

Doctor _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Paciente ID: _____ Sexo M F
Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Licencia de Manejar: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Seguro Social #: _____
Teléfono 1: _____ [Casa [Empleo [Otro Estado Marital: Casado [Soltero [Divorciado
Teléfono 2: _____ [Casa [Empleo [Otro Referido por el Doctor: _____
Doctor de Cabecera: _____

Información del Empleo del Paciente

Empleado Jubilado Desempleado Otro
Nombre del Empleador: _____
Telefono del Empleador: _____
Ocupación: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre	Relacion	Telefono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PARTE RESPONSABLE (si el paciente tiene menos de 18 años de edad) Empleador: _____

Nombre: _____ Teléfono de la Casa: _____
Dirección: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Seguro Social #: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SEGURO PRINCIPAL

Nombre de la Compania del Seguro: _____
ID #: _____
Póliza de Grupo #: _____
Nombre del Suscrito: _____
Teléfono del Suscrito: _____
Relación con el Paciente: _____
Empleador del Suscrito: _____
Seguro Social del Suscrito #: _____
Fecha de Nacimiento del Suscrito: _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la Compania del Seguro: _____
ID #: _____
Póliza de Grupo #: _____
Nombre del Suscrito: _____
Teléfono del Suscrito: _____
Relación con el Paciente: _____
Empleador del Suscrito: _____
Seguro Social del Suscrito #: _____
Fecha de Nacimiento del Suscrito: _____

LESION RELACIONADA CON EL EMPLEO

Solo se aplica si la lesion esta relacionada con el empleo o con un accidente de auto

Nombre de la Aseguradora: _____ Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono: _____
Número de Reclamo: _____ Fecha de la Lesión: _____
Empleador al Tiempo de Suceder la Lesión: _____

**AUTORIZACION DE LA ASEGURADORA Y ASIGNACION
(POR FAVOR LEA Y FIRME)**

Yo testifico que la informacion que he dado es correcta y verdadera en lo mejor de mis conocimientos. Por la presente asigno que los beneficios sean pagados directamente al doctor, y autorizo al doctor que entregue la informacion referente a mi enfermedad a mi aseguradora. Yo entiendo que soy responsable de cualquier cantidad que no sea pagada por mi aseguradora.

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN

DATE

REGLAMENTACIONES DE LA OFICINA Y ACUERDO FINANCIERO

Bienvenido a Medicina Deportiva-Oregon. Nos hemos comprometido a ofrecerle nuestros mejores servicios y también queremos que usted entienda nuestras reglamentaciones referentes a los honorarios profesionales, a su responsabilidad financiera, y a nuestras prácticas de facturas de cobro. Por favor no dude en pedir a los empleados de la oficina o a los empleados del departamento financiero que le clarifiquen cualquier duda que tenga. Se le va a dar a usted una copia de este acuerdo financiero firmado por usted para su expediente.

HONORARIOS PROFESIONALES

Nuestro plan de honorarios se basa en los estándares prevalecientes en la comunidad y de acuerdo con Medicare.

COMPENSACION DEL TRABAJADOR / ACCIDENTE DE VEHICULO MOTORIZADO

Los pacientes que sean tratados por un reclamo de Compensación del Trabajador o accidente de vehículo motorizado, tendrán la responsabilidad de pagar todos los servicios que sean negados. Su reclamo con la compañía aseguradora no garantiza el pago.

REFERENCIAS

El paciente o guardián legal (para los menores de edad) tiene la responsabilidad de obtener las referencias necesarias que pida el médico de cabecera para algún doctor especialista conforme se describe en el acuerdo con su compañía aseguradora. Aquí se podrían incluir Rayos X, procedimientos diagnósticos, terapia física, medicinas, procedimientos quirúrgicos y tratamiento hecho además de las consultas en la oficina.

ACUERDO FINANCIERO

Mucha gente cree que al usar su seguro de salud es la compañía de su seguro la que le debe pagar al doctor por los servicios. No es cierto. El contrato del seguro de salud se hace **entre usted y su compañía del seguro de salud**. Por tanto, usted es responsable de pagar todos los honorarios a pesar de cualquier cobertura de seguros de salud que tenga. Como una cortesía a nuestros pacientes, nosotros mandaremos para su pago las facturas de cobro a las compañías de seguros si los servicios ortopédicos están cubiertos. Si usted se encuentra usando su seguro de salud, usted nos debe entregar la información completa sobre su cobertura y una copia de la tarjeta de su compañía de seguro médico. Si usted pertenece a algún plan del manejo de la salud, **todos los copagos deben hacerse cuando reciba el servicio**. La mayoría de los planes de los seguros de salud no cubren el 100% del costo del tratamiento médico. Si su seguro de salud no paga los servicios cubiertos en un plazo de 60 días después de recibir los servicios, usted tendrá que hacer el pago total a esta oficina y ser reembolsado cuando pague su seguro de salud. Antes de una operación quirúrgica electiva, la Medicina Deportiva-Oregon le ofrecerá una estimación por los cargos médicos que usted "tenga que hacer", **se le pedirá un depósito y se le hará un programa de pago el día de su cirugía**.

Todos los servicios no cubiertos (por ejemplo, provisiones, o no ser elegibles en el día de los servicios) que no sean parte de los beneficios cubiertos de acuerdo con el contrato con su compañía de seguro de salud, los deberá usted pagar al tiempo que reciba su factura de cobro o hacer los pagos de acuerdo con un convenio que haya hecho con la oficina de finanzas. Usted recibirá una factura mensual mostrando el balance que deba.

Los pacientes que no tengan seguro de salud deberán pagar los honorarios en su totalidad cuando reciban el servicio, a no ser que haya hecho otros arreglos con la oficina de finanzas. Usted va a recibir una factura mensual mostrando el balance que deba. **Todos los cheques que sean devueltos a nuestra oficina por no tener suficientes fondos tendrán un recargo de \$30.00 para cubrir el gasto de procesamiento**.

Por favor firme y devuelva esta forma a la recepción.

Reconozco que financieramente tengo la responsabilidad de todos los recargos ya sea que estén cubiertos o no por mi seguro de salud. Si estoy usando los beneficios de mi seguro de salud, por la presente asigno mi seguro de salud a Medicina Deportiva-Oregon y autorizo a Medicina Deportiva-Oregon y a sus empleados para que entreguen a mi compañía de seguro de salud toda la información referente a mí mismo o a mi hijo menor que sea necesaria o requerida para someter un reclamo por los servicios ofrecidos por ellos. Yo entiendo y tengo acceso a cualquiera y toda información que se me ha dado. Estoy de acuerdo con las cláusulas de arriba y las condiciones y reconozco que he recibido de la oficina copia de estas reglamentaciones y acuerdo financiero.

Por Favor Escriba el Nombre con Letra de Molde

Fecha

Firme Aquí