Area con el propósito de diagnosticar o proveer tratamiento a mi hijo o de obtener el pago de las facturas del cuidado medico de mi hijo. Entiendo que el diagnóstico o tratamiento de mi hijo puede ser llevado a cabo sólo después de que este consentimiento es firmado.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar limitaciones en cuanto a cómo la información de la salud de mi hijo sea utilizada o divulgada. El médico no está obligado a aceptar las limitaciones que puedo pedir. Sin embargo, si el médico está de acuerdo con las limitaciones que puedo pedir, la restricción es obligatoria en Children's Cardiology of the Bay Area y el médico.

Tengo el derecho de cancelar este consentimiento por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que Children's Cardiology of the Bay Area o el médico ha tomado medidas basándose en el consentimiento.

La "información protegida de salud" de mi hijo, significa la información de salud, incluyendo información demográfica de mi hijo, obtenidos de mí y recibida por el médico del niño, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o un centro de atención de salud. También entiendo que tarjetas postales dirigidas a mí o a mi hijo pueden ser enviadas por correo como el seguimiento de recordatorios. También entiendo que puedo optar por recibir "Información Electronica de Salud Protegida" (ePHI) a través de una forma alternativa de comunicación por correo electrónico si doy una dirección de correo electrónico.

Entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad del médico antes de firmar este documento. El médico tiene el derecho de cambiar las prácticas de privacidad sin previo aviso. Yo puedo obtener una cuenta de revisión llamando a la oficina y solicitar que envíe una copia en el correo o pidiendo uno en el momento de mi siguiente cita.

Nombre del niño _____ Fecha _____

Firma del padre o tutor _____

Por favor Nombre del Padre, Madre o Tutor _____

Dirección de correo electrónico _____