

NOMBRE DEL PACIENTE:* _____

FECHA DE NACIMIENTO:* _____

Para reducir la confusión y los malentendidos entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado las siguientes políticas financieras. Si tiene alguna pregunta sobre estas políticas, por favor discútalas con nuestro personal. Estamos dedicados a brindar la mejor atención y servicio posibles para usted y teniendo en cuenta su completa comprensión de sus responsabilidades financieras como un elemento esencial de su atención y tratamiento.

EL PAGO TOTAL SE DEBE EN EL MOMENTO DE LOS SERVICIOS al menos que usted o su aseguradora de salud hayan hecho otros arreglos por adelantado. Para su conveniencia aceptamos tarjeta de Visa, Master, Discover, American Express, Care Credit, Efectivo y Cheque Bancario.

SEGURO MÉDICO (POR FAVOR INICIAL)

- * _____ A los planes de seguro sujetos a un deducible se les cobrará \$150 en el Check-In y el saldo se cobrará en el Check-Out.
- * _____ Reconozco que he divulgado todas las coberturas de mi seguro médico. Mi seguro principal no pagaran los reclamos si sospechan de otra cobertura de seguro médico.
- * _____ Tenemos un contrato con muchos seguros y planes de salud para aceptar la asignación de beneficios. Esto significa que facturaremos esos planes y solo pediremos que pague el autorizado copago, deducible o coseguro en el momento del servicio. Es responsabilidad del garante conocer los beneficios asociados con su plan de seguro o cobertura, Y obtener todas las referencias y autorizaciones del médico de atención primaria cuando sea aplicable. **SI NO TIENE UNA REFERENCIA O AUTORIZACIÓN ACTUAL EN EL ARCHIVO DEL PACIENTE SE LE PUEDE PEDIR QUE REPROGrame SU CITA.**
- * _____ En caso de que su plan de salud determine que un servicio será "no cubierto" usted será responsable del cargo completo. El pago vence al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.
- * _____ Los depósitos de cirugía deben pagarse 10 días laborales antes de la cirugía. Si por alguna razón es necesario cancelar la cirugía, debe hacerlo 10 días laborales antes de la fecha de la cirugía si no se le cobrará **\$150 por cancelación.**

PACIENTES QUE PAGAN POR CUENTA PROPIA

- * _____ Si usted no tiene cobertura médica, se considerará que pagará por su propia cuenta. Antes de ver al medico se requiere **\$150** de depósito. Si la cuenta se paga ENTERA en el momento de la visita, aplicaremos un descuento de 30%. En caso de que no pueda pagar su balance en total NO recibirá el descuento de 30% y tendrá que hacer un plan de pago. El plan de pago debe de realizarse durante el registro de salida con una tarjeta de crédito para pagar el saldo en su totalidad dentro de los **3 meses.**
- * _____ Utilizamos un servicio de facturación. Si tiene alguna pregunta sobre una facturación, llame al 512-600-0125 para asistencia.
- * _____ Telemedicina requiere \$175 para paces nuevos y \$150 para pacientes antiguos.

Aceptamos tarjeta de Visa, Master, Discover, American Express, Care Credit, Efectivo y Cheque Bancario.

ESTIMADOS

- * _____ Previa solicitud, nuestro personal proporciona una estimación de los costos de los servicios. Sin embargo, el costo real de los servicios se establece de acuerdo con el nivel de atención necesario según lo determine su proveedor.

CARGOS

- * _____ Entiendo que, en opinión de nuestros proveedores los servicios o artículos médicos que le he solicitado al proveedor en "Children's Urology" pueden no estar cubiertos por mi seguro medico como razonables y medicamento necesarios para mi atención. Entiendo que mi plan de seguro medico determina la necesidad medica de los servicios y artículos medico que solicito y recibo. Si mi plan determina que estos servicios o artículos medico no son razonables y medicamento necesarios para mi atención, soy responsable del pago en totalidad.
- * _____ Entiendo que el "trabajo de laboratorio" se envía a un laboratorio de referencia. Children's Urology proporcionara al laboratorio de referencia la información del seguro médico necesaria para presentar un reclamo. Cualquier cargo incurrido es mi responsabilidad de pagar.
- * _____ **CARGOS POR COMPLETAR FORMAS:** Entiendo que seré responsable de pagar **\$25** por las formas que serán completadas por mi médico o el personal (Formas de discapacidad, FMLA, etc.) Hay un cobro de **\$50** para cartas o formas de inmigración.
- * _____ **CARGOS POR FALTAR A SU CITA:** Entiendo que habrá un cobro de **\$60** por no presentarse a cualquier cita que haya hecho.
Entiendo que se puede cobrar una tarifa de **\$150** por "no presentarse" para las citas de procedimientos en el consultorio y los procedimientos del centro quirúrgico a los que no asisto.
Miembros de Medicaid: Las ausencias se informarán a su plan de salud.
- * _____ **CARGOS POR REGISTROS MÉDICOS: \$25**

He leído y comprendido la política financiera de la práctica y acepto estar obligado por sus términos. También entiendo y acepto que la practica puede modificar dichos términos de ven en cuando.

Nombre imprento del paciente: * _____

Firma del paciente (o responsable legal si es menor de edad):* _____ Fecha:* _____

Política para Padres Divorciados o Separados

Los proveedores y el personal de Children's Urology estamos dedicados a nuestros pacientes y a brindar atención médica de calidad. Nuestro enfoque está en la salud médica, emocional y psicológica de su hijo. No somos parte ni estamos involucrados en cualquier asunto legal relacionado con acuerdos de divorcio, separación o custodia. Lea y firme lo siguiente para que podamos proporcionar cuidado a su(s) hijo(s).

1. Los médicos, enfermeras, asistentes médicos, personal de oficina y oficina de facturación no se verán afectados por problemas domésticos o desacuerdos por teléfono o en la oficina.
2. Por favor, haga cualquier decisión con respecto a las citas y los procedimientos de la oficina **ANTES** de visitar nuestra práctica.
3. Solo en situaciones en las que haya una **orden judicial** confirmada y documentada, se le negará a uno de los padres el acceso a los archivos médicos del menor o las visitas a la oficina. Children's Urology debe tener una copia de dicha orden judicial archivada en el expediente electrónico del menor.
4. Si **NO** hay una orden judicial archivada en nuestra oficina, el padre o tutor legal puede firmar un "Consentimiento para "Tratamiento" que autoriza a cualquier persona nombrada (abuelos, niñeras, etc.) a llevar a su hijo a nuestra práctica, estar presente durante la visita y dar su consentimiento para el tratamiento durante esa visita. No participaremos en ninguna disputa con respecto a las personas nombradas en los formularios de consentimiento a menos que se lo indique el tribunal. Ya sea padre o el tutor legal puede agendar una cita para su hijo, estar presente en la visita y / u obtener una copia de la visita. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa administrativa por copiar archivos médicos si las solicitudes se vuelven excesivas.
5. Es responsabilidad de ambos padres comunicarse entre sí, sobre el cuidado de los pacientes, las fechas de las visitas al consultorio y cualquier otra información pertinente hacia el paciente. No es responsabilidad del proveedor comunicar información sobre la consulta a cada padre en custodia por separado. Nuestros proveedores no llamarán al padre que no asista después de las visitas.
6. Adicionalmente, no llamaremos al otro padre para obtener su consentimiento con respecto a las citas programadas, restringiremos la participación en el cuidado del paciente a menos que lo exija la ley, o tolerar patrones de cancelaciones.
7. Pagos que incluyen copagos, deducibles, coseguro o cualquier tarifa adicional cobrada por su seguro debe pagarse en el momento del servicio, independientemente de cuál de los padres sea responsable de los gastos médicos. Nosotros no somos partícipes de su acuerdo de divorcio. Si la sentencia de divorcio requiere que el otro padre pague todo o parte de los costos del tratamiento, es responsabilidad de los padres cobrarse entre sí. Cualquier disputa sobre el pago que termine en colecciones, vencerá en la siguiente visita.
8. Si los problemas que surgen entre los padres se vuelven perjudiciales para nuestra clínica o si no se cumple con dicha política, podemos terminar inmediatamente la relación paciente / proveedor. Se notificará a su proveedor de atención primaria.

Al firmar este formulario, acepta respetar la política anterior y comprende que romper este acuerdo puede resultar en la despedida de su familia del consultorio.

Por favor, de enlistar hijos(as) - Nombre y Fecha de Nacimiento:

Nombre de hijo(a) Fecha de Nacimiento Nombre de hijo(a) Fecha de Nacimiento

Nombre de hijo(a) Fecha de Nacimiento Nombre de hijo(a) Fecha de Nacimiento

Nombre imprento del tutor Firma del tutor Fecha

Nombre imprento del tutor Firma del tutor Fecha