

# Pioneer Family Practice

## Pautas y Acuerdo Financiero

(Por favor lea este documento completamente. Firme, escriba la fecha, y entréguele a la recepcionista)

1. Se requiere que el co-pago se haga en el momento de su registro.
2. Pacientes sin seguro médico necesitan cancelar \$50.00 por adelantado en cada visita, se le enviará luego una cuenta con cualquier saldo pendiente. Aceptamos pagos en efectivo, con cheque o con Visa/MasterCard.
3. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía aseguradora. No somos parte del contrato. Como cortesía, esta oficina enviará las facturas a su compañía de seguros. A fin de facilitar la tramitación de reclamaciones, usted debe proporcionar a nuestra oficina toda la información pertinente a su seguro, e informarnos de cualquier cambio en su contrato. Su factura es de su responsabilidad, sea que su compañía de seguros la pague o no. A veces usted debe ponerse en contacto con su compañía de seguros con respecto a pagos atrasados o a falta de pago de sus reclamos de seguro. Si su compañía de seguros no ha pagado la cuenta completa, dentro de los 60 días que debe pagar, usted tiene que pagar el saldo sin demora.
4. Usted es responsable de conocer qué cubre su seguro y, cuáles proveedores y redes médicas están cubiertas por su compañía de seguros.
5. **Se cobra una tarifa de \$40.00 por cada cheque devuelto, además de un recargo de \$5.00 por mes por saldos no cancelados por más de 30 días.**
6. Los pacientes que no asisten a las citas programadas tienen que pagar la suma de \$20.00, a menos que cancelen la cita con un mínimo de 24 horas de anticipación.

### Aviso Referente al la Política de Confidencialidad

Nosotros mantenemos un registro de los servicios médicos que proporcionamos. Usted puede solicitar que se le presente una copia de ese registro. También puede pedir que se corrija ese registro. No revelaremos su información a otras personas a menos que usted nos solicite hacerlo o, a menos que la ley nos autorice o nos obligue a hacerlo. Usted puede mirar su expediente u obtener información sobre el mismo, comunicándose con Diane Taylor, la Directora de Privacidad.

Nuestro Aviso Referente a la Política de confidencialidad describe con mayor detalle la manera en la que se puede utilizar y revelar su información de salud y cómo obtener acceso a dicha información.

**Con mi firma acepto haber recibido la notificación de las normas de confidencialidad.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta si alguien firmó en nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente  
(padre, tutelar, representante legal)

Otras Personas Autorizadas	
Además de las divulgaciones permitidas en el Aviso Referente a la Política de Confidencialidad, autorizo la entrega de mi información médica a las siguientes personas específicamente nombradas abajo.	
CUALQUIER MIEBRO DE MI FAMILIA	(ponga un círculo alrededor de su opción)
	Si No
MARIDO/ESPOSA	Si No
OTRA PERSONA (escriba específicamente)	Si No
¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE EN EL TELÉFONO DE SU CASA?	Si No