

ESPECIALISTAS PEDIATRICOS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS

(PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASE SPECIALISTS OF HOUSTON, PA)

Rene Amaya, M.D., FAAP

Takehisa Ikeda, M.D., FAAP

Maria-Isabel Rosas, M.D., FAAP

INFORMACION DEL PACIENTE

Por favor use letra de molde

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Niño _____ Niña _____ # Seguro Social _____

Dirección _____ # Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Doctor que lo refirió _____ # Teléfono _____

Razón de esta visita _____

Medicamentos que toma _____

¿Es alérgico a algún medicamento? No _____ Sí _____

Si responde "Sí" ¿a cuál(es) medicamento? _____

¿Están sus vacunas al día? No _____ Sí _____

Padre o Representante Legal _____ # Seguro Social _____

Teléfono del trabajo _____ # Teléfono celular _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO Y FACTURACION

Nombre de la persona responsable de las facturas de este paciente _____

Nombre de la Compañía de Seguros _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo Asegurado _____

Nombre del Asegurado principal _____ Parentesco con el paciente _____

Fecha de nacimiento del Asegurado _____ y # Seguro Social _____

Trabajo del Asegurado _____ # Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Asegurado (si es diferente de la del Paciente) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Tiene un seguro de salud secundario? No _____ Sí _____

Nombre de la Compañía de Seguros secundario _____

Nombre del Asegurado principal _____ Número de Póliza _____

Contacto en caso de emergencia _____ # Teléfono _____

UNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Co Pay Collected _____ Check # _____ VISA/MC _____ BILLING SUBMITTED _____

PN COMPLETED _____ Phy LETTER COMPLETED _____ Dictated _____ TIME _____

ESPECIALISTAS PEDIÁTRICOS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS
(PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASE SPECIALISTS OF HOUSTON, PA)
Rene Amaya, M.D., FAAP Takehisa Ikeda, M.D., FAAP Maria-Isabel Rosas, M.D., FAAP

**CONSENTIMIENTO PARA UTILIZACION O DISTRIBUCION DEL
HISTORIAL MEDICO NECESARIO PARA EL TRATAMIENTO,
PROCEDIMIENTO Y CANCELACION DE FACTURAS.**

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____ # Seguro Social _____

Entiendo que como parte de mis cuidados médicos, los Especialistas Pediátricos en Enfermedades Infecciosas (Pediatric Infectious Disease Specialists of Houston, PA) crea y mantiene un expediente con mi historial médico, síntomas, exámenes y resultado de análisis, tratamiento, y planes para tratamientos futuros.

Tengo entendido que esta información es útil para:

- Fundamento para el planeamiento de mis cuidados médicos y tratamientos.
- Mantener la comunicación entre los diferentes profesionales médicos que participan en mis cuidados.
- Detalles de mi diagnóstico e información quirúrgica para la facturación.
- Medio por el cual la Compañía de Seguros u otra persona que pague la cuenta pueda verificar las atenciones médicas prestadas.
- Herramienta para medir la efectividad del funcionamiento del consultorio y la competencia de los profesionales médicos.

Tengo entendido que tengo el derecho de:

- Rehusar que se use mi historial médico para propósitos administrativos.
- Solicitar restricciones en cuanto al uso y divulgación de mi historial médico para el tratamiento, procedimiento y cancelación de facturas.
- Revocar y anular por escrito este consentimiento a menos que el consultorio ya lo haya usado.

Solicito las siguientes restricciones en cuanto al uso y distribución de mi historial médico:

No tengo restricciones.

Padre o Representante Legal

Parentesco con el Paciente

ESPECIALISTAS PEDIÁTRICOS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS (PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASE SPECIALISTS OF HOUSTON, PA)

Rene Amaya, M.D., FAAP Takehisa Ikeda, M.D., FAAP Maria-Isabel Rosas, M.D.,
FAAP

Normas Financieras

Bienvenido a la consulta del Dr. Amaya; le agradecemos su preferencia. Su hijo(a) ha sido referido al Dr. Amaya para la evaluación y tratamiento de la enfermedad infecciosa que lo acosa. Nuestro consultorio se compromete a brindarle la mejor asistencia médica y nuestros honorarios profesionales han sido determinados cuidadosamente para así reflejarlo. Creemos que estos honorarios son razonables y demuestran la clase de servicio y pericia brindados por un médico especialista. Con mira a prevenir cualquier malentendido y para servirle mejor, le rogamos a los padres de familia o al representante legal que lean y firmen estas Normas Financieras. Si tiene alguna duda o pregunta por favor solicite hablar con un representante de nuestra oficina de administración comercial.

Es nuestra costumbre verificar su seguro de salud y los beneficios que cubre antes de su primera cita o a más tardar, durante su primera cita, y también cada vez que usted nos notifique de algún cambio. Sin embargo, esta verificación no garantiza que la información obtenida es correcta o que la Compañía de Seguros se compromete a pagar el reclamo presentado. En última instancia, usted que es el asegurado es el responsable de estar al tanto de qué cubre y qué no cubre su seguro, y qué requisitos tiene en cuanto a referencias a especialistas. Es también su responsabilidad averiguar si los cargos del Dr. Amaya están cubierto bajo su seguro. A pesar de que el consultorio del Dr. Amaya ha hecho todo lo posible por registrarse con la gran mayoría de seguros disponibles en Houston, se podría dar el caso que no esté cubierto por su seguro y en tal caso sería necesario presentar el reclamo de seguro como médico fuera de la red de afiliados. Usted es responsable por pagar todo cargo que su seguro rehúse pagar.

Por favor lea y ponga sus iniciales al margen de cada enunciado.

1. _____ **CO-PAGOS Y FACTURACION.** Tengo entendido que soy responsable por pagar el co-pago exigido por mi Compañía de Seguros a la hora de la cita. Se puede usar dinero en efectivo, cheques o tarjeta de crédito VISA o MasterCard. El resto de los cargos del Dr. Amaya serán presentados a mi Compañía de Seguros. Me responsabilizo por todo cargo o saldo que no cubra el seguro.
2. _____ **SALDOS NO CUBIERTOS POR EL SEGURO.** Me comprometo a pagar los saldos y/o cargos que no pague el seguro en cuanto la oficina del Dr. Amaya me lo haga saber. De ser que yo no esté de acuerdo con los cargos, es mi responsabilidad ponerme en contacto con la oficina del Dr. Amaya al igual que con la Compañía de Seguros para resolver el problema. Tengo en claro que mientras se resuelve el problema yo soy responsable de cubrir los cargos del Dr. Amaya. Si la Compañía de Seguros resolviera el problema, entiendo que me serán reembolsados los pagos al Dr. Amaya.
3. _____ **PAGO A RECIBIR DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.** Tengo entendido que la oficina del Dr. Amaya espera 90 días entre el envío de una cuenta a la Compañía de Seguros y recibir el pago de la misma. Sin embargo, si al plazo de los 90 días la Compañía de Seguros no ha cancelado, entonces me responsabilizo de cubrir estos cargos. Además, tengo en claro que la oficina del Dr. Amaya no se involucrará en disputas de cargos entre la Compañía de Seguros y yo en cuanto a deducibles, servicios no cubiertos, seguros secundarios, coordinación de beneficios, condiciones pre-existentes y/o lo que se considera "cargos usuales y razonables". En caso que la Compañía de Seguros eventualmente pague, seré reembolsado estos pagos.
4. _____ **EXAMENES DE LABORATORIO.** Entiendo que como el titular de la póliza, es mi responsabilidad estar al tanto del pago de las pruebas de laboratorio. A pesar de que la oficina se asegurará que estoy siendo enviado a un laboratorio que acepta mi seguro, algunas pruebas específicas no son pagadas por el mismo. Deberé de verificar que los laboratorios que se me están pidiendo sean cubiertos por mi seguro antes de que se realicen las pruebas. Todos los saldos pendientes de pago son responsabilidad del titular de la póliza.

5. _____ **CAMBIO EN LA COBERTURA DEL SEGURO O DE COMPAÑIA DE SEGUROS.** En el caso de que se den cambios en el tipo de cobertura del seguro, o de ser que cambie totalmente de Compañía de Seguros, es mi responsabilidad notificar a la oficina del Dr. Amaya antes de la cita de mi hijo(a). El no proveer información correcta y a tiempo podría resultar en que me toque pagar la cuenta en su totalidad.
6. _____ **PETICION DE MAS INFORMACION POR PARTE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS.** En caso de que la Compañía de Seguros requiera más información que la ya provista, me comprometo a suplirla. Esto podría ser verificación de un seguro secundario, detalle de accidentes o heridas, etc. El no proveer información correcta y a tiempo podría resultar en que me toque pagar la cuenta en su totalidad.
7. _____ **MENORES DE EDAD.** Si un menor de edad se presenta a la consulta sin ser acompañado por un adulto no le daremos tratamiento a menos que traiga una nota escrita por sus padres o representante legal. Los padres o representante legal se comprometen a proporcionar información del seguro y a pagar el co-pago o saldos.
8. _____ **SE FACTURA MENSUALMENTE.** Me comprometo a ponerme en contacto con la oficina de administración comercial en caso de dudas o preguntas sobre la factura apenas la reciba. Entiendo que las facturas son enviadas con el propósito que sean canceladas con rapidez.
9. _____ **SALDOS DE MAS DE 90 DIAS.** A menos que se hayan hecho arreglos de pago con anterioridad, entiendo que todo saldo de más de 90 días será traspasado a una compañía de cobros externa, lo cual podría afectar mi crédito en general.
10. _____ **CHEQUES SIN FONDO.** Si su cheque es devuelto por el banco por falta de fondos, se le cobrará la suma de \$25. Dicho cheque se re-depositará una segunda vez, y de ser devuelto sin fondos de nuevo, se le volverán a cobrar \$25 y se exigirá pago ya sea en efectivo, cheque de banco o tarjeta de crédito a más tardar 10 días después de recibir la notificación
11. _____ **TARJETA DE CREDITO EN ARCHIVO.** Le requeriremos dejar un número de tarjeta de crédito en el expediente. Para su conveniencia, la tarjeta de crédito en el expediente asegurará cualquier saldo/deducible/coaseguro para cualquiera de las oficinas en las que usted haya recibido alguna atención. En caso de que haya algún pago o saldo pendiente del paciente después de que el cobro sea procesado, su tarjeta de crédito será usada sólo con este fin. **Sin embargo, su tarjeta de crédito no será cargada hasta que obtengamos un consentimiento verbal de su parte antes de la transaccion.**

Tipo de Tarjeta de Crédito: _____ Expira. _____

Tarjeta de Credito #: _____

Firma en la tarjeta _____ **Fecha:** _____

Le damos las gracias de nuevo por haber escogido al Dr. Amaya como el especialista para su hijo(a). Agradecemos su confianza y esperamos servirle bien. Si tiene alguna pregunta en cuanto a nuestras normas financieras queremos escucharla. Haremos todo lo posible por agilizar sus pagos. Por favor firme al pie en consentimiento de estas normas financieras y como confirmación que ha recibido una copia de las mismas para su archivo personal.

Nombre del Paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del Padre o Representante Legal

Firma del Padre o Representante Legal

Fecha

Asignación y Permiso de Distribución

Certifico que yo y/o mis hijos, tenemos seguro de salud y asigno todos los beneficios devengados del seguro por servicios médicos al Dr. Amaya. Tengo entendido que soy responsable de todos los cargos del Dr. Amaya ya sea que son pagados por el seguro o no. Autorizo usar mi firma en cualquier formulario presentado a la Compañía de Seguros.

Con el fin de obtener pago de facturas presentadas, el Dr. Rene Amaya tiene mi permiso de usar y distribuir mi historial médico a la Compañía de Seguros. Este permiso vence cuando termine el tratamiento o máximo un año después de la fecha al pie

Nombre del Paciente

Fecha

Padre o Representante Legal

Parentesco con el Paciente

ESPECIALISTAS PEDIATRICOS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS
(PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASE SPECIALISTS OF HOUSTON, PA)
Rene Amaya, M.D., FAAP Takehisa Ikeda, M.D., FAAP Maria-Isabel Rosas, M.D.,
FAAP

NOTIFICACION SOBRE NORMAS DE PRIVACIDAD

Confirmando que he leído la Notificación Sobre Normas de Privacidad y quedan en claro mis derechos como paciente.

Nombre del Paciente

Fecha

Padre o Representante Legal

Parentesco con el Paciente

ESPECIALISTAS PEDIATRICOS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS
(PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASE SPECIALISTS OF HOUSTON, PA)
Rene Amaya, M.D., FAAP Takehisa Ikeda, M.D., FAAP Maria-Isabel Rosas, M.D., FAAP

HONORARIOS POR NO PRESENTARSE A SU CITA

En caso de que usted no se pueda presentar a su cita le rogamos que llame a nuestra oficina por lo menos 6 horas antes de la cita para poder programarla de nuevo.

Si usted no nos avisa que no puede asistir le cobraremos un honorario de \$35.

Nombre del Paciente

Fecha

Padre o Representante Legal

Parentesco con el Paciente